

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/443/2012

ATAS/295/2013

ORDONNANCE D'EXPERTISE

DE LA COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

du 25 mars 2013

4^{ème} Chambre

En la cause

Madame G_____, domiciliée à CAROUGE, comparant avec recourante
élection de domicile en l'étude de Maître Jacques EMERY

contre

LA MOBILIERE SUISSE SOCIETE D'ASSURANCES SA, sise intimée
Bundesgasse 35, BERNE, comparant avec élection de domicile en
l'étude de Maître Philippe GRUMBACH

Siégeant : Juliana BALDE, Présidente.

EN FAIT

1. Madame G_____ (ci-après l'assurée ou la recourante), née en 1951, travaillait depuis le mois de mai 2001 comme aide-soignante à domicile pour le compte de la société X_____ A.G. (ci-après l'employeur). A ce titre, elle était assurée contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de LA MOBILIERE SUISSE SOCIETE D'ASSURANCES S.A. (ci-après: l'assureur ou l'intimée).
2. Le 14 mars 2003, l'assurée a ressenti une douleur aiguë à l'épaule gauche au moment où elle tentait de retenir une patiente qui s'affaissait. Elle a été en incapacité de travail totale du 9 au 16 mai 2003 et du 26 mai au 26 juin 2003, puis a cessé toute activité à compter du 1er août 2003. Les investigations médicales ont révélé qu'elle souffrait d'un conflit sous-acromial, avec bursite sous-acromio-deltoïdienne et tendinite de la face bursale du tendon du sus-épineux sans signe de déchirure.
3. Après avoir été traitée dans un premier temps par infiltrations, l'assurée a subi une acromioplastie arthroscopique le 13 février 2004, effectuée par le Prof. L_____, médecin du Service de chirurgie orthopédique des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après HUG).
4. Par décision du 9 juillet 2004, l'assureur a refusé d'allouer des prestations au motif que l'atteinte à la santé n'était pas survenue à la suite d'un accident ou d'une lésion assimilée à un accident, car lever une patiente était, pour l'assurée, une tâche routinière normale. L'opposition formée par la SWICA, ASSURANCE-MALADIE S.A. (ci-après: l'assureur-maladie), a été rejetée le 15 septembre 2004.
5. Le 26 août 2004, l'employeur a résilié le contrat de travail de l'assurée pour le 31 octobre suivant. Depuis le 5 juillet 2005, l'assurée émarge à l'Hospice général.
6. Les recours interjetés par l'assurée et l'assureur-maladie contre la décision sur opposition ont été rejetés par arrêt du Tribunal cantonal des assurances sociales (TCAS), alors compétent, du 25 avril 2005 (ATAS/353/2005).
7. Par arrêt du 22 mai 2006 (U 220/05), le Tribunal fédéral a rejeté le recours interjeté par l'assurée. En substance, la Haute Cour a constaté que les examens médicaux réalisés à la suite de l'événement litigieux avaient permis d'établir que la recourante ne présentait pas de déchirure d'un tendon, mais tout au plus une tendinite et une bursite dans le cadre d'un conflit sous-acromial. Ces lésions ne figurant pas au nombre des affections énumérées à l'art. 9 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA ; RS 832.202), elles ne pouvaient être par

conséquent assimilées à un accident. Par ailleurs, les circonstances qui avaient donné naissance à l'atteinte dommageable à l'épaule gauche, puis conduit à l'interruption de toute activité lucrative et à une intervention chirurgicale, ne relevaient pas d'un accident au sens juridique du terme, faute du caractère extraordinaire du facteur extérieur dommageable.

8. Le 23 novembre 2007, l'assurée, représentée par son mandataire, a annoncé à l'assureur un nouvel événement survenu le 13 juin 2004 : elle avait fait une chute avec réception sur l'épaule gauche, qui avait été traitée par le Dr M_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, lequel n'avait alors rien remarqué. En revanche, une arthro-imagerie à résonance magnétique (ci-après : IRM) pratiquée en octobre 2006 avait révélé une déchirure intra-tendineuse. Elle a produit un courrier du 14 juin 2007 du Prof. L_____, qui rappelle que lors de l'arthroscopie du 13 février 2004, les tendons n'étaient pas déchirés, que la mise en évidence de la déchirure intra-tendineuse avait eu lieu après la chute du 21 (*recte* : 13) juin 2004, soit à trois mois de l'arthroscopie précitée. Le 29 novembre 2006, il avait procédé à une résection de la zone déchirée du tendon du sus-épineux. Selon lui, dans ces conditions, on pourrait admettre qu'il y a une vraisemblance prépondérante que ces déchirures proviennent de l'accident du 13 juin 2004.
9. Dans une attestation du 10 octobre 2008, le Prof. L_____, revenant sur son courrier du 14 juin 2007, a « réitéré son affirmation », selon laquelle il existait une vraisemblance prépondérante que les déchirures constatées provenaient de l'accident du 21 (*recte* : 13) juin 2004. Il pensait, d'autre part, que s'il n'y avait pas eu une lésion anatomique, sous forme d'une déchirure intra-tendineuse, l'assurée aurait très probablement pu reprendre, dans les semaines qui ont suivi cet événement accidentel, son activité professionnelle.
10. Après avoir pris connaissance du dossier AI, l'assureur, par décision du 2 avril 2009, a refusé d'allouer les prestations réclamées, dès lors qu'il n'avait pas été établi, au regard de la vraisemblance prépondérante, que l'événement du 13 juin 2004 avait eu un caractère accidentel. En effet, dans son rapport du 13 septembre 2004, le Dr M_____ n'en avait pas parlé et c'était uniquement lors de l'intervention chirurgicale du 29 novembre 2006 qu'il en avait été question pour la première fois. Par ailleurs, lors de l'événement du 13 juin 2004, l'assurée était totalement incapable de travailler pour cause de maladie, depuis le 1^{er} mai 2003, ce qui était toujours le cas. Or, en présence d'une cause d'incapacité durable, indépendante de l'accident, l'assureur-accidents n'était de toute façon pas tenu de prendre en charge les conséquences financières de l'empêchement de travailler, l'assurée ne subissant aucune perte de gain du fait de l'accident.

-
11. Par acte du 4 mai 2009, l'assurée a formé opposition. Elle soutenait qu'il existait un faisceau d'indices concordants tendant à établir que les déchirures constatées lors de l'arthroscopie de novembre 2006 ne pouvaient qu'être la conséquence de l'accident dûment enregistré par le Dr M_____ le 21 juin 2004. En effet, il résultait de l'attestation du Prof. L_____ du 10 octobre 2008 que s'il n'y avait pas eu une lésion anatomique, sous forme d'une déchirure intra-tendineuse, l'assurée aurait très probablement pu reprendre dans les semaines qui avaient suivi cet évènement accidentel son activité professionnelle.
 12. Par décision du 22 juin 2009, l'assureur a rejeté l'opposition, au motif notamment que le lien de causalité naturelle entre les douleurs et l'évènement du 13 juin 2004 n'avait pas été établi avec une vraisemblance prépondérante. Par ailleurs, l'assurée n'avait jamais fait état de cette chute durant plus de trois ans, et les douleurs à l'épaule gauche s'étaient aggravées aux alentours de l'été 2006, soit plus de deux ans après l'évènement du 13 juin 2004.
 13. Le recours interjeté par l'assurée auprès du TCAS, alors compétent, a été partiellement admis. Dans son arrêt du 27 mai 2010 (ATAS/628/2010), le TCAS, après avoir rappelé que le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-accidents en raison de la chute du 13 juin 2004 - dont il n'y avait pas lieu de douter de la vraisemblance - et plus particulièrement sur le lien de causalité entre celle-ci et la rupture intra-tendineuse de l'épaule gauche, a jugé qu'il n'était pas en mesure de déterminer, en l'état du dossier, si un tel lien existait. Il a ainsi renvoyé la cause à l'intimée afin qu'elle complète l'instruction sur le plan médical, par la mise en œuvre d'une expertise orthopédique et rhumatologique.
 14. L'assureur, après en avoir informé l'assurée et invitée à faire ses remarques quant à la mission d'expertise orthopédique/rhumatologique, a mandaté le Dr N_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique.
 15. Par courrier du 18 février 2011, le conseil de l'assurée a attiré l'attention de l'assureur sur la décision de l'OAI du 19 octobre 2010, reconnaissant à l'assurée une rente d'invalidité dès le 1^{er} janvier 2007, fondée sur l'expertise psychiatrique du Dr O_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Il a sollicité qu'une expertise complémentaire soit confiée au Dr O_____, afin de déterminer s'il existait un lien de causalité adéquate entre un accident de gravité moyenne et une atteinte à la santé psychique.
 16. Le Dr N_____ a rendu son rapport d'expertise le 16 mai 2011. Après avoir examiné l'assurée le 5 avril 2011 et pris connaissance du dossier médical, dont le rapport d'expertise psychiatrique établi par le Dr O_____ le 5 février 2010, l'expert a conclu que l'évènement survenu le 14 mars 2003 ne comporte aucun

élément extraordinaire, qu'il s'est agi d'un simple faux-mouvement et les investigations effectuées après cet événement n'ont pas mis en évidence de lésion traumatique. Il ajoute « on pourrait admettre que l'événement du 14 mars 2003 s'inscrive dans le cadre d'un mouvement désordonné qui a déclenché les douleurs. Dans ce cas, il s'agirait d'admettre cet événement dans le cadre d'une lésion assimilée LAA, avec un délai de prise en charge limité au maximum à 9 mois, voire au plus tard jusqu'à la veille de l'intervention chirurgicale du 13 février 2004, Le statu quo ante sine devrait donc être admis comme atteint le 12 février 2004 ». Quant à la chute survenue le 13 juin 2004, l'expert déclare qu'elle n'a pas entraîné de lésion objectivable au niveau de l'épaule gauche. Le fait que l'assurée ne l'ait pas déclarée à l'assureur-accidents immédiatement conforte le fait que la patiente n'a pas été entravée par cet événement. Il est dès lors peu crédible de vouloir associer les constatations faites durant l'intervention du 29 novembre 2006 avec cet événement. Les phénomènes dégénératifs objectivés durant l'intervention du 29 novembre 2006 sont en relation avec l'important conflit sous-acromial de l'épaule gauche. Ce conflit est préexistant et a évolué naturellement vers une aggravation, qui s'est traduite par une déchirure intra-tendineuse et les phénomènes dégénératifs constatés sur l'arthro-IRM du 5 octobre 2006. A la question posée sur la causalité, l'expert a répondu qu'au vu de ses considérations, il ne s'agit pas d'un accident et que l'état de l'épaule gauche n'est pas post-traumatique, mais la conséquence d'une affection malade. Pour le surplus, l'affection psychiatrique est entièrement responsable, à l'heure actuelle, des plaintes extrêmes et non corroborées par l'examen clinique de l'épaule gauche. En définitive, il n'y a pas d'incapacité de travail en rapport avec l'événement du 14 mars 2003 ni avec celui du 13 juin 2004.

17. Par courrier du 21 juillet 2011, l'assurée, par le biais de son mandataire, a contesté le rapport d'expertise et sollicité une contre-expertise.
18. Par décision du 8 septembre 2011, l'assureur a refusé d'allouer des prestations d'assurance pour les suites de l'événement du 13 juin 2004. Il s'est référé aux conclusions de l'expertise du Dr N_____, sérieusement motivées et aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé. Au surplus, l'assurée était en incapacité de travail pour cause de maladie dès le 14 mars 2003 et une rente de l'assurance-invalidité à un taux de 100 % lui a été accordée dès le 1^{er} mai 2004.
19. L'assurée, représentée par son mandataire, a formé opposition en date du 6 octobre 2011. Elle soutient que la décision de l'assureur est fondée sur une expertise dépourvue de toute crédibilité, truffée d'erreurs, reposant sur des constatations manifestement inexacts des faits et violant l'autorité de la chose jugée. Elle serait en contradiction avec l'expertise psychiatrique et ne donnerait aucune explication médicale claire et incontestable pour contredire valablement les affirmations du Prof. L_____ selon lesquelles il existerait, au degré de vraisemblance

prépondérante, un lien de causalité naturelle entre l'état de l'épaule et les deux événements dont elle fut victime. L'assurée conclut à la prise en charge des frais de l'instruction et des honoraires d'avocat depuis l'arrêt de renvoi du 27 mai 2010, à ce qu'un expert réellement indépendant soit mandaté pour nouvelle expertise et à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

20. Par décision du 5 janvier 2012, l'assureur a rejeté l'opposition de l'assurée. L'intimée se réfère à l'expertise du Dr N_____, qui revêt pleine valeur probante et dont l'indépendance ne saurait être remise en question, l'assurée n'ayant au surplus fait valoir aucun motif de récusation à son encontre. L'expert, qui a eu connaissance de l'intégralité des pièces du dossier, a conclu que dans un contexte non psychiatrique, l'assurée aurait pu reprendre une activité adaptée, à un taux proche de 100 %. Quant à l'événement du 13 juin 2004, le lien de causalité naturelle entre l'accident et la rupture intra-tendineuse du sus-épineux de l'épaule gauche doit être nié. L'assureur a refusé l'octroi de dépens en procédure d'opposition. Quant aux frais de l'instruction, à savoir l'examen auprès de l'expert, sur présentation de justificatifs, ils seront remboursés à l'assurée.
21. Par acte du 8 février 2012, l'assurée a interjeté recours, concluant préalablement à ce qu'un complément d'expertise psychiatrique soit ordonné et, sur le fond, à l'annulation de la décision et à la condamnation de l'intimée, sous suite de frais et dépens, au paiement des indemnités journalières depuis le 16 juin 2004 et au remboursement de ses frais et honoraires depuis le 27 mai 2010 au 5 janvier 2012, au titre de l'assistance judiciaire gratuite. Elle relève que l'expert est le seul à soutenir que la symptomatologie douloureuse est survenue sur une épaule qui présentait un état pré-existant, affirmation qui ne repose sur aucun examen radiologique ni rapport médical. Il n'existe pas de preuve manifeste que la déchirure du tendon du sus-épineux diagnostiquée en novembre 2006 puisse être attribuée exclusivement à une dégénérescence des tissus. Or, il est manifestement possible que la rupture du tendon soit la conséquence des deux accidents de 2003 et 2004. L'expert ne démontrait pas en quoi la symptomatologie douloureuse développée par la recourante depuis le 13 février 2004 serait impossible, s'il n'y avait eu une affection psychiatrique. De plus, elle a développé des troubles psychiques suite à l'accident et elle s'insurge contre le refus de l'intimée de procéder à une expertise psychiatrique. Le Dr O_____ a démontré que les manifestations douloureuses sont partiellement dues à un trouble somatoforme douloureux d'origine psychiatrique. Ce dernier doit être pris en compte au vu des traitements anormalement longs et de l'absence de guérison. Par ailleurs, elle avait été reconnue invalide à 100% par l'OAI dès le 1^{er} mai 2004. Enfin, la recourante considère que l'assistance judiciaire gratuite depuis l'arrêt de renvoi du 27 mai 2010 jusqu'à la décision sur opposition du 5 janvier 2012 se justifie au vu des questions délicates de fait et de droit.

-
22. Dans sa réponse du 10 avril 2012, l'intimée conclut, sous suite de frais et dépens, au rejet du recours. Elle se réfère aux conclusions de l'expertise du Dr N_____, qui revêt pleine valeur probante. Il en résulte que l'absence de tout lien de causalité entre la chute du 13 juin 2004 et la rupture intra-tendineuse du sus-épineux de l'épaule gauche attestée par le Prof. L_____ dans son compte-rendu opératoire du 1^{er} décembre 2006 présente un degré de vraisemblance prépondérante de sorte qu'il est superflu d'administrer d'autres preuves. Pour le surplus, l'intimée maintient son refus d'octroyer à la recourante une participation à ses frais et dépens dans la procédure d'opposition, rappelant que la loi ne prévoit pas le remboursement des frais d'avocat et que la recourante n'a au demeurant pas pris la peine d'exposer pour quels motifs il conviendrait de déroger à la règle.
23. La Cour de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle le 30 mai 2012. La recourante a déclaré que l'expertise du Dr N_____ n'est pas objective et que ce médecin considérait que l'opération pratiquée par le Prof. L_____ n'était pas nécessaire. Ses conclusions sont en contradiction avec celles d'autres praticiens. Elle a expliqué qu'elle était tombée le dimanche 13 juin 2004, avec réception sur l'épaule gauche. Elle avait pris rendez-vous dès le lendemain chez le Dr M_____, qui l'avait reçue le 21 juin, avait pratiqué des radiographies, sans constater de fracture osseuse. Il avait fait des infiltrations de cortisone et avait prescrit des médicaments. C'est le Prof. L_____ qui avait fait une IRM en novembre 2006. Selon le mandataire de la recourante, le diagnostic de déchirure à l'épaule gauche en 2006 laisse présumer un événement accidentel et, à son sens, l'expert n'a pas renversé cette présomption de façon convaincante.

L'intimée a expliqué avoir mis en œuvre une expertise orthopédique, sans faire appel à un rhumatologue, considérant que le Dr N_____ était compétent pour se prononcer sur le dossier. L'expert s'était fondé sur 18 rapports médicaux. L'intimée a rappelé que la recourante avait attendu plus de 40 mois avant de déclarer l'événement.

Chacune des parties a persisté dans ses conclusions.

24. Par pli du 5 décembre 2012, la Cour de céans a informé les parties de son intention de mettre en œuvre une expertise orthopédique et rhumatologique et leur a communiqué les noms des experts ainsi que les questions qu'elle entendait poser aux experts, tout en leur impartissant un délai au 10 janvier 2013 pour compléter celles-ci et pour faire valoir d'éventuels motifs de récusation.
25. Par courrier du 8 janvier 2013, l'intimée s'est déclarée d'accord avec le choix des experts et a renoncé à formuler des observations sur le libellé de la mission d'expertise.
-

-
26. Le 10 janvier 2013, la recourante s'est opposée à la désignation du Dr P_____ comme expert, au motif qu'il est très proche des assurances et qu'il ne représente pas toutes les garanties d'impartialité.
 27. Dans ses observations du 24 janvier 2013, l'intimée a contesté le reproche d'impartialité, relevant que la motivation avancée par la recourante ne répond pas aux exigences légales et jurisprudentielles en la matière.
 28. Par arrêt incident du 6 février 2013, entré en force, la Cour de céans a jugé que la demande de la recourante était manifestement mal fondée et a rejeté sa requête en récusation formulée à l'encontre du Dr P_____.

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; RS 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. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

L'événement assuré étant survenu le 13 juin 2004, la LPGA s'applique au cas d'espèce.

3. Interjeté dans la forme prévue par la loi, le recours du 8 février 2012 contre la décision sur opposition du 5 janvier 2012, notifiée le 9 janvier 2012 au conseil de la recourante, est recevable (cf. art. 56 et 60 LPGA).

-
4. Le litige porte sur la question de savoir si les atteintes constatées à l'épaule gauche en octobre et en novembre 2006 sont en lien de causalité naturelle avec la chute survenue le 13 juin 2004.
5. a) L'art. 6 al. 1 LAA prévoit que les prestations de l'assurance-accidents obligatoire sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident au sens de cette disposition, 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 LPGGA). Le droit aux prestations suppose notamment entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée 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 que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question 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 à la lumière de la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; 129 V 402 consid. 4.3). L'admission d'un rapport de causalité naturelle entre une atteinte à la santé et un accident assuré n'implique pas que cet accident soit une cause prépondérante ou exclusive de l'atteinte à la santé, ni qu'il en soit une cause directe; il suffit que l'accident ait contribué, avec d'autres facteurs, à la survenance de l'atteinte à la santé (ATF non publié 8C_433/2008 du 11 mars 2009).
- b) 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). Ainsi, aussi longtemps que le statu quo sine ou 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 (ATF non publié 8C_552/2007 du 19 février 2008, consid. 2). On examinera si l'atteinte à la
-

santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (statu quo ante ou statu quo sine) sur le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b; 125 V 195 consid. 2). Le seul 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 événement (raisonnement «post hoc ergo propter hoc»; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 no U 341 p. 408 s., consid. 3b).

6. a) Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA, le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. En vertu de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 9 al. 2 OLAA, qui prévoit que certaines lésions corporelles sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. Ces lésions corporelles sont les suivantes :
- a. Les fractures;
 - b. Les déboîtements d'articulations;
 - c. Les déchirures du ménisque;
 - d. Les déchirures de muscles;
 - e. Les élongations de muscles;
 - f. Les déchirures de tendons;
 - g. Les lésions de ligaments;
 - h. Les lésions du tympan.

Cette liste est exhaustive (ATF 116 V 136 consid. 4a, 145 consid. 2b).

La notion de lésion corporelle assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. Aussi les assureurs-accidents doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait souvent être couvert par l'assurance-maladie. 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 129 V 466; 123 V 43 consid. 2b; 116 V 145 consid. 2c; 114 V 298 consid. 3c). Il faut qu'un facteur extérieur soit une cause possible de la lésion, au moins à titre partiel, pour qu'une lésion assimilée à un accident soit admise (ATF non publié 8C_698/2007 du 27 octobre 2008, consid. 4.2). Pour admettre l'existence d'un lien de causalité naturelle, il suffit que l'événement assuré soit en partie à l'origine de l'atteinte à la santé. Un état dégénératif ou morbide antérieur n'exclut pas l'existence d'une lésion corporelle assimilée à un accident, cela pour autant que l'événement ait au moins déclenché ou aggravé l'atteinte préexistante

(voir ATF 123 V 43 consid. 2b, 116 V 145 consid. 2c et la jurisprudence citée). Si, par contre, une telle lésion est survenue sans avoir été déclenchée par un facteur extérieur soudain et involontaire, elle est manifestement imputable à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs et il appartient à l'assurance-maladie d'en prendre en charge les suites (ATF non publié 8C_357/2007 du 31 janvier 2008, consid. 2 et les références citées).

b) Le droit aux prestations pour une lésion assimilée à un accident prend fin lorsque le retour à un statu quo ante ou à un statu quo sine est établi. Toutefois, de telles lésions seront assimilées à un accident aussi longtemps que leur origine malade ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, n'est pas clairement établie. On ne se fondera donc pas simplement sur le degré de vraisemblance prépondérante pour admettre l'évolution d'une telle atteinte vers un statu quo sine. Sinon, on se trouverait à nouveau confronté, immédiatement après avoir admis l'existence d'une lésion assimilée à un accident, à la difficulté de distinguer entre l'origine accidentelle et malade de cette atteinte (ATF non publié 8C_698/2007 du 27 octobre 2008, consid. 4.2 et les références citées).

c) Ces règles sont également applicables lorsqu'une des lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA est survenue lors d'un événement répondant à la définition de l'accident au sens de l'art. 6 al. 1 LAA. En effet, si l'influence d'un facteur extérieur, soudain et involontaire suffit pour ouvrir droit à des prestations de l'assureur-accidents pour les suites d'une lésion corporelle mentionnée à l'art. 9 al. 2 OLAA, on ne voit pas, a fortiori, que cette réglementation spécifique ne doive pas trouver application dans l'éventualité où ce facteur revêt un caractère extraordinaire. Il faut néanmoins que la lésion corporelle (assimilée) puisse être rattachée à l'accident en cause car, à défaut d'un événement particulier à l'origine de l'atteinte à la santé, il y a lieu de conclure à une lésion exclusivement malade ou dégénérative (ATF non publié 8C_698/2007 du 27 octobre 2008, consid. 4.2 et les références citées; ATF non publié 8C_357/2007 du 31 janvier 2008, consid. 3.2).

7. 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 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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 322 consid. 5a).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif (art. 40 PCF en corrélation avec l'art. 19 PA ; art. 95 al. 2 OJ en liaison avec les art. 113 et 132 OJ), l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge 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. Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. Il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a).

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. Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

Par ailleurs, 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/bb et cc).

Enfin, 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 oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; ATFA non publié I 751/03 du 19 mars 2004, consid.

3.3 ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4), un renvoi à l'administration restant possible, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; ATF non publié 8C_760/2011 du 26 janvier 2012, consid. 3). Les coûts de l'expertise peuvent être mis à la charge de l'assureur social (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2).

8. En l'occurrence, il n'est pas contesté par les parties qu'à la fin 2006, plusieurs atteintes à l'épaule gauche de la recourante ont été révélées par IRM ainsi que lors de l'intervention chirurgicale pratiquée par le Prof. L. _____ le 29 novembre 2006, dont notamment une déchirure intra-tendineuse du sus-épineux de l'épaule gauche. Dès lors qu'elle répond au diagnostic de déchirure des tendons au sens de l'art. 9 al. 2 let. f OLAA, cette atteinte est susceptible d'être reconnue comme lésion corporelle assimilée à un accident pour autant que la chute du 13 juin 2004 en soit en partie à l'origine ; étant encore précisé que la survenance de cette chute avec réception sur l'épaule gauche n'est plus litigieuse.

Suite à l'arrêt de renvoi rendu par la Cour de céans le 27 mai 2010 (ATAS/628/2010), l'intimée a mandaté le Dr N. _____. C'est sur la base du rapport d'expertise établi le 16 mai 2011 par ce médecin, que l'intimée a considéré que les atteintes diagnostiquées en octobre et en novembre 2006 ne sont pas en lien de causalité avec la chute survenue le 13 juin 2004.

La lecture attentive du rapport établi par le Dr N. _____ conduit cependant la Cour de céans à constater que les conclusions auxquelles aboutit ce médecin ne convainquent pas, et ce pour plusieurs raisons.

Il convient de relever tout d'abord que cet expert s'est fondé sur un dossier fort incomplet dès lors que plusieurs avis médicaux n'ont pas été mis à sa disposition, tels que les rapports établis par le Dr M. _____ en date des 13 septembre 2004, 27 novembre 2006, 3 septembre 2008, 13 août 2009 (étant précisé que ce dernier rapport porte spécifiquement sur l'examen clinique effectué le 21 juin 2004 suite à la chute du 13 juin 2004) ; ceux établis par le Dr L. _____ en date des 17 octobre et 1^{er} décembre 2006, 14 juin 2007, 10 octobre 2008 et 2 février 2010 ; le rapport radio-diagnostique des HUG du 5 décembre 2006 ainsi que le résumé d'hospitalisation du 7 décembre 2006. Par ailleurs, l'expert revient sur l'événement du 14 mars 2003 pour en conclure qu'il s'agissait d'une lésion assimilée qui doit être prise en charge par l'intimée pendant neuf mois (rapport d'expertise p. 18), alors que cette question a déjà dûment été tranchée le 22 mai 2006 par le Tribunal fédéral, qui a estimé qu'il ne s'agissait pas d'une lésion assimilée (U 220/05). Par ailleurs, l'expert se contredit en retenant, d'une part, que suite à l'intervention du 29 novembre 2006, l'examen clinique de l'épaule gauche a démontré peu de douleurs

et une mobilité articulaire très bonne (rapport d'expertise p. 5), et d'autre part, que cette intervention n'a pas modifié les douleurs (rapport d'expertise p. 9). Quoi qu'il en soit, s'agissant de la question litigieuse du lien de causalité entre la chute et les atteintes à l'épaule constatées fin 2006, cet expert émet ses conclusions en se référant à ce qui se produit en général chez des patients de l'âge de la recourante, en omettant de discuter l'effet qu'a pu avoir, dans le cas particulier de la recourante, une chute sur l'épaule ayant subi une intervention chirurgicale quelques mois auparavant. Qui plus est, l'expert est d'avis que le vieillissement du tendon dû à la tendinite chronique liée à l'âge et la persistance d'un conflit sous-acromial sont suffisants pour provoquer une déchirure intra-tendineuse, qui est l'apanage du processus dégénératif (rapport d'expertise p. 9). Or, la question n'est pas de savoir si l'état maladif, pour autant que celui-ci soit établi, ait été suffisant à produire une déchirure, mais plutôt si la chute du 13 juin 2004 l'a provoquée, du moins partiellement. Il n'est en effet pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate ou directe de l'atteinte à la santé ; il suffit que l'accident ait contribué, avec d'autres facteurs, à la survenance de l'atteinte à la santé (ATF non publié 8C_433/2008 du 11 mars 2009).

Pour tous ces motifs, le rapport d'expertise du Dr N_____ ne répond pas aux exigences de la jurisprudence et ne peut donc se voir reconnaître pleine valeur probante.

Compte tenu de ce qui précède et de l'absence d'éléments médicaux probants, la Cour de céans n'a d'autre choix que d'ordonner une expertise rhumatologique et orthopédique, qui sera confiée à la Dresse Q_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine générale et le Dr P_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

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

Statuant

A la forme

1. Déclare le recours recevable.

Préparatoirement

2. Ordonne une expertise rhumatologique et orthopédique. La confie à la Dresse Q_____, spécialiste FMH en rhumatologie et au Dr P_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, les experts ayant pour mission d'examiner et d'entendre Madame G_____, après s'être entourés de tous les éléments utiles et après avoir pris connaissance du dossier de l'intimée, ainsi que du dossier de la présente procédure en s'entourant d'avis de tiers au besoin ;
3. Charge les experts d'établir un rapport détaillé et de répondre aux questions suivantes :

D'un point de vue purement orthopédique

1. Anamnèse détaillée.
2. Données subjectives de la personne.
3. Constatations objectives.
4. Les diagnostics.
5. Depuis quelle date sont-ils présents chez la recourante et comment ont-ils évolué ?
6. Evolution de l'état de santé avant l'accident du 13 juin 2004 et après.
7. La recourante présentait-elle un état maladif antérieur au 13 juin 2004 ? Dans l'affirmatif, lequel ?
8. Quels ont été les diagnostics révélés en octobre et en novembre 2006 ? Lesquels correspondent-ils à une lésion corporelle figurant à l'art. 9 al. 2 OLAA ?

S'agissant des diagnostics correspondant à une lésion corporelle figurant à l'art. 9 al. 2 OLAA

- a. Ces atteintes sont-elles d'origine exclusivement dégénérative ? Veuillez motiver.
- b. L'accident du 13 juin 2004 a-t-il joué un rôle, même partiel, dans la survenance de ces atteintes ? En d'autres termes, l'accident du 13 juin 2004 est-il une cause possible, au moins à titre partiel, de ces atteintes ?
- c. Le cas échéant, quels sont les facteurs étrangers à l'accident du 13 juin 2004 qui ont contribué, avec ledit accident, à la survenance de ces atteintes ?
- d. L'accident du 13 juin 2004 a-t-il déclenché un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement ?
- e. A partir de quand les facteurs étrangers sont-ils manifestement devenus, ou deviennent-ils manifestement les seules causes influentes sur l'état de santé de la recourante (« *statu quo sine* » ou « *statu quo ante* » atteint) ?
- f. Dans le cas où l'accident du 13 juin 2004 a joué un rôle, même partiel, dans la survenance de ces atteintes, celles-ci ont-elles entraîné une incapacité de travail ? Si oui, depuis quand et à quel taux ? Comment ce taux a-t-il évolué ?

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

- g. L'accident du 13 juin 2004 est-il la cause unique ou une cause partielle (« *condition sine qua non* ») de ces atteintes ? Plus précisément, le lien de causalité est-il seulement possible (moins de 50% dû à l'accident), probable (plus de 50% dû à l'accident) ou certain (100% dû à l'accident) ?
- h. Le cas échéant, quels sont les facteurs étrangers à l'accident du 13 juin 2004 qui ont contribué, avec ledit accident, à la survenance de ces atteintes ?

- i. L'accident du 13 juin 2004 a-t-il déclenché un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement ?
 - j. A partir de quand les facteurs étrangers sont-ils devenus, ou deviennent-ils, au degré de la vraisemblance prépondérante, les seules causes influentes sur l'état de santé (« *statu quo sine* » ou « *statu quo ante* » atteint) ?
 - k. S'agissant des atteintes ayant un lien de causalité probable ou certain avec l'accident du 13 juin 2004, celles-ci ont-elles entraîné une incapacité de travail ? Si oui, depuis quand et à quel taux ? Comment ce taux a-t-il évolué ?
- 9. Partagez-vous l'appréciation du Dr N_____ ? Veuillez motiver.
 - 10. Partagez-vous l'avis du Prof. L_____ du 10 octobre 2008 ? Veuillez motiver.
 - 11. L'intervention chirurgicale du 29 novembre 2006 était-elle appropriée ?
 - 12. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles.

D'un point de vue purement rhumatologique

- 1. Anamnèse détaillée.
- 2. Données subjectives de la personne.
- 3. Constatations objectives.
- 4. Les diagnostics.
- 5. Depuis quelle date sont-ils présents chez la recourante et comment ont-ils évolué ?
- 6. Evolution de l'état de santé avant l'accident du 13 juin 2004 et après.
- 7. La recourante présentait-elle un état maladif antérieur au 13 juin 2004 ? Dans l'affirmatif, lequel ?
- 8. Quels ont été les diagnostics révélés en octobre et en novembre 2006 ? Lesquels correspondent-ils à une lésion corporelle figurant à l'art. 9 al. 2 OLAA ?

S'agissant des diagnostics correspondant à une lésion corporelle figurant à l'art. 9 al. 2 OLAA

- a. Ces atteintes sont-elles d'origine exclusivement dégénérative ? Veuillez motiver.
- b. L'accident du 13 juin 2004 a-t-il joué un rôle, même partiel, dans la survenance de ces atteintes ? En d'autres termes, l'accident du 13 juin 2004 est-il une cause possible, au moins à titre partiel, de ces atteintes ?
- c. Le cas échéant, quels sont les facteurs étrangers à l'accident du 13 juin 2004 qui ont contribué, avec ledit accident, à la survenance de ces atteintes ?
- d. L'accident du 13 juin 2004 a-t-il déclenché un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement ?
- e. A partir de quand les facteurs étrangers sont-ils manifestement devenus, ou deviennent-ils manifestement les seules causes influentes sur l'état de santé de la recourante (« *statu quo sine* » ou « *statu quo ante* » atteint) ?
- f. Dans le cas où l'accident du 13 juin 2004 a joué un rôle, même partiel, dans la survenance de ces atteintes, celles-ci ont-elles entraîné une incapacité de travail ? Si oui, depuis quand et à quel taux ? Comment ce taux a-t-il évolué ?

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

- g. L'accident du 13 juin 2004 est-il la cause unique ou une cause partielle (« *condition sine qua non* ») de ces atteintes ? Plus précisément, le lien de causalité est-il seulement possible (moins de 50% dû à l'accident), probable (plus de 50% dû à l'accident) ou certain (100% dû à l'accident) ?
- h. Le cas échéant, quels sont les facteurs étrangers à l'accident du 13 juin 2004 qui ont contribué, avec ledit accident, à la survenance de ces atteintes ?
- i. L'accident du 13 juin 2004 a-t-il déclenché un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement ?

- j. A partir de quand les facteurs étrangers sont-ils devenus, ou deviennent-ils, au degré de la vraisemblance prépondérante, les seules causes influentes sur l'état de santé (« *statu quo sine* » ou « *statu quo ante* » atteint) ?
 - k. S'agissant des atteintes ayant un lien de causalité probable ou certain avec l'accident du 13 juin 2004, celles-ci ont-elles entraîné une incapacité de travail ? Si oui, depuis quand et à quel taux ? Comment ce taux a-t-il évolué ?
- 9. Partagez-vous l'appréciation du Dr N_____ ? Veuillez motiver.
 - 10. Partagez-vous l'avis du Prof. L_____ du 10 octobre 2008 ? Veuillez motiver.
 - 11. L'intervention chirurgicale du 29 novembre 2006 était-elle appropriée ?
 - 12. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles.
- 4. Invite les experts à faire une appréciation consensuelle du cas s'agissant de toutes les problématiques ayant des interférences entre elles, notamment l'appréciation de l'incapacité de travail.
 - 5. Invite les experts à déposer à leur meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la Cour de céans.
 - 6. Réserve le sort des frais.

La greffière

La Présidente

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDE

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le