

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3465/2016

ATAS/835/2017

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 29 septembre 2017

2^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée , GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Florine KÜNG recourante

contre

BÂLOISE ASSURANCES SA, sis Aeschengraben 21, BÂLE, intimée
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Christian GROSJEAN

Siégeant : Raphaël MARTIN, Président

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le _____ 1977, domiciliée à Genève, travaillant comme « HR & office manager » chez B_____, est assurée pour les accidents professionnels et non professionnels par la Bâloise Assurances SA (ci-après : l'assureur-accident).
2. Le 27 octobre 2015, lors d'une séance de sport, elle est tombée sur l'épaule gauche.
3. Le lendemain, ressentant toujours des douleurs avec impossibilité de mobiliser correctement l'épaule en dépit d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) qu'elle avait pris et d'un patch qu'elle avait mis, l'assurée a consulté à l'Hôpital de la Tour, où l'examen clinique pratiqué par la docteure C_____, médecin interne, a relevé une absence de tuméfaction et d'hématome à l'épaule gauche, une douleur à la palpation de l'acromion et de l'articulation acromio-claviculaire, une mobilité active limitée en abduction et flexion. D'après les radiographies effectuées le même jour, analysées par le docteur D_____, le bilan osseux de l'épaule gauche était normal ; il n'y avait pas de lésion traumatique, ni de fracture des clavicules, ni de luxation acromio-claviculaire. Le diagnostic posé, après que l'assurée eut été revue avec le docteur E_____, était celui d'« entorse acromio-claviculaire stade I + coiffe des rotateurs ». Il a été prescrit du repos avec une bretelle pour dix jours, la prise d'AINS et une consultation chez le médecin traitant une semaine plus tard pour contrôle de l'évolution. Un certificat médical d'incapacité totale de travail a été établi jusque probablement au 6 novembre 2015.
4. B_____ a déclaré cet accident non professionnel à l'assureur-accident le 28 octobre 2015, en le décrivant par les mots « Au sport, tombé sur l'épaule ».
5. Les 6 et 16 novembre 2015, le docteur F_____, médecin traitant de l'assurée, a prolongé l'arrêt de travail de cette dernière jusqu'au 24 novembre 2015. Dans un « certificat médical LAA » du 19 novembre 2015, il a mentionné le diagnostic provisoire d'entorse de l'acromio-claviculaire gauche et de suspicion d'atteinte de la coiffe du rotateur gauche post-traumatique, et indiqué que la suite du traitement serait effectuée par le docteur G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.
6. Ce dernier, par un certificat médical du 20 novembre 2015, a attesté d'une incapacité de travail de l'assurée de 50 % du 23 novembre au 3 décembre 2015, et il a adressé l'assurée au Centre d'imagerie de la Rive droite pour un bilan de la coiffe des rotateurs par le biais d'une IRM de l'épaule gauche (effectuée le 25 novembre 2015).
7. À teneur d'un rapport établi le 27 novembre 2015 par le docteur H_____, radiologue FMH, l'assurée présentait une lésion du labrum dans sa partie antérosupérieure s'étendant jusqu'à l'insertion du tendon du long chef du biceps mesurant 5 mm de grand axe et 3 mm de largeur de type SLAP II sans signe de désinsertion ; le reste de l'examen était sans particularité.

8. D'après un « rapport médical initial » du 10 décembre 2015 du Dr G_____, l'assurée souffrait, d'après les examens clinique et radiologique, d'une entorse acromio-claviculaire de grade II. Son incapacité de travail de 50 % a été prolongée jusqu'au 4 janvier 2016.
9. Le 5 janvier 2016, l'assurée s'est rendue en raison de douleurs cervicales aux urgences de l'Hôpital de La Tour, où elle a été prise en charge par la docteur I_____. D'après l'anamnèse, elle était connue pour un décollement du labrum à gauche, traité par antalgie et physiothérapie ; elle présentait depuis environ une semaine des paresthésies au niveau de la main gauche avec des douleurs débutant dans la nuque et irradiant dans le bras gauche ; elle décrivait aussi une perte de sensibilité. Elle ne présentait de limitation de la mobilité ni au membre supérieur gauche ni à la nuque, mais une péjoration des douleurs dans le bras lors de la flexion de la nuque. L'impression notée par ledit médecin était un syndrome radiculaire cervical légèrement déficitaire avec hypoesthésie. Une IRM cervicale était prévue pour le lendemain.
10. D'après le rapport de la radiologue J_____ concernant l'IRM de la colonne cervicale faite le 6 janvier 2016 à la recherche d'une lésion discale, l'assurée présentait une discopathie depuis C4 jusqu'au niveau de C7 prédominant au niveau C5-C6 et C6-C7, une hernie discale et une saillie ostéophytaire paramédiane gauche au niveau C5-C6, une hernie discale postéro-médiane au niveau C6-C7, un rétrécissement des trous de conjugaison du côté gauche aux niveaux C4-C5 et C5-C6 et plus modestement au niveau C6-C7, mais pas d'atteinte du cordon médullaire.
11. Le 11 janvier 2016, le Dr G_____ a adressé l'assurée à un neurologue, en raison de fourmillements depuis 3 à 4 semaines au niveau du membre supérieur gauche s'étendant essentiellement sur C5-C6 ainsi que de signes de compression au niveau du tunnel cubital ; il lui demandait d'effectuer un bilan de type électroneuromyographie (ENMG) afin de confirmer que les symptômes actuels étaient plutôt en rapport avec le problème de hernie discale et surtout d'exclure une atteinte périphérique. Il mentionnait également que l'assurée avait présenté une entorse acromio-claviculaire de grade II de l'épaule gauche, pour laquelle 18 séances de physiothérapie et une infiltration au niveau acromio-claviculaire de l'épaule gauche n'avaient donné qu'un résultat mitigé (une gêne douloureuse persistait).

Le même jour, le Dr G_____ a également adressé l'assurée au docteur K_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, en vue d'une éventuelle arthroscopie de l'épaule gauche.
12. Selon le rapport du 26 janvier 2016 établi par le docteur L_____, spécialiste FMH en neurologie, il ressortait de l'anamnèse que l'assurée avait des douleurs de l'épaule gauche depuis sa chute du 25 (recte 27) octobre 2015, douleurs s'étant compliquées de cervicobrachialgies avec douleurs cervicales gagnant l'omoplate et

tout le membre supérieur gauche jusqu'à la main, avec des paresthésies à type de fourmillements et d'hypoesthésie prédominant pour les premiers doigts ; une IRM cervicale du 6 janvier 2016 montrait des troubles dégénératifs et deux hernies discales dont l'une, au niveau C5-C6 gauche, expliquait le troubles sensitifs de territoire C6. L'examen neurologique montrait un trouble sensitif distal du membre supérieur gauche au niveau des deux premiers doigts avec une hyporéflexie bicipitale, sans déficit moteur. L'ENMG du membre supérieur gauche était normale ; il n'y avait pas d'élément pour une neuropathie cubitale. Au total l'assurée présentait deux choses : un problème orthopédique de l'épaule gauche (qui serait opéré prochainement) et des cervicalgies gauches avec paresthésies, sans déficit moteur, du territoire C6 en bonne corrélation avec la hernie C5-C6 (il n'y avait pas d'indication à un traitement chirurgical au niveau cervical).

13. Le 1^{er} février 2016, le Dr G_____ a adressé l'assurée au docteur M_____, spécialiste FMH en neurochirurgie, pour un avis et une prise en charge, en indiquant qu'il y avait clairement une composante neurologique aux symptômes de plus en plus gênants ressentis par l'assurée (même si une partie des douleurs provenaient de l'épaule) ; le Dr L_____ ne voyait pas d'indication à un traitement chirurgical, mais il était difficile de maintenir une attitude simplement expectative.
14. Le 2 février 2016, répondant comme médecin-conseil à des questions lui ayant été soumises par l'assureur-accident, le docteur N_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a estimé que le diagnostic retenu consécutivement à l'événement du 27 octobre 2015 était une contusion de l'épaule avec – point à vérifier – une éventuelle lésion du labrum. L'état de santé de l'assurée était influencé par des facteurs étrangers à cet évènement, à savoir un syndrome cervical sur discopathies étagées de C4-C7 avec hernie discale C6-C7, de façon probablement prépondérante. Le traitement et l'incapacité de travail n'étaient probablement plus en relation de causalité avec ledit évènement, mais une expertise devait être effectuée pour le déterminer, de même que pour fixer une date de statu quo. Une expertise orthopédique avec une nouvelle analyse des IRM s'imposait, parce qu'une lésion labrale était souvent une variante anatomique non traumatique.
15. Contacté en vue d'effectuer l'expertise préconisée, le docteur O_____ a indiqué, après examen du dossier, qu'il s'agissait d'une situation délicate, combinée entre souffrance de l'épaule et éventuel problème neurologique, nécessitant une interprétation fine de l'IRM, expertise à confier a priori à un spécialiste de l'épaule.
De son côté, le docteur P_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a décliné le mandat d'expertise, ne s'estimant pas assez fin connaisseur de l'IRM d'épaule, tout en exprimant l'avis qu'il n'était pas sûr que la lésion du labrum ait une importance quelconque, vu le dossier, qui montrait par contre une situation fréquente avec association d'un problème cervical et d'épaule.
16. Le 26 février 2016, le docteur Q_____, radiologue FMH, a procédé à une infiltration bloc de la douleur articulaire postérieure C5-C6 et péri-radiculaire C6

gauche, après avoir expliqué que cela permettrait de définir la composante algique principale, étant précisé qu'une deuxième étape du traitement pourrait consister en une arthroscopie au niveau de l'épaule ou une décompression percutanée du segment C5-C6 et du sac herniaire si l'origine principale se confirmait être cervicalgique.

Ledit médecin a procédé, le 7 mars 2016, à une arthrographie articulaire postérieure C5-C6 et péri-radriculaire C6 gauche.

17. Dans l'intervalle, par courrier du 29 février 2016, l'assureur-accident avait informé l'assurée de sa décision de mettre en œuvre une expertise médicale, confiée au docteur R_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et chirurgie de la main à Lausanne, et il lui a soumis les questions qu'il entendait poser audit médecin, en lui impartissant un délai au 15 mars 2016 pour faire part d'éventuelles questions complémentaires et motifs de récusation.
18. L'assurée a repris le travail à 100 % le 1^{er} avril 2016.
19. Son examen pour expertise a été effectué par le Dr R_____ le 7 avril 2016.
20. Le 21 avril 2016, le docteur S_____, médecin adjoint auprès du service de chirurgie orthopédique et de l'appareil locomoteur des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), a adressé au Dr G_____ un rapport relatif à une consultation du 14 avril 2016 concernant l'épaule gauche de l'assurée. À l'examen clinique, la palpation du trochiter était sensible, et la gouttière bicipitale l'était aussi partiellement ; les manœuvres de provocation au niveau bicipital étaient positives. Le testing de la coiffe restait dans la norme, hormis un Jobe discrètement affaibli dans un contexte douloureux. Le bilan d'imagerie mettait en évidence une lésion de type SLAP effectivement sans lésion de coiffe associée (lésion pour le traitement de laquelle une ténodèse arthroscopique du biceps dans sa gouttière était envisageable). Concernant le problème de hernie discale C5-C6 avec compression radriculaire, l'assurée devait encore être vue par les médecins du rachis pour confirmer la surveillance préconisée par le Dr M_____.
21. Le 2 mai 2016, en réponse à une demande du Dr R_____, le docteur T_____, médecin associé auprès du service de radiodiagnostic et radiologie interventionnelle du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), s'est prononcé sur la nature dégénérative ou traumatique de l'anomalie labrale présentée par l'assurée selon les images de l'arthro-IRM de l'épaule gauche effectuée le 25 novembre 2015. Il s'agissait d'un examen arthro-IRM de bonne qualité permettant une évaluation précise du fibrocartilage labral de l'épaule. Le mécanisme lésionnel (une chute avec réception sur le moignon de l'épaule) était atypique pour une déchirure labrale, mais une anomalie de morphologie et de signal du labrum gléno-huméral supérieur était bien visible. Ladite fissure labrale, correspondant à une lésion de type SLAP IIa, présentait un aspect légèrement polylobé évoquant un processus subaigu avec kyste paralabral en voie de formation ; compte tenu du court délai entre le traumatisme et l'imagerie (environ un mois), la nature post-traumatique de la

fissure semblait peu probable ; une origine chronique/dégénérative sur « micro-traumatismes » répétés devait être favorisée au vu du remaniement kystique de la lésion, ainsi que de l'orientation de la fissure labrale, mais elle ne pouvait être affirmée avec certitude en l'absence de lésions associées des tendons de la coiffe de rotateurs ou des surfaces cartilagineuses gléno-humérales. En conclusion, ladite arthro-IRM montrait une fissure labrale supérieure de type SLAP IIa avec des critères plaçant en faveur d'une nature dégénérative.

22. Le Dr R_____ a rendu son rapport d'expertise le 3 mai 2016.

Il y relate l'anamnèse personnelle et socio-professionnelle de l'assurée (1 page), son anamnèse médicale (3½ pages) et ses plaintes actuelles (⅔ de page), décrit son status (1½ pages), résume les résultats des radiographies, arthro-IRM et IRM cervicale respectivement des 28 octobre 2015, 25 novembre 2015 et 6 janvier 2016 (⅔ de page) et pose trois diagnostics : une unco-discarthrose étagée de C4 à C7 avec hernie discale C5-C6 et C6-C7 et une neuropathie déficitaire sensitive C6 +/- C7 gauche ; une lésion dégénérative SLAP IIa avec petit kyste paralabral de l'épaule gauche (découverte fortuite à l'arthro-IRM du 25 novembre 2015) ; un status après entorse acromio-claviculaire gauche de stade I le 27 octobre 2015, guérie. Il se prononce ensuite sur l'existence d'un rapport de causalité naturelle : L'entorse acromio-claviculaire gauche de stade I est en lien de causalité hautement vraisemblable avec l'accident du 27 octobre 2015 (elle a été guérie rapidement sans séquelle visible à l'IRM un mois plus tard). La lésion SLAP IIa de l'épaule gauche n'est qu'en lien de causalité naturelle possible (pas suffisant) avec un événement accidentel ; la simple contusion postéro-latérale subie n'est pas propre à solliciter la partie supérieure du labrum au-delà de son point de rupture ; les lésions SLAP II ont une nature dégénérative bien connue, surtout pour des patients sollicitant leur épaule de façon répétitive ; elles ne sont pas rarement asymptomatiques et découvertes fortuitement lors d'une arthroscopie d'épaule ; elles sont parfois difficiles à distinguer d'une variante anatomique normale ; l'hypothèse d'une découverte fortuite d'une lésion labrale dégénérative était ici confirmée par le Dr T_____. Les hernies discales n'étaient certainement pas en lien de causalité naturelle avec l'accident ; elles pouvaient avoir été déclenchées mais certainement pas causées ni même aggravées transitoirement par l'accident. Aucun des deux problèmes orthopédiques et neurologiques n'entraînait plus d'incapacité de travail. Les troubles neurologiques cervicaux constituaient un état précaire pouvant se décompenser à n'importe quel moment (soit par la dynamique des lésions disco-dégénératives, soit à la suite d'évènements ordinaires ou extraordinaires comme des mouvements brusques ou des contusions cervicales). L'assurée avait pu reprendre son travail habituel à 100 % le 1^{er} avril 2016. Le traitement médical était terminé. Il n'y avait pas d'atteinte à l'intégrité.

23. Le 11 mai 2016, le Dr S_____ a procédé, par arthroscopie de l'épaule gauche, à une tenodèse du long chef du biceps, débridement de SLAP et bursectomie sous-acromiale. D'après le bilan intra-articulaire effectué en cours d'opération, il y avait

une lésion de type SLAP II due à l'insertion du biceps avec signe sentinelle au retrait de ce dernier dans l'articulation, un cartilage intègre et une coiffe intègre. L'assurée s'est retrouvée en incapacité totale de travailler dès le 11 mai 2016.

24. Le 17 mai 2016, le médecin-conseil de l'assureur-accident (le Dr N_____) a indiqué rejoindre les conclusions de l'expert R_____, dont l'expertise était complète et convaincante. La causalité naturelle ne semblait plus devoir être retenue six mois après la chute. En l'absence de lésion radiologique récente, un *statu quo sine* semblait devoir être admis.
25. Par courrier du 5 juin 2016, l'assurée, ayant pris connaissance du rapport d'expertise du Dr R_____, a insisté sur le fait que ses douleurs de l'épaule gauche étaient survenues suite à un traumatisme ; jamais auparavant elle n'avait souffert ni n'avait été empêchée tant de travailler que de faire du sport à cause de son épaule, qui était fonctionnelle à 100 %. Le Dr R_____ lui avait dit que le cas de son épaule était dû à l'accident. Elle a joint à son courrier le compte-rendu opératoire du Dr S_____ du 11 mai 2016.
26. Par décision du 17 juin 2016, l'assureur-accident n'a plus admis de lien de causalité naturelle entre les troubles actuels et l'évènement du 27 octobre 2015 dès le 1^{er} mai 2016.

Copie de cette décision a été communiquée à l'assureur-maladie de l'assurée, la CSS Assurance, qui, après s'être procurée le dossier auprès de l'assureur-accident, n'a pas formé d'opposition.

27. Par recommandé du 18 août 2016, l'assurée, désormais représentée par une avocate, a formé opposition contre la décision précitée de l'assureur-accident. Elle contestait que la lésion de type SLAP II du long chef de biceps (pour laquelle elle avait été opérée le 11 mai 2016) n'était pas dans un rapport de causalité naturelle avec l'accident du 27 octobre 2015. Elle demandait à être mise au bénéfice de toutes les prestations légales de l'assureur-accident au-delà du 1^{er} mai 2016, subsidiairement à ce qu'une expertise indépendante et complémentaire soit effectuée.

Elle a produit des rapports médicaux du Dr G_____ des 3 juin et 8 août 2016, selon lesquels elle avait été victime d'un accident avec impact et mouvement d'hyperextension au niveau de l'épaule qui avait occasionné une lésion par déchirure au niveau du Labrum et susépineux, prise en charge chirurgicalement par voie arthroscopique par le Dr S_____, opération dont le compte-rendu ne faisait nullement mention de signes dégénératifs ; ladite lésion n'était pas à mettre dans un contexte d'atteinte dégénérative d'épaule ayant décompensé après l'accident, mais directement en rapport avec ledit accident ; il s'agissait d'une blessure de type traumatique tout à fait compatible avec l'accident considéré.

Elle a également produit un rapport du Dr S_____ du 9 août 2016, aux termes duquel la lésion de type SLAP présentée par l'assurée était typiquement consécutive à une chute sur le membre supérieur ; ledit médecin n'avait pas d'argument pour envisager une autre étiologie.

-
28. L'incapacité totale de travailler de l'assurée s'est prolongée, attestée depuis septembre 2016 par la docteure U_____, spécialiste FMH en neurologie.
 29. Par décision sur opposition du 13 septembre 2016, l'assureur-accident a rejeté l'opposition précitée et confirmé sa décision initiale, en s'appuyant sur le rapport d'expertise du Dr R_____, auquel il reconnaissait pleine valeur probante, et l'avis du Dr N_____.
 30. Par acte du 13 octobre 2016, l'assurée a recouru contre cette décision sur opposition auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, en concluant à son annulation et à l'octroi de toutes les prestations légales de l'assureur-accident au-delà du 1^{er} mai 2016, sous suite de frais et dépens, subsidiairement après qu'une expertise médicale indépendante et complémentaire ait été ordonnée.

L'assureur-accident avait procédé à une appréciation arbitraire des preuves et une constatation inexacte des faits ; il n'avait pas même tenu compte des rapports médicaux des Dr G_____ et S_____, à teneur desquels le rapport de causalité naturelle avec l'accident devait être admis s'agissant des lésions SLAP Iia de l'épaule. L'assurée, qui n'avait que 38 ans, ne présentait aucun antécédent du type de cette lésion SLAP Iia de l'épaule, dont le Dr R_____ suggérait d'ailleurs plus qu'affirmait une nature dégénérative, que n'affirmait pas non plus le Dr T_____. Il était par ailleurs erroné d'attribuer la neuropathie déficitaire sensitive C6 +/- C7 à des troubles dégénératifs de la colonne cervicale ; il n'était pas attesté et le Dr R_____ lui-même laissait un doute que les hernies discales seraient de toute manière survenues en l'absence de l'évènement du 27 octobre 2015 ; d'abord liée aux troubles de l'épaule gauche à nouveau depuis le 11 mai 2016, la totale incapacité de travail était due ensuite aux hernies cervicales.

31. Par mémoire du 10 novembre 2016, l'assureur-accident, désormais représenté par un avocat, a conclu au rejet du recours.

S'agissant de l'unco-discarthrose étagée de C4 à C7 avec hernie discale C5-C6 et C6-C7 et neuropathie déficitaire sensitive C6 +/- C7 gauche, à l'instar de presque toutes les hernies discales, elle était d'origine dégénérative, les conditions particulières permettant d'en admettre une origine accidentelle n'étant pas réunies. L'accident n'avait pas revêtu une importance particulière ; il n'était pas de nature à entraîner une lésion du disque intervertébral ; les symptômes d'hernies discales n'étaient pas apparus immédiatement après l'accident ; seuls des troubles à l'épaule gauche avaient motivé les premiers certificats d'incapacité de travail. En tout état, en cas d'aggravation consécutive à un accident d'un état dégénératif antérieur, le *statu quo sine* était atteint dans la règle après six à neuf mois, au plus tard après une année ; en l'espèce, le traitement médical était terminé et l'assurée avait pu reprendre son activité professionnelle le 1^{er} avril 2016 ; une causalité naturelle ne pouvait être retenue six mois après la chute considérée.

Concernant les lésions de type SLAP Iia avec petit kyste para-labral de l'épaule gauche, découvertes lors de l'arthro-IRM du 27 novembre 2015, il ne s'agissait pas

de lésions assimilées à un accident, et un lien de causalité naturelle avec l'accident n'était que possible, et non probable, au regard des critères retenus par les Drs R_____ et T_____ sur la base d'une étude fouillée du dossier. Les avis des médecins traitants de l'assurée (les Drs G_____ et S_____) apparaissaient fondés sur le principe « *post hoc ergo propter hoc* », impropre à établir un lien de causalité. L'assurée avait pu reprendre le travail à 100 % le 1^{er} avril 2016 et les prestations légales lui avaient été accordées jusqu'au 30 avril 2016, son incapacité de travail actuelle n'étant attestée plus qu'en raison de hernies discales, et non de lésions de type SLAP IIa.

Il n'était pas contesté que l'entorse acromio-claviculaire gauche de stade I était en lien de causalité naturelle avec l'évènement du 27 octobre 2015, mais elle avait été guérie sans lésion visible à l'IRM un mois plus tard. L'assurée avait pu reprendre le travail à 100 % le 1^{er} avril 2016. Elle n'apportait aucun élément médical qui justifierait une prise en charge au-delà du 30 avril 2016.

L'assureur-accident s'en rapportait à la chambre des assurances sociales quant à la mise en œuvre d'une expertise médicale.

32. Par réplique du 23 janvier 2017, l'assurée a persisté dans les termes et conclusions de son recours. Elle contestait les diagnostics retenus par l'expert R_____, en particulier celui de lésion dégénérative SLAP IIa. L'assureur-accident n'avait pas tenu compte de l'avis du Dr S_____ (qui, ayant opéré l'assurée, avait fait des constats de ses propres yeux), et du Dr G_____, également spécialiste, contredisant celui du Dr R_____. Une totale incapacité de travail de l'assurée avait été attestée du 11 mai au 25 août 2016 en raison de la lésion SLAP II et de l'opération y relative. L'absence d'opposition de l'assureur-maladie ne démontrait aucunement une rupture du lien de causalité naturelle entre les troubles subis par l'assurée et l'accident du 27 octobre 2015.
33. Par duplique du 27 février 2017, l'assureur-accident a rappelé qu'une certitude n'était pas requise en matière d'assurances sociales, une vraisemblance prépondérante étant suffisante. Le rapport d'expertise du Dr R_____ et l'avis du Dr T_____ avaient pleine force probante. En relevant que son incapacité de travail n'était plus motivée que par des troubles neurologiques au-delà du 25 août 2016, l'assurée reconnaissait que les autres diagnostics retenus par le Dr R_____ (une unco-discarthrose étagée de C4 à C7 avec hernie discale C5-C6 et C6-C7 et neuropathie déficitaire sensitive C6 +/- C7 gauche et un status après entorse acromio-claviculaire gauche de stade I) n'étaient plus en relation de causalité naturelle avec l'accident du 27 octobre 2015 dès le 1^{er} mai 2016. Il conviendrait donc en tout état de mettre un terme à la prise en charge des prestations avec effet au 25 août 2016.
34. Dans des observations après duplique du 29 mars 2017, l'assurée a rappelé qu'elle reprochait à l'assureur-accident d'avoir écarté les rapports médicaux des

Drs G _____ et S _____, aussi chevronnés que l'expert R _____, produits déjà au stade de l'opposition à la décision initiale. Elle confirmait ses écritures antérieures.

EN DROIT

1. a. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues 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 par laquelle l'assureur-accidents confirme sa décision de mettre fin dès le 1^{er} mai 2016 aux prestations prévues 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).

Déposé le jeudi 13 octobre 2016 contre une décision sur opposition du mardi 13 septembre 2016, reçue le lendemain, le recours a été interjeté en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA).

Il satisfait aux exigences de forme et de contenu prévues par l'art. 61 let. b LPGA (cf. aussi art. 89B LPA).

L'assurée a qualité pour recourir (art. 59 LPGA).

c. Le recours sera donc déclaré recevable.

2. Le litige porte sur la question de savoir quelles lésions la recourante a subies du fait de la chute qu'elle a faite le 27 octobre 2015 lors d'une séance de sport, lesquelles ont nécessité des traitements (le cas échéant lesquels) et ont entraîné une incapacité de travail (le cas échéant à quel taux), et jusqu'à quelle date (en particulier au-delà du 30 avril 2016).

Il doit être tranché au regard de la LAA et, dans la mesure de son applicabilité (art. 1 al. 1 LAA), de la LPGA. Comme pour les questions de procédure, les dispositions matérielles de 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. a. À teneur de la LAA, le droit à des prestations découlant d'un accident assuré – que ladite chute constitue, de façon en l'espèce non contestée – suppose un lien de

causalité naturelle et adéquate entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé.

b. Il y a lien de causalité naturelle lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou 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 de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci (ATF 129 V 402 consid. 4.3.1 ; 119 V 335 consid. 1 ; 118 V 286 consid. 1b et les références).

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, applicable généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; 126 V 353 consid. 5b ; 126 V 319 consid. 5a ; 125 V 193 consid. 2). 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 ; 119 V 335 consid. 1 et 118 V 286 consid. 1b et les références).

Demeure toutefois réservé le cas des lésions assimilées à un accident (art. 6 al. 2 LAA ; art. 9 al. 3 aOLAA), qui le sont – et le restent – tant que leur origine malade ou dégénérative n'est pas clairement établie, au-delà du degré de vraisemblance prépondérante (arrêts du Tribunal fédéral 8C_381/2014 du 11 juin 2015 ; 8C_846/2014 du 23 avril 2015 consid. 3.2 ; 8C_578/2013 du 13 août 2014 consid. 2.2 ; 8C_381/2014 du 11 juin 2014 consid. 3.2). La liste exhaustive desdites lésions assimilées à un accident est la suivante : fractures, déboîtements d'articulations, déchirures du ménisque, déchirures de muscles, élongations de muscles, déchirures de tendons, lésions des ligaments, lésions du tympan.

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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_347/2013 du 18 février 2014 consid. 2.2).

c. Il y a causalité 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 ; 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 ; 117 V 359 consid. 5d/bb ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

d. L'obligation de prester de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue plus la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsqu'il 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-accident 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 ; 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2).

En principe, il y a lieu d'examiner si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (*statu quo ante* ou *statu quo sine*) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, sous réserve des lésions assimilées à un accident dès lors qu'elles le restent aussi longtemps que leur origine malade ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, n'est pas clairement établie (ATAS/725/2015 du 29 septembre 2015 consid. 7). La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit pas à justifier la cessation du versement des prestations (ATF 126 V 360 consid. 5b ; 125 V 195 consid. 2 ; RAMA 2000 n. U 363 p. 46). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit cependant pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident ; il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accident la preuve négative qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé (arrêt du Tribunal fédéral 8C_463/2009 du 23 novembre 2009 consid. 3).

e. L'assureur-accidents a la possibilité de mettre fin avec effet *ex nunc et pro futuro* à son obligation de prester, qu'il avait initialement reconnue en versant des indemnités journalières et en prenant en charge les frais de traitement, sans devoir se fonder sur un motif de révocation (reconsidération ou révision procédurale). Il peut ainsi liquider le cas en invoquant le fait qu'un événement assuré - selon une appréciation correcte de la situation - n'est jamais survenu (ATF 130 V 380).

4. a. Dans la mesure où l'établissement des faits pertinents doit s'appuyer sur des renseignements d'ordre médical, il sied de préciser que ceux que l'administration ou le juge peuvent à cet effet tenir pour probants doivent figurer dans des rapports médicaux qui - peu importe en principe leur origine et/ou désignation - comportent une étude fouillée portant sur les points pertinents, se fondent sur des examens complets, prennent en considération les plaintes exprimées, ont été établis en pleine

connaissance du dossier (y compris l'anamnèse), décrivent le cas échéant clairement les interférences médicales, et contiennent de conclusions bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 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. Étant 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).

b/bb. 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 ; il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_923/2010 du 2 novembre 2011 consid. 5.2).

b/cc. Une appréciation médicale, respectivement 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/dd. 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 peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de

confiance s'étant nouée entre eux (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 244/05 du 3 mai 2006 consid. 2.1).

5. a. En l'espèce, trois diagnostics ont été posés successivement, qui n'apparaissent en eux-mêmes guère contestés, sous l'importante réserve de leur origine traumatique ou dégénérative, question qui relève cependant de l'appréciation du lien de causalité. Chronologiquement, c'est une entorse acromio-claviculaire (avec une suspicion d'atteinte de la coiffe des rotateurs, écartée par la suite) qui a été diagnostiquée, le 28 octobre 2015, dès le lendemain de la chute de la recourante sur son épaule gauche lors d'un cours d'auto-défense. Une arthro-IRM de ladite épaule du 25 novembre 2015 (donc à un mois de l'accident) a mis en évidence une lésion du labrum dans sa partie antérosupérieure. D'après une IRM de la colonne cervicale, effectuée le 6 janvier 2016 consécutivement à des paresthésies au niveau de la main gauche apparues une semaine plus tôt avec des douleurs débutant dans la nuque, la recourante présentait des cervicobrachialgies avec des douleurs cervicales gagnant l'omoplate et le membre supérieur gauche.

b. Selon le rapport d'expertise du Dr R_____, sur lequel l'intimé fonde sa position, l'entorse acromio-claviculaire gauche (de stade I) était en rapport de causalité naturelle avec l'accident précité, mais elle avait été guérie rapidement, ne laissant plus même de trace au bout d'un mois sur l'arthro-IRM du 25 novembre 2015. Elle n'entraîne plus en considération pour justifier l'octroi de prestations de l'intimé en tout état après le 30 avril 2016.

Pour ledit expert, les lésions labrales, de type SLAP II, de l'épaule gauche étaient possiblement mais pas probablement en lien de causalité naturelle avec ledit accident. Comme l'envisageait aussi le Dr T_____, elles paraissaient plutôt d'origine dégénérative. La recourante avait pu reprendre le travail le 1^{er} avril 2016. Une causalité naturelle avec l'accident n'entraîne en tout état plus en ligne de compte à fin avril 2016.

Le troisième diagnostic posé par l'expert R_____ tenait en une unco-discarthrose étagée de C4 à C7 avec hernie discale C5-C6 et C6-C7 et une neuropathie sensitive C6 +/- C7 gauche. Pour ledit expert, ces troubles étaient d'origine dégénérative ; ils n'étaient pas dus à l'accident, ayant tout au plus pu avoir été déclenchés symptomatiquement par lui, à titre d'aggravation temporaire d'un état dégénératif antérieur, avec un *statu quo sine* au 1^{er} mai 2016.

c. La recourante s'appuie sur les rapports médicaux du Dr G_____ des 3 juin et 8 août 2016 et du Dr S_____ du 9 août 2016 pour contester principalement que les lésions labrales ne seraient pas très vraisemblablement en rapport de causalité naturelle avec l'accident considéré.

Il sied de préciser que si le Dr R_____ est intervenu comme expert sur mandat de l'assureur-accident, le Dr S_____ ne saurait se voir dénier des compétences pour le moins équivalentes aux siennes pour le cas de la recourante ; non seulement tous deux sont au bénéfice de la même spécialisation médicale en chirurgie

orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur (comme d'ailleurs le Dr G _____), mais encore ce n'est pas parce qu'il a opéré la recurante, comme adjoint dudit service spécialisé des HUG, qu'il a acquis une qualité de médecin traitant, dont l'avis doit en règle générale être considéré avec réserve en raison de l'étroit lien de confiance liant un médecin traitant à ses patients. Il faut au contraire souligner que le Dr S _____ a ausculté la recurante et examiné son dossier une semaine après le Dr R _____, et qu'il n'apparaît pas que ce dernier a eu connaissance, lors de l'établissement de son rapport d'expertise daté du 2 mai 2016 ni même ultérieurement, du rapport du Dr S _____ du 21 avril 2016 au Dr G _____, ni surtout (ce qui est évidemment logique) du rapport du 9 août 2016 par lequel le Dr S _____ – au courant de l'avis du Dr R _____ et après avoir procédé, le 11 mai 2016, à une arthroscopie de l'épaule gauche de la recurante en lien avec les lésions de type SLAP de cette dernière – a attesté que ce « type de lésion (était) typiquement consécutive à une chute sur le membre supérieur » (avec une référence à de la littérature scientifique) et a ajouté ne pas avoir dans le cas de la recurante « d'argument pour envisager une autre étiologie ». Son avis peut d'autant moins être écarté au profit d'un poids de principe plus grand d'un rapport d'expertise que, précisément, le Dr S _____ a vu de ses propres yeux, lors de ladite opération, l'état de l'épaule de la recurante et que son compte-rendu opératoire, en particulier le bilan intra-articulaire que celui-ci contient, décrit une lésion de type SLAP 2, un cartilage intègre, une coiffe intègre, et ne fait pas état de signes dégénératifs. Il n'apparaît en outre pas exclu (a priori au contraire) que la ténodèse du long chef du biceps qu'il a effectuée par voie arthroscopique le 11 mai 2016 s'est avérée nécessaire pour remédier à la lésion labrale de type SLAP dont la recurante, quoique ayant pu reprendre le travail le 1^{er} avril 2016, souffrait encore, et ce à la suite, d'un point de vue causal (et non simplement chronologique), de l'accident considéré, de façon non exclue par les Dr R _____ et T _____ et estimée très vraisemblable par les Drs S _____ et G _____.

En l'état de la procédure, la chambre de céans ne peut que s'estimer insuffisamment renseignée pour pouvoir statuer sur les points litigieux pertinents touchant à tout le moins les lésions labrales de type SLAP. Il s'impose d'ordonner une expertise judiciaire, à confier à un spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur (spécialiste de l'épaule).

d. L'expertise judiciaire à effectuer doit aussi être l'occasion d'examiner la question moins discutée mais néanmoins litigieuse de savoir quel rôle et le cas échéant pendant combien de temps l'accident du 27 octobre 2015 a joué s'agissant de l'unco-discarthrose avec hernie discale et neuropathie sensitive ayant été diagnostiquée par l'IRM de la colonne cervicale du 6 janvier 2016. Compte tenu de l'atteinte neuropathique constatée au niveau cervical, il se justifie que l'expertise soit confiée conjointement à un spécialiste en neuro-chirurgie.

e. Les experts pressentis pour effectuer ladite expertise sont respectivement le docteur V _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de

l'appareil locomoteur, et le docteur W_____, spécialiste en neuro-chirurgie, à charge pour les deux experts – sans préjudice d'un accent prépondérant mis par l'un sur telle(s) atteinte(s) et par l'autre sur telle(s) autre(s) – de faire une appréciation consensuelle du cas, considéré dans ses composantes et sa globalité et de se prononcer sur les éventuelles interférences induites par ses composantes.

6. Invitées à se déterminer à ce propos, les parties n'ont pas fait valoir de motif de récusation à l'encontre des experts précités. L'assurée a indiqué n'avoir pas de remarques à formuler concernant les questions destinées aux experts, tandis que l'assureur-accident en a proposé des modifications et compléments, qui sont intégrés à la présente mission d'expertise dans la mesure utile.

* * * * *

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

Statuant préparatoirement

1. Ordonne une expertise orthopédique et neurochirurgicale de Madame A_____.
2. Commet à ces fins les docteurs V_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur (spécialiste de l'épaule), et W_____, spécialiste FMH en neurochirurgie.
3. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :
 - a) prendre connaissance du dossier de la cause ;
 - b) au besoin, le compléter par l'apport de documents médicaux pertinents ;
 - c) si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité la recourante, du médecin-conseil de l'intimée s'étant prononcé sur le cas, de l'expert s'étant déjà déterminé, d'autres médecins s'étant prononcés sur le cas ;
 - d) examiner et entendre la recourante, après s'être entourés de tous les éléments utiles, au besoin d'avis d'autres spécialistes ;
 - e) si nécessaire, ordonner d'autres examens.
4. Charge chacun des experts d'établir un rapport détaillé dans leur domaine de spécialité, sans préjudice de la possibilité d'en établir une partie commune et de la nécessité de faire une appréciation consensuelle du cas, considéré dans ses composantes et sa globalité, et de se prononcer sur les éventuelles interférences induites par ses composantes.
5. Charge les experts de répondre notamment aux questions suivantes, en précisant le degré de certitude pour chacune d'elles (certain, probable ou le plus vraisemblable, simplement possible, exclu ou quasi exclu) :
 - 5.1. Anamnèse détaillée.
 - 5.2. Plaintes et données subjectives de la personne.
 - 5.3. Status clinique et constatations objectives.
 - 5.4. Diagnostics (selon la classification internationale) ?
 - 5.4.1. quels sont les diagnostics ?
 - 5.4.2. les diagnostics retenus par l'expert R_____ sont-ils confirmés ?
 - 5.4.3. une des lésions diagnostiquées figure-t-elle sur la liste exhaustive des lésions assimilées à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 aOLAA (art. 6 al. 2 LAA depuis le 1^{er} janvier 2016) ? dans l'affirmative, laquelle ?

- 5.4.4. quelles lésions diagnostiquées ont-elles été causées (en termes de causalité naturelle) par l'accident du 27 octobre 2015 ?
- 5.4.5. en cas de lésion assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 aOLAA (art. 6 al. 2 LAA depuis le 1^{er} janvier 2016), ladite lésion est-elle manifestement imputable à une maladie ou à un phénomène dégénératif ?
- 5.5. Depuis quelle(s) date(s) les diagnostics pertinents sont-ils présents chez la recourante et comment ont-ils évolué ?
- 5.6. Quel(s) traitement(s) les lésions imputables audit accident ont-elles nécessité(s) ? En particulier, l'opération du 11 mai 2016 représente-t-elle le traitement d'une lésion provoquée par l'accident du 27 octobre 2015 ? Les traitements considérés sont-ils terminés ? Si non, quels traitements (économiques et adéquats) sont-ils encore nécessaires (en précisant quelle amélioration on peut en attendre, en termes d'état de santé et de capacité de travail) ?
- 5.7. À partir de quelle(s) date(s) – pour chacun des diagnostics pertinents – peut-on considérer que des facteurs étrangers audit accident (maladifs, dégénératifs, accidentels, autres) sont le cas échéant devenus les seules causes influentes sur l'état de santé de la recourante (« *statu quo sine* » ou « *statu quo ante* ») ?
- 5.8. Quels effets les lésions imputables à l'accident (considérées pour elles-mêmes et interférant le cas échéant entre elles) ont-elles eues sur la capacité de travail de la recourante ? répondre en termes de taux d'activité (pourcentage), de rendement et de limitations fonctionnelles, et préciser durant quelle(s) période(s).
- 5.9. Formuler un pronostic global.
- 5.10. Expliquer et motiver les éventuelles divergences avec les rapports des médecins s'étant prononcés (en particulier de l'expert R_____ ainsi que des Drs T_____, S_____ et G_____).
- 5.11. Formuler toute autre remarque utile et proposition.

6. Invite les experts à déposer à leur meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans.
7. Réserve le fond.

La greffière

Le président

Sylvie SCHNEWLIN

Raphaël MARTIN

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