

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4603/2018

ATAS/474/2020

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 15 juin 2020

6^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée _____, GENEVE

demanderesse

contre

LA MOBILIÈRE SUISSE, SOCIÉTÉ D'ASSURANCES, sise
Bundesgasse 35, BERN

défenderesse

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente ; Teresa SOARES et Jean-Pierre WAVRE,
Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1964, a été engagée en qualité d'animatrice à 23% par B_____ (ci-après : l'employeur) le 28 août 2015 et était, à ce titre, assurée contre le risque d'accidents professionnels et non professionnels ainsi que pour une indemnité journalière en cas de maladie (Mobisana) auprès de la Mobilière suisse société d'assurances SA (ci-après : l'assurance).
2. Le 29 juin 2016, l'assurée a été victime d'un accident à son domicile. Elle a consulté le docteur C_____, médecin auprès de la Permanence du Rond-Point de Plainpalais, puis a été adressée au docteur D_____, radiologue FMH.
3. Dans son rapport du 29 juin 2016, le Dr D_____ a indiqué avoir procédé à des radiographies du poignet et de la main gauche en raison de douleurs consécutives à un choc direct sur le 4^{ème} et 5^{ème} métacarpiens. Son examen n'avait pas révélé de fracture, de luxation, d'anomalie des parties molles ni de lésion osseuse.
4. Le 2 septembre 2016, l'assurance a reçu la déclaration électronique d'accident sans incapacité de travail, mentionnant que l'assurée avait subi des hématomes et une luxation de l'épaule, après qu'un cadre d'une fenêtre se soit décroché et soit tombé contre elle.
5. Le 14 septembre 2016, le Dr C_____ a complété le « certificat médical d'accident bagatelle », formulaire qui lui avait été adressé par l'assurance et qui mentionnait, à titre de partie du corps atteinte : « Épau le » et, à titre de lésion : « hématomes, luxation... ». Le médecin traitant a noté le diagnostic de contusion post-traumatique et précisé que les atteintes concernaient le côté gauche.
6. En date du 28 septembre 2016, la doctoresse E_____, spécialiste FMH en radiologie, a procédé à une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) lombosacrée en raison d'une contusion lombaire. Cet examen a mis en évidence une déchirure de l'anneau fibreux postéro-latérale gauche L4-L5 avec une petite hernie protrusive récessale gauche venant au contact de la racine L5 gauche.
7. Le 9 novembre 2016, le Dr D_____ a réalisé plusieurs radiographies de la colonne dorsale et de l'omoplate droite. Aucune fracture vertébrale récente n'a été constatée, mais un aspect cunéiforme D6 d'aspect ancien et des discopathies modérées en D5-D6, D6-D7 et D7-D8 ont été objectivées. Au niveau de l'omoplate droite, aucune anomalie n'a été mise en évidence, la glène, l'acromion et l'articulation acromio-claviculaire et l'articulation sterno-claviculaire étaient d'aspect normal.
8. Par rapport du 12 novembre 2016, le Dr C_____ a retenu le diagnostic de contusion post-traumatique du poignet droit et de la colonne dorso-lombaire. Il a indiqué que l'assurée avait été projetée contre une armoire suite à la rupture des fixations d'une fenêtre. Il avait constaté, au niveau du poignet et de la main droite, un œdème et un hématome, accompagnés de douleurs à la palpation et lors des mouvements du

poignet et, au niveau de la colonne lombaire, des algies en L4 et L5 lors des mouvements de flexion dorso-lombaire. Les constatations radiologiques mettaient en exergue une hernie protrusive L4-L5 et une bascule du bassin. Le traitement consistait en la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens et en une immobilisation.

9. En date du 15 janvier 2017, le Dr C_____ a signé une prescription de physiothérapie en raison de cervicalgies post-traumatiques.
10. Le 17 mai 2017, répondant à un questionnaire du médecin-conseil de l'assurance, le docteur F_____, le Dr C_____ a indiqué que la poursuite du traitement de physiothérapie, toujours en relation avec l'accident assuré, était motivée par des douleurs cervico-dorsales persistantes, et que l'évolution de la symptomatologie douloureuse était bonne.
11. Le 19 juillet 2017, le Dr F_____ a estimé qu'il n'y avait pas de relation avec l'accident du 29 juin 2016.
12. Le 24 août 2017, le médecin-conseil de l'assurance a considéré que la contusion du poignet gauche était en relation de causalité vraisemblable avec l'accident et que le statu quo sine avait été atteint environ trois à quatre semaines après le sinistre. Concernant les troubles dégénératifs lombaires, ils n'étaient pas en rapport de causalité avec l'événement assuré.
13. Par courrier du 29 août 2017, l'assurance a informé l'assurée des conclusions de son médecin-conseil, le docteur G_____. Il en résultait que les troubles de la colonne lombaire, lesquels constituaient des lésions dégénératives sans lien avec l'accident du 29 juin 2016, devaient être pris en charge par l'assureur-maladie, de même que l'atteinte à la santé relative à la contusion au poignet gauche dès le 28 juillet 2016.
14. Dans un courrier du 8 septembre 2017, l'assurée a contesté la position de l'assurance. Elle a notamment soutenu que l'accident du 29 juin 2016 avait été beaucoup plus grave que ce qui avait été décrit par le Dr C_____, que le choc avait engendré une fracture d'un petit morceau d'os en haut de sa colonne vertébrale, ce qui lui avait occasionné des douleurs épouvantables au dos et à l'épaule pendant des mois. Elle a ajouté que ses problèmes dorsaux et cervicaux avaient empiré avec le choc subi lors de l'accident et que son traumatisme, physique et psychique, allait mettre encore beaucoup de temps à disparaître.
15. Par décision du 18 septembre 2017, dont copie a été adressée à l'assureur-maladie de l'assurée, l'assurance a maintenu que les troubles de la colonne lombaire n'étaient pas en relation de causalité avec le sinistre du 29 juin 2016, de sorte qu'ils étaient à la charge de l'assureur-maladie, et que l'atteinte à la santé relative à la contusion au poignet gauche était à la charge de son assureur-maladie à partir du 28 juillet 2016.

16. Dès le 16 octobre 2017, l'assurance a versé à l'assurée une indemnité journalière maladie.
17. Le 17 octobre 2017, l'assurée a formé opposition à l'encontre de la décision précitée. Elle a soutenu que ses problèmes de santé s'aggravaient malgré les anti-inflammatoires et les antidouleurs. Elle avait récemment dû se rendre aux urgences en raison de douleurs aux niveaux du dos, de l'épaule et du bras droit, mais aucune IRM n'avait été réalisée à ces niveaux. Selon le médecin consulté aux urgences, elle avait été traitée de façon médiocre et pouvait souffrir de tendinites. Il lui avait prescrit des séances de physiothérapies et des médicaments.
18. En date du 18 novembre 2017, l'assurée a indiqué à l'assurance qu'un procès était en cours avec sa régie.
19. Par décision sur opposition du 21 novembre 2017, l'assurance a rejeté l'opposition. Elle a rappelé, d'une part, que son médecin-conseil avait fixé le statu quo sine à trois ou quatre semaines après l'accident concernant la contusion du poignet, de sorte qu'au-delà de ce laps de temps, les problèmes de santé de l'assurée relevaient de la maladie et non plus de l'accident. D'autre part, l'IRM lombosacrée du mois de septembre 2016 et les radiographies de la colonne dorsale du 9 novembre 2016 avaient mis en évidence une petite hernie L4-L5 et l'existence d'un état dégénératif par la présence de discopathies D5-D6, D6-D7 et D7-D8. Le rapport de causalité naturelle entre les douleurs lombaires et l'accident avait été nié par le médecin-conseil, lequel était en outre clairement d'avis que la hernie discale était d'origine exclusivement dégénérative. En outre, ladite hernie ne pouvait être considérée comme étant due principalement à un accident, dès lors que l'événement assuré ne revêtait pas une importance particulière, qu'il n'était pas de nature à entraîner une lésion du disque intervertébral et que les symptômes n'étaient pas apparus immédiatement ni n'avaient aussitôt entraîné une incapacité de travail. De plus, les clichés radiologiques n'avaient pas révélé de tassement subit des vertèbres ni l'apparition ou l'agrandissement de lésions après un traumatisme, de sorte qu'il n'y avait pas d'aggravation significative et donc durable d'une affection dégénérative préexistante de la colonne vertébrale par suite d'un accident. La décision du 18 septembre 2017, consistant à supprimer le droit de l'assurée aux prestations à partir du 28 juillet 2016 pour les problèmes du poignet et à refuser la prise en charge des problèmes lombaires, était ainsi fondée. Enfin, cette décision n'avait pas été contestée par l'assureur-maladie, ce qui laissait penser que celui-ci rejoignait l'opinion de l'assurance.
20. Par acte du 21 décembre 2017, l'assurée a interjeté recours auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice contre la décision sur opposition du 21 novembre 2017 (procédure A/5075/2017 - LAA). En substance, elle a conclu, sous suite de dépens, à l'annulation de la décision entreprise, à ce que l'intimée soit condamnée à prendre en charge l'intégralité de ses problèmes de santé depuis le 29 juin 2016 et à lui verser une indemnisation pour compenser ses souffrances physiques et le traumatisme psychologique. S'agissant des circonstances du

sinistre, elle a expliqué avoir voulu fermer la fenêtre de sa cuisine pour accéder à l'armoire où se trouvait sa boîte à café. Le cadre de la fenêtre, d'environ 30 kg, s'était alors complètement décroché du mur car des vis avaient été oubliées par les ouvriers suite au changement des fenêtres de l'immeuble quelques mois auparavant. Elle avait eu le réflexe de se retourner brusquement et de repousser le cadre pour protéger sa tête, sans quoi elle aurait pu être tuée ou lourdement handicapée. Elle avait alors été projetée violemment contre l'armoire murale et avait immédiatement ressenti des douleurs au dos, aux épaules et à la tête, ainsi que dans les bras, les avant-bras et les poignets. Ses lombaires avaient « craqué ». Elle avait crié et pleuré au moment de l'accident, ce qui avait réveillé son fils et alerté ses voisins. En état de choc et présentant des douleurs partout, elle s'était rendue aux urgences où une radiographie de son poignet gauche, articulation qui la faisait le plus souffrir, avait été réalisée. Le Dr C_____ lui avait conseillé de porter son bras en écharpe pour reposer ce membre et l'épaule, et un corset médical pour retenir la tête. Elle a précisé à cet égard que ce médecin lui avait déjà prescrit un tel corset auparavant en raison de douleurs cervicales incommodantes, mais beaucoup moins violentes que celles ressenties après le sinistre. Les douleurs dorsales présentées avant son accident étaient musculaires et dues à son ancienne activité professionnelle de femme de ménage. Elle était partie le lendemain du sinistre au Brésil pour deux mois, mais n'avait rien pu faire pendant ses vacances, devant se reposer, se rendre à l'hôpital et prendre des médicaments. À son retour en Suisse, elle avait revu le Dr C_____, lequel avait sollicité une IRM lombaire, mais pas du haut de son dos, de ses épaules et de ses poignets. Elle avait ensuite consulté le docteur H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur, qui avait retenu une indication opératoire concernant son épaule, avant de changer d'avis suite à une conversation téléphonique avec une collaboratrice de l'intimée. Ses douleurs à l'épaule droite avaient augmenté en octobre 2017 et elle avait consulté les urgences des Hôpitaux universitaires du canton de Genève (ci-après : HUG), son physiothérapeute, puis avait été adressée au docteur I_____, spécialiste FMH en radiologie, qui avait immédiatement effectué une infiltration. Elle n'avait jamais cessé de travailler, de peur de perdre son emploi, mais était en arrêt de travail depuis le 16 octobre 2017. Elle avait été victime d'un second accident le 12 mai 2017 et avait été blessée au poignet gauche, articulation qui n'avait jamais totalement arrêté de lui faire mal depuis le premier sinistre. Elle a reproché, entre autres, au Dr C_____ d'avoir minimisé les conséquences de son accident du 29 juin 2016, de ne pas avoir énuméré l'ensemble des lésions subies suite au sinistre et de ne pas avoir ordonné tous les examens médicaux nécessaires. Elle a contesté l'avis du médecin-conseil, basé sur un dossier incomplet, étant relevé qu'il avait omis de mentionner la bursite.

La recourante a notamment joint à son écriture les pièces suivantes :

- un rapport du 26 mars 2001 de la doctoresse J_____, spécialiste FMH en radiologie, relatif à des radiographies du thorax du 8 mars 2001 et de la colonne

cervicale du 9 mars 2001, lesquelles ont révélé des troubles statiques et une spondylose cervicale C4 à C7 ;

- un rapport du 13 novembre 2013 du docteur K_____, spécialiste FMH en radiologie, suite à une IRM du rachis lombaire du 13 novembre 2013 ; ce médecin a conclu à une suspicion d'une spondylarthropathie séronégative basée sur la présence d'enthésopathies en coin dans la portion antérieure des plateaux supérieurs des corps vertébraux L3 et L4, et à un kyste de Tarlov très vraisemblablement asymptomatique à l'émergence des racines S2 des deux côtés ;
- un rapport signé le 26 novembre 2013 par la doctoresse L_____ spécialiste FMH en radiologie, après une IRM des articulations sacro-iliaques du jour même ; la spécialiste a conclu à un kyste de Tarlov sacré, à un œdème aspécifique spongieux de l'aile iliaque droite centimétrique non suspect ;
- un rapport du 25 mai 2016 du Dr D_____ suite à des radiographies du thorax et de la colonne cervicales, lesquelles ont révélé des discopathies C4-C5, C5-C6 et C6-C7 ;
- des documents relatifs à son voyage au Brésil dès le 30 juin 2016 ;
- le formulaire de déclaration de sinistre qu'elle avait rempli le 31 août 2016 et retourné à l'employeur, mentionnant notamment que le cadre de la fenêtre de sa cuisine s'était décroché et était tombé contre elle ; étaient signalées des atteintes aux niveaux du bras, de la main et de l'épaule gauche, une épaule déplacée, des hématomes, une luxation et des douleurs à la main et à la jambe droite, à la tête, au coccyx ; elle avait dû interrompre ses vacances pendant trois semaines ;
- un rapport du 14 septembre 2016 du Dr D_____ concluant, suite à des radiographies de la colonne lombaire, à une bascule du bassin avec une différence de 1 cm en faveur du côté gauche ;
- une déclaration de sinistre du 18 mai 2017, aux termes de laquelle l'assurée disait avoir été victime d'un accident professionnel le 12 mai 2017 et s'était blessée au poignet et aux doigts gauches, ainsi qu'un certificat médical d'arrêt de travail du 12 au 16 mai 2017 ;
- une lettre qu'elle avait adressée le 11 septembre 2017 au Dr C_____, déplorant qu'aucune IRM du haut de sa colonne n'ait été réalisée, alors qu'il s'agissait de l'endroit qui avait violemment cogné contre l'armoire et qui la faisait énormément souffrir ; un tel examen aurait par ailleurs permis de voir l'état de son épaule ;
- un courrier qu'elle avait envoyé le 5 octobre 2017 à son assureur-maladie relatifs aux événements du 29 juin 2016 et leurs conséquences ;
- un rapport du 15 octobre 2017 du docteur M_____, médecin interne aux HUG, lequel a diagnostiqué un syndrome de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite,

- du chef long biceps et du sous-épineux depuis un an ; des mesures de physiothérapie consistant en un travail sur les muscles abaisseurs de l'épaule et un traitement médicamenteux étaient prescrits à l'assurée ;
- des certificats médicaux attestant d'une totale incapacité de travail dès le 16 octobre 2017, pour une durée indéterminée ;
 - un rapport du 20 octobre 2017 du Dr I_____, suite à une radiographie et une échographie de l'épaule droite avec infiltration réalisée le même jour ; cet examen avait permis de conclure à une importante tendinopathie calcifiante en voie de dissolution (phase inflammatoire) et à une importante bursite sous-acromio-deltoïdienne, laquelle avait été ponctionnée et vidangée, avant qu'une infiltration et une trituration de la calcification intra-tendineuse ne soient réalisées ;
 - un rapport du 25 octobre 2017 du Dr I_____, suite à un scanner de la colonne cervicale et de l'épaule droite du jour même ; ce médecin a conclu à une cervicarthrose modérée au niveau C4-C5, C5-C6 et C6-C7 avec une ossification du ligament longitudinal antérieur sans argument pour une hernie discale ou un rétrécissement foraminaux significatif, ainsi qu'à une tendinopathie calcifiante du sus-épineux en voie de dissolution, d'aspect fragmentaire et flou avec un passage de calcification au niveau du trochiter en regard de l'insertion du tendon sus-épineux associée à une bursite sous-acromio-deltoïdienne et à un épanchement intra-articulaire ;
 - un courrier qu'elle avait adressé le 11 décembre 2017 à son médecin traitant, le docteur N_____, spécialiste FMH en médecine interne, le priant d'ordonner une IRM de toute sa colonne dorsale et cervicale, ce qui n'avait jamais été fait ; elle a précisé que le poids du cadre tombé sur elle était énorme au vu de son propre poids de 50 kg, que la violence de sa chute l'avait projetée contre l'armoire et qu'elle s'était blessée en voulant protéger sa tête ;
 - des photographies du cadre de la fenêtre en cause ;
 - plusieurs courriers échangés avec des médecins ou l'intimée concernant le secret médical.
21. Dans une écriture complémentaire du 27 janvier 2018, la recourante a rappelé ses doléances à l'encontre du Dr C_____, lequel n'avait pas préconisé d'IRM complète, alors qu'elle présentait d'intenses douleurs au niveau des bras et du cou, des picotements brûlants dans tout le corps, de terribles maux de tête et de dos. Elle avait subi une déchirure de l'anneau fibreux droit à la hauteur de D4 et le choc avait entraîné une hernie discale lombaire, avec une compression de la moelle épinière ou du nerf sciatique, qui n'existait pas un mois avant l'accident. Elle était atteinte d'une double bursite et d'une double tendinite, ce qui était rarissime, voire impossible, à moins d'avoir subi un accident très violent. Ces troubles étaient en rapport de causalité avec l'accident du mois de juin 2016. Elle constatait depuis lors une perte de force musculaire, des contractures musculaires involontaires, des

instabilités, des vertiges et des déséquilibres, des poussées de fièvre, des insomnies, une baisse de la vision, de fréquents torticolis, des difficultés à respirer avec des douleurs au niveau du thorax, une modification de sa posture, d'intenses douleurs et des engourdissements aux jambes, parfois aux pieds, et un traumatisme psychique persistant car elle ne se sentait plus en sécurité chez elle. Elle continuait à prendre des anti-inflammatoires et des antidouleurs, inefficaces, et avait consulté un neurologue. Elle a fait grief à l'intimée de tenter de transformer son accident en cas de maladie et de traiter son cas avec légèreté, et à plusieurs fournisseurs de soins de rendre des rapports lacunaires, de ne pas ordonner les examens médicaux adéquats, de modifier leur appréciation, de ne pas prendre suffisamment ses plaintes en considération. Elle suspectait des « magouilles » entre l'intimée, les médecins consultés et sa régie.

Elle a joint, entre autres, les documents suivants :

- un rapport du 4 janvier 2018 du docteur O_____, spécialiste FMH en radiologie, lequel a conclu, suite à une échographie de l'épaule droite pratiquée le jour même, à une bourse sous acromio-deltoïdienne épaissie, contenant passablement de liquide et traduisant un conflit antéro-supérieur ; il avait procédé à l'aspiration de liquide et à une infiltration ;
- un rapport du 4 janvier 2018 du Dr O_____ relatif à une IRM cervicale du 4 janvier 2018, laquelle avait objectivé une ostéophytose antéro marginale (C4-C5, C5-C6, C6-C7), mais pas de canal étroit ni de hernie discale ou de conflit disco-radiculaire ;
- des échanges de correspondances avec l'intimée relatifs à la libération du secret médical.

22. En date du 30 janvier 2018, la recourante a indiqué avoir consulté le Dr N_____ qui avait fait suite à sa demande de pratiquer des examens plus poussés au niveau de ses membres supérieurs droits, mais rendu un rapport lacunaire ne reflétant pas l'intégralité de ses plaintes.

Elle a produit :

- la prescription du Dr N_____ pour une nouvelle IRM ;
- un rapport du 8 janvier 2018 de ce médecin, faisant état d'une recrudescence des douleurs aux niveaux des deux épaules et du dos ; l'incapacité de travail était totale pour une durée indéterminée.

23. Dans sa réponse du 9 février 2018, l'assurance a conclu, sous suites de dépens, au rejet du recours et à la confirmation de la décision litigieuse. Elle a souligné n'avoir reçu que la déclaration d'accident du 2 septembre 2016, celle du 31 août 2016 signée par la recourante ne lui étant pas parvenue. La déclaration qui lui avait été adressée faisait état de prétendues lésions qui n'avaient pas été médicalement constatées, étant relevé que les problèmes lombaires n'y étaient pas mentionnés. S'agissant du poignet gauche, la recourante avait présenté de simples contusions

dont la guérison était acquise trois à quatre semaines après l'événement, ce que l'intéressée ne contestait au demeurant pas dans son recours. Concernant les lombalgies, aucun des examens effectués après le 29 juin 2016 n'avait pu objectiver un traumatisme au niveau du dos. Toute fracture récente avait été exclue par les examens d'imagerie. L'IRM du 29 septembre 2016 et les radiographies de la colonne dorsale du 9 novembre 2016 avaient mis en évidence une petite hernie protrusive L4-L5 et un état dégénératif par la présence de discopathies D5-D6, D6-D7, D7-D8. L'origine dégénérative des affections dont se plaignait la recourante était clairement établie et confirmée par les pièces produites. En outre, les conditions strictes auxquelles une hernie discale ou une affection dégénérative de la colonne vertébrale pourraient être prises en charge par l'assureur-accidents n'étaient manifestement pas réalisées. La recourante avait d'ailleurs admis qu'elle avait déjà eu des problèmes de dos et de cervicales avant le sinistre assuré. Les deux rapports du 4 janvier 2018 permettaient d'exclure tout rapport de causalité entre l'accident du 29 juin 2016 et les affections dont se plaignait la recourante, étant relevé qu'un conflit antéro-supérieur de l'épaule était une affection dégénérative en rapport avec le vieillissement des tendons de la coiffe des rotateurs et touchait principalement les personnes de plus de 40 ans.

24. Par écriture du 13 mars 2018, la recourante a intégralement persisté dans les termes de son recours. Elle a notamment soutenu que la déclaration d'accident envoyée électroniquement était incomplète et non signée. Elle a précisé présenter une discopathie depuis 2000, mais avoir mené une vie normale sans souffrance jusqu'au sinistre de juin 2016. Compte tenu des différents symptômes qu'elle présentait, elle suspectait d'avoir été victime d'un traumatisme crânien ou d'avoir développé un hématome sousdural lors du choc violent contre l'armoire, choc au cours duquel sa tête avait violemment touché l'armoire murale. Elle n'avait toujours pas obtenu un bon pour pratiquer une IRM ou un encéphalogramme. Elle suivait un traitement de physiothérapie soulageant les tensions de sa tête et les vertiges. La position de l'intimée lui causait d'énormes préjudices, sur les plans physiques, financiers et psychologiques. Depuis l'accident, elle souffrait de maladie qu'elle n'avait jamais eues auparavant, tel de rhumatisme.

Elle a notamment joint :

- une lettre qu'elle avait adressée le 29 septembre 2016 au Procureur général afin de déposer une plainte pénale à l'encontre de sa régie ;
- un courrier envoyé le 30 novembre 2017 par le Dr H_____ au Dr N_____, suite à la consultation de la recourante le 16 novembre 2017 ; étaient constatées une limitation fonctionnelle et des douleurs à la palpation de l'épaule droite ; une IRM avait montré une tendinite calcifiante du sus-épineux avec une arthrose acromio-claviculaire, confirmée à la radiographie, associée à un conflit sous-acromial ; il préconisait d'insister avec un traitement conservateur de physiothérapie avec un stretching et éventuellement des anti-inflammatoires selon les douleurs ;

- un courrier adressé le 12 janvier 2018 par le docteur P_____, spécialiste FMH en neurologie, au Dr N_____, après avoir examiné l'assurée la veille ; il en ressort que l'assurée se plaignait de douleurs cranio-cervicales parfois intenses, d'un problème d'épaule droite très douloureuse lié à une bursite, bien documenté et traité, de douleurs qualifiées « d'osseuses » thoraciques et aux extrémités, d'un tremblement interne non apparent, de sensations de brûlures diffuses dans le corps, de localisation variable et sans autre traduction, de douleurs thoraciques à la base du sternum à gauche très pénibles, l'empêchant de dormir ; l'examen clinique révélait après quelques minutes l'impossibilité de rester couchée sur le dos, avec des mouvements assez démonstratifs de pics douloureux au niveau du sternum ; l'examen neurologique était normal ; en conclusion, il estimait que le tableau des plaintes de la recourante ne rencontrait pas de traduction syndromique claire dans son domaine et ne proposait aucune autre investigation, étant relevé que la recourante avait déjà été soumise à de nombreux examens radiologiques, notamment des IRM, dont les résultats montraient des troubles dégénératifs assez banaux et en mauvaise concordance avec les plaintes ;
- un rapport du 1^{er} février 2018 du Dr I_____ suite à une échographie de l'épaule gauche réalisée le jour même et ayant permis de conclure à une rupture très probablement transfixiante de la partie distale du tendon sus-épineux s'étendant sur 12 mm de diamètre avec une minime ténosynovite du long chef du biceps, à une importante bursite sous-acromio-deltoïdienne ;
- un rapport du 6 février 2018 suite à une arthro-IRM de l'épaule droite du même jour ayant mis en évidence une importante bursite sous-acromio-deltoïdienne et une importante déchirure partielle de la face articulaire au niveau de la partie distale du tendon sus-épineux occupant plus de 80% de l'épaisseur tendineux, avec une extension dans le plan horizontal du tendon et une rétraction de quelques fibres profondes jusqu'à mi-hauteur de la tête humérale sans argument pour une amyotrophie ou une involution graisseuse significative décelée ; il n'y avait pas d'argument pour une déchirure transfixiante ;
- un rapport du 20 février 2018 de Monsieur Q_____, physiothérapeute, lequel a indiqué que le premier contact avec la recourante avait eu lieu le 4 décembre 2017 ; elle se plaignait notamment de douleurs au niveau des zones antérieures des deux épaules avec une limitation des mouvements d'élévation et d'extension, de cervicalgies sous-occipitales accompagnées de maux de tête, de troubles visuels et de vertiges, d'oppression du thorax, de tremblements des deux mains, de lombalgies et de picotements dans les deux membres inférieurs ; toute évaluation objective avait été impossible compte tenu de la manifestation des douleurs, exacerbées par un toucher même léger ; il proposait un traitement thérapeutique de physiothérapie, avec pour objectif la récupération des fonctions articulaires et musculaires des deux épaules.

25. Par arrêt du 16 avril 2018 (ATAS/334/2018, procédure A/5075/2017 - LAA), la chambre de céans a partiellement admis le recours, annulé la décision litigieuse et renvoyé la cause à l'assurance pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Elle a considéré ce qui suit :

a. En l'occurrence, il est rappelé que, sur la base de l'avis de son médecin-conseil, l'intimée a admis l'existence d'un lien de causalité entre l'accident du 29 juin 2016 et la symptomatologie présentée par la recourante au niveau du poignet gauche, et considéré que le statu quo sine avait été atteint le 28 juillet 2016. Elle a en revanche nié tout rapport de causalité entre le sinistre assuré et les troubles lombaires. La recourante quant à elle conteste ces conclusions et soutient que son poignet et sa main gauches n'ont jamais cessé de lui faire mal depuis le sinistre du 29 juin 2016, lequel est également responsable de ses troubles lombaires. En outre, elle fait état de nombreuses autres affections sur lesquelles l'intimée ne s'est pas prononcée dans sa décision sur opposition, notamment une aggravation des douleurs dorsales et cervicales, ainsi que l'existence de lésions aux niveaux de ses épaules.

b. Il convient donc d'examiner en premier lieu la valeur probante de l'avis du médecin-conseil du 24 août 2017. La chambre de céans constate d'emblée que ce document, très succinct, ne permet pas de connaître l'identité et la spécialisation du médecin-conseil, qu'il ne comporte ni la description de l'événement accidentel, ni la moindre anamnèse, ni les plaintes de la recourante. Les conclusions de ce rapport, dépourvues de toute motivation, n'emportent dès lors pas la conviction de la chambre de céans.

c. Les mêmes griefs peuvent être formulés à l'encontre des rapports du Dr C_____ des 14 septembre, 12 novembre 2016 et 17 mai 2017, lesquels ne contiennent pas non plus d'indication détaillée quant au déroulement de l'accident, ni la moindre anamnèse de la recourante. De plus, les réponses et annotations laconiques du médecin traitant sont confuses et apparaissent contradictoires. À titre d'exemple, le Dr C_____ s'est contenté d'inscrire le diagnostic de contusion post-traumatique et de cocher la case « gauche » concernant les lésions subies, sans apporter la moindre correction au formulaire qu'il a signé le 14 septembre 2016, lequel mentionne que la partie du corps atteinte était « Épaule » et que les lésions consistaient en des hématomes et une luxation. Le Dr C_____ semble ainsi avoir confirmé les atteintes signalées par l'employeur dans sa déclaration électronique d'accident du 2 septembre 2016, soit des hématomes et une luxation de l'épaule. Toutefois, le jour de l'accident, il a adressé la recourante au Dr D_____ pour un bilan radiographique du poignet et de la main gauches, ce qui permet de penser que les contusions et les hématomes qu'il a diagnostiqués concernaient en réalité cette partie du corps puisqu'aucun examen n'a été pratiqué au niveau de l'épaule et qu'aucune référence à une éventuelle luxation de l'épaule ne ressort de ses rapports ultérieurs. Il sied également de relever que les constatations et diagnostics signalés par le Dr C_____ ont varié d'un rapport à l'autre, sans aucune explication, de sorte qu'il n'est pas possible de savoir si le médecin traitant a entendu apporter des compléments ou au

contraire des modifications à ses appréciations antérieures. Ainsi, ce médecin a par exemple indiqué, dans son rapport du 12 novembre 2016, qu'il avait constaté un « œdème » et un hématome au niveau du poignet et de la main « droite », avec des douleurs, ainsi que des algies au niveau de la colonne lombaire. Bien qu'il soit envisageable que le médecin traitant ait commis une inadvertance en indiquant « droite », il n'est pas exclu qu'il ait effectivement constaté des lésions au niveau du poignet et de la main droites, étant rappelé que la recourante a mentionné, dans sa déclaration d'accident du 31 août 2016, des blessures aux deux membres supérieurs. La présence d'un œdème et l'existence de douleurs lombaires sont signalées pour la première fois, sans indication quant à la date de l'examen clinique y relatif. Il n'est donc pas possible de déterminer si ces atteintes et plaintes remontent au jour de l'accident ou si elles ont été constatées et rapportées au retour de vacances de la recourante, à la fin de l'été 2016. De même, dans sa prescription de physiothérapie du 15 janvier 2017, le Dr C_____ a noté pour la première fois des cervicalgies « post-traumatiques » et précisé au médecin-conseil de l'intimée, en date du 17 mai 2017, que les douleurs cervico-dorsales « persistantes » étaient en relation avec l'accident. La date d'apparition de ces symptômes n'est toutefois pas connue. On relèvera encore que les indications du Dr C_____ ne permettent pas de savoir quels traitements ont été prescrits à la recourante, pour quelles atteintes, à quels moments et pour quelle durée. En effet, le premier rapport du médecin traitant ne contient aucune information relative au traitement. Le rapport du 12 novembre 2016 mentionne la prescription d'anti-inflammatoire et d'une immobilisation, sans préciser si elle se rapporte aux douleurs de poignet et de la main « droites » ou aux troubles lombaires. Enfin, le Dr C_____ a répondu au médecin-conseil de l'intimée, le 17 mai 2017, que la « poursuite » du traitement de physiothérapie (« ordonnance du 10.01.2017 ») était justifiée par des douleurs cervico-dorsales. On ignore toutefois quand a débuté un tel traitement et en raison de quelles affections il a été initialement ordonné.

d. Partant, bien que les radiographies effectuées le jour de l'accident n'aient révélé aucune fracture, aucune luxation, aucune lésion osseuse ni aucune anomalie des parties molles du poignet et de la main gauche (cf. rapport du 29 juin 2016 du Dr D_____), les conclusions du médecin-conseil quant au retour au statu quo dans un délai de quatre semaines après l'accident ne sauraient en l'état être confirmées puisque les informations fournies par le Dr C_____ sont insuffisantes pour se prononcer sur les lésions présentées par la recourante, établir un diagnostic fiable et connaître les traitements prescrits. Rien ne permet donc de considérer, au degré de la vraisemblance prépondérante requis, que les atteintes au niveau du poignet et de la main gauches n'étaient plus imputables à l'accident dès le 28 juillet 2016.

e. S'agissant de l'atteinte lombaire, le médecin-conseil a estimé qu'elle était d'origine dégénérative et sans rapport de causalité avec l'accident, sans livrer toutefois la moindre argumentation permettant d'exclure que la déchirure de l'anneau fibreux L4-L5 et la petite hernie protrusive ait été provoquée, voire

déclenchée, par l'accident du 29 juin 2016. Il n'a en particulier pas examiné si l'événement accidentel était adéquat et propre à causer une hernie discale, ni n'a indiqué si la recourante avait présenté immédiatement des symptômes caractéristiques. C'est le lieu de relever, s'agissant des critères jurisprudentiels relatifs au rapport de causalité entre les hernies discales et un événement accidentel, que l'absence d'incapacité de travail dans les suites de l'accident n'est pas décisive dans le cas d'espèce puisque la recourante était en vacances pendant près de deux mois dès le lendemain de l'accident et qu'elle ne travaille qu'à un taux de 23%. Il sera encore relevé que l'IRM lombosacrée du 28 septembre 2016 a mis en exergue une déchirure de l'anneau fibreux L4-L5 et une petite hernie protrusive, alors que le rapport établi par le Dr K_____ suite à l'IRM du rachis lombaire pratiquée le 13 novembre 2013, document produit par la recourante dans le cadre de la présente procédure et qui n'a pas été soumis à l'appréciation du médecin-conseil de l'intimée, ne fait pas état de tels troubles. De plus, les radiographies de la colonne lombaire pratiquées par le Dr D_____ le 14 septembre 2016 ont révélé une bascule du bassin, mais aucun médecin ne s'est prononcé sur le lien de causalité entre ce déséquilibre et l'accident assuré. Étant rappelé que la recourante avait déjà consulté le Dr C_____ avant l'accident et que ce médecin lui avait prescrit différents traitements, notamment le port d'un corset, il apparaît indispensable de solliciter des rapports précis et détaillés de la part de ce praticien. En outre, il paraît judicieux qu'un spécialiste examine le dossier d'imagerie de la recourante, et non seulement les rapports s'y référant, afin de déterminer si les troubles constatés au mois de novembre 2016 peuvent être attribués, au degré de la vraisemblance prépondérante, au sinistre du 29 juin 2016. La chambre de céans considère ainsi que la documentation médicale produite ne permet pas de déterminer, au degré de la vraisemblance prépondérante, si les atteintes lombaires constatées le 28 septembre 2016 ont été provoquées par le traumatisme ou si elles existaient déjà avant le sinistre, cas échéant si elles ont été aggravées et dans quelle mesure. La brève détermination du médecin-conseil quant aux troubles lombaires, abstraite et dépourvue de toute motivation, ne saurait donc se voir reconnaître une quelconque valeur probante.

f. À défaut d'instruction suffisante de la part de l'intimée permettant une appréciation adéquate de la situation médicale de la recourante, il se justifie d'annuler la décision litigieuse et de lui renvoyer la cause afin qu'elle sollicite des rapports complets et détaillés de la part du Dr C_____ et, cas échéant, qu'elle mette en œuvre une expertise de la recourante. À l'issue de cette instruction, l'intimée rendra, dans les meilleurs délais, une nouvelle décision quant aux droits de la recourante à des prestations d'assurance. À toutes fins utiles, il sera rappelé à l'attention de l'intimée qu'il lui incombera également de statuer sur les autres atteintes à la santé que la recourante attribue au sinistre assuré, notamment les troubles de la colonne dorsale, cervicale et des deux épaules. À cet égard, il sied de relever que si la déclaration électronique d'accident reçue par l'intimée le 2 septembre 2016, laquelle a semble-t-il été communiquée par l'employeur, fait état

d'hématomes et d'une luxation de l'épaule, la recourante a toutefois signalé plusieurs autres atteintes dans le formulaire qu'elle a envoyé à l'employeur le 31 août 2016, notamment des lésions aux niveaux des deux membres supérieurs, avec une épaule déplacée, une « luxation », des douleurs à la jambe droite, à la tête et au coccyx.

26. Le 6 mars 2018, la Doctoresse R_____a indiqué à l'assurance que l'assurée présentait des douleurs scapulaire avec rupture tendineuse bilatérale des sus-épineux et un stress post-traumatique suite à l'accident de 2016.
27. Le 2 mai 2018, l'assurance a proposé à l'assurée que l'expertise soit confiée aux docteurs S_____ ou T_____, FMH chirurgie orthopédique.
28. Le 23 mai 2018, l'assurée a écrit à l'assurance qu'elle doutait de l'impartialité des médecins proposés mais qu'elle se rendrait à l'expertise, auprès du Dr T_____ ; un expert neurologue et cardiologue lui paraissaient nécessaires. Elle demandait donc une expertise pluridisciplinaire.
29. Le 30 mai 2018, l'assurance a transmis au Dr T_____ la mission d'expertise et écrit à l'assurée qu'elle ne voyait pas de raison de pratiquer une expertise pluridisciplinaire, les problèmes relevant essentiellement de la colonne dorsale, cervicale et des deux épaules.
30. Le 18 juin 2018, l'assurée a écrit à l'assurance qu'elle insistait pour avoir une expertise pluridisciplinaire et requerrait un autre rendez-vous que celui fixé par le Dr T_____ le 21 juin 2018. Le même jour, elle a demandé au Dr T_____ de lui fixer un autre rendez-vous pour septembre 2018, étant absente de Suisse durant tout l'été.
31. Par courriel du 19 juin 2018, l'assurance a écrit à l'assurée qu'elle maintenait le rendez-vous du 21 juin 2018, et qu'en cas de non présentation l'octroi des prestations serait suspendu.
32. Par courriel du 19 juin 2018, l'assurée a indiqué à l'assurance qu'elle se rendrait chez le Dr T_____ le 25 septembre 2018 à 13h.
33. Par courriel du 21 juin 2018, l'assurance a requis de l'assurée des preuves de son séjour à l'étranger et l'a priée de se présenter au rendez-vous du 25 septembre 2018.
34. Le 25 juin 2018, le Dr U_____ a rendu un rapport mentionnant une entorse cervicale sévère de type WHIPLASH ; entorse de la colonne dorso lombaire ; déchirure partielle du tendon supra épineux droit et tendinopathie de quervain associée à une probable lésion de nerfs périphériques en investigation.
35. Le 29 août 2018, l'assurance a convoqué l'assurée auprès du Docteur V_____, au CEMed, le 10 octobre 2018, le Dr T_____ n'étant plus disposé à accepter l'expertise. Le même jour, l'assurance a communiqué la mission d'expertise au Dr V_____.

36. Le 5 septembre 2018, le docteur U_____ a attesté d'un arrêt de travail total de l'assurée du 5 septembre au 21 octobre 2018.
37. Par courriels du 7 septembre 2018, l'assurée a requis l'annulation de son rendez-vous chez le Dr T_____ et l'organisation d'une expertise pluridisciplinaire, puis l'annulation de son rendez-vous auprès du Dr V_____.
38. Par courriel du 10 septembre 2018, l'assurance a informé l'assurée du maintien du rendez-vous du 10 octobre 2018.
39. Par courriel du 10 septembre 2018, l'assurée a répondu à l'assurance qu'un expert neurologue était indispensable.
40. Par courriel du 11 septembre 2018, l'assurance a informé l'assurée que le CEMed serait à même de juger si d'autres spécialistes étaient nécessaires.
41. Une IRM cérébrale du 13 septembre 2018 (Dr K_____) a conclu à une IRM normale.
42. Par courriel du 13 septembre 2018, l'assurée a requis de l'assurance qu'elle se conforme au jugement de la chambre de céans.
43. Par courriel du 19 septembre 2018, l'assurance a derechef indiqué à l'assurée que le CEMed serait à même de définir si des spécialisations supplémentaires étaient à organiser.
44. Par courrier du 26 septembre 2018, l'assurance a informé l'assurée que, faute de présentation au rendez-vous du 10 octobre 2018, le versement des indemnités journalières serait suspendu.
45. Le 2 octobre 2018, le Dr U_____ a rempli un certificat médical posant le diagnostic de syndrome post-traumatique cérébral (traumatisme crânial et entorse cervicale). Entorse de la colonne dorso-lombaire. Déchirure partielle du tendon supra-épineux droit. Tendinopathie de Quervain ddc associée à une probable lésion de nerfs périphériques en investigation. Il a fait état de contractures para-cervicales, de douleurs para-dorsales, para-lombaires, au bassin, au poignet, à l'épaule droite, de vertiges, de maux de tête, de trouble de la vision, de l'audition et de la mémoire. L'incapacité de travail était totale.
46. Le 5 octobre 2018, l'assurée a écrit au Dr V_____ qu'elle souhaitait déplacer le rendez-vous du 10 octobre 2018, car elle attendait une expertise pluridisciplinaire, orthopédique et neurologique, à moins que le Dr V_____ puisse l'expertiser dans ces deux domaines. Le même jour elle a écrit à l'intimée qu'à son avis le Dr T_____ avait renoncé à effectuer l'expertise car le Dr U_____ était son collègue, qu'elle ne se rendrait à un rendez-vous pour une expertise orthopédique qu'après avoir été vue par un expert neurologue et que l'intimée commettait un abus de pouvoir.
47. Le 8 octobre 2018, l'assurance a répondu à l'assurée que, faute de présentation de sa part à l'expertise du 10 octobre 2018, elle clôturerait son dossier.

48. Le 8 octobre 2018, l'assurance a écrit à l'assurée que faute de présentation de la recourante à l'expertise du 10 octobre 2018, elle suspendrait les indemnités journalières maladie versées depuis le 16 octobre 2017.
49. Le 11 octobre 2018, l'assurance a écrit à l'assurée que, faute de s'être présentée à l'expertise du 10 octobre 2018, elle clôturait son dossier LAA et suspendait le versement des indemnités journalières maladie.
50. Le 17 octobre 2018, l'assurée a saisi la chambre de céans d'un recours à l'encontre de la « décision » de l'assurance du 8 octobre 2018, en concluant à son annulation (clôture du dossier LAA et suspension des indemnités journalières maladie) et à ce qu'il soit ordonné à l'assurance de mettre en place une expertise neurologique, avant l'expertise orthopédique. Une cause a été enregistrée sous le numéro de procédure A/3664/2018-LAA.
51. Le 7 décembre 2018, l'assurance a conclu à l'irrecevabilité du recours déposé à l'encontre du courrier du 8 octobre 2018 clôturant le dossier LAA et au rejet de la demande déposée à l'encontre de l'assurance collective d'indemnité journalière en cas de maladie ; à cet égard, une expertise orthopédique était nécessaire pour établir le droit de l'assurée, étant relevé que toute la série de plaintes de celle-ci relevait de l'orthopédie ; rien ne justifiait qu'une expertise neurologique soit ordonnée, ce d'autant que l'IRM cérébrale du 13 septembre 2018 avait montré des résultats normaux ; enfin le Dr V_____, qui travaillait pour le CEMed, était à même de juger si d'autres spécialisations étaient nécessaires pour l'expertise. Le refus de l'assurée de se soumettre à une expertise permettait à l'assurance de suspendre l'indemnité journalière maladie.
52. Le 21 décembre 2018, le Dr U_____ a écrit à ASSURA que la recourante devait absolument bénéficier d'un traitement de physiothérapie, en raison de maux de tête, douleurs de la charnière cervico-dorso-lombaire et de douleurs du bassin des deux côtés.
53. Le 10 janvier 2019, l'assurée a répliqué (procédure A/3664/2018 - LAA) en estimant qu'aucune expertise n'était dorénavant exigible et que, vu la gravité de ses lésions, elle devait être mise au bénéfice de l'assurance-invalidité. Son recours à l'encontre de la décision de l'intimée de clore son dossier LAA était recevable. Elle avait droit, de plus, au versement de l'indemnité journalière perte de gain en cas de maladie. Une IRM cervicale pratiquée au Brésil le 18 juillet 2018 montrait une réduction volumétrique encéphalique diffuse et des minimes hyperintensités du signal dans la substance blanche péri ventriculaire faisant penser à une gliose périvasculaire ; obs : densité mucosique de sein frontal. Cette conclusion attestait du traumatisme crânio-cérébral. L'IRM normale du 13 septembre 2018 était erronée et ne la concernait pas.
54. Le 28 janvier 2019, l'assurance a dupliqué en relevant que l'assurée s'obstinait à vouloir se soustraire à l'expertise de façon injustifiée et inadmissible et a persisté dans ses conclusions.

55. Le 31 janvier 2019, la chambre de céans a enregistré suite à l'acte du 17 octobre 2018 une demande en paiement de l'assurée à l'encontre de l'assurance, en tant qu'assurance pour une indemnité perte de gain maladie (procédure A/4603/2018-LCA).
56. Par arrêt du 11 février 2019 (ATAS/112/2019) la chambre de céans a déclaré le recours (procédure A/3664/2018 - LAA) irrecevable et l'a transmis à l'assurance au titre d'opposition à sa décision du 11 octobre 2018.
57. Par ordonnance du 14 février 2019, la chambre de céans a versé au dossier A/4603/2018 - LCA le dossier A/3664/2018 - LAA.
58. Par décision du 28 février 2019, l'assurance a rejeté l'opposition de l'assurée, au motif que celle-ci refusait de se soumettre à une expertise orthopédique sous prétexte qu'une expertise neurologique était requise pour son cas, ce qui constituait une violation de son devoir de collaborer, ce d'autant que l'expert orthopédiste serait à même d'indiquer si d'autres expertises spécialisées devaient être mises en œuvre ; elle avait en effet renvoyé le rendez-vous avec le Dr T_____, déplacé celui avec le Dr V_____ puis refusé de se faire examiner par ce médecin.
59. Le 11 mars 2019, la chambre de céans a tenu une audience de débats (procédure A/4603/2018 - LCA).

La demanderesse a déclaré : « Je suis prête à me soumettre à une expertise orthopédique après une expertise neurologique. Vu les nombreux couacs de la part de l'assureur, notamment le fait qu'il n'a pas tenu compte de toutes mes blessures suite à l'accident, j'estime qu'une expertise neurologique est nécessaire avant une expertise orthopédique, en particulier je relève que l'IRM faite au Brésil montre des lésions que l'IRM faite à Genève ne montre pas. J'ai souvent entendu mes médecins traitants dire que mes problèmes relevaient de la compétence d'un neurologue. C'était une irresponsabilité de la part de mon médecin de m'avoir laissé partir le lendemain de mon accident. Je souhaite que l'expert orthopédiste ait à disposition l'IRM faite au Brésil et celle faite à Genève. Je suis d'accord d'aller à l'expertise orthopédique mais j'estime qu'une expertise neurologique est nécessaire par la suite. J'affirme que, n'ayant pas d'autre choix, je suis d'accord de me soumettre à une expertise orthopédique dans un premier temps avec le dossier complet soumis à l'expert ».

La représentante de la défenderesse a déclaré : « Si l'expert orthopédiste estime qu'une expertise neurologique est nécessaire il le dira et nous serons d'accord d'investiguer cet aspect. En l'état les blessures alléguées relèvent plus de l'orthopédie que de la neurologie, étant constaté que l'examen des nerfs effectué par le Dr W_____ et l'IRM cérébrale ne montrent aucune lésion. Je relève que malgré l'accident du 29 juin 2016, la recourante a pris l'avion le lendemain pour le Brésil où elle a séjourné deux mois. Par ailleurs, nous n'avons pas reçu de documents médicaux attestant de traitement effectué au Brésil. Nous sommes prêts à insérer dans la mission d'expertise orthopédique une question demandant à

l'expert si une consultation voire une expertise neurologique est nécessaire. Nous maintenons la nécessité d'une expertise orthopédique. Dans un premier temps nous ne voulons pas mettre en place une expertise neurologique ce d'autant que le traumatisme crânien allégué l'a été tardivement. Aucune pièce au dossier n'attestant dans les suites de l'accident d'un tel traumatisme. Dans ces conditions l'assurance enverra les questions de la mission d'expertise modifiées selon ce qui a été dit plus tôt à la recourante ».

60. Le 13 mars 2019, l'assurée a indiqué, par courriel à l'assurance et par courrier à la chambre de céans, qu'elle entendait revenir sur sa participation à une expertise orthopédique, voire neurologique, souhaitant y réfléchir.
61. Le 13 mars 2019, l'assurée a communiqué une mission d'expertise comprenant une question 14 à l'expert lui demandant d'indiquer si une expertise neurologique était nécessaire. L'assurée était par ailleurs priée d'indiquer par retour de courrier si elle entendait se soumettre à l'expertise.
62. A la demande de la chambre de céans, l'assurée a indiqué qu'elle acceptait, bien que sous la contrainte, de se soumettre à l'expertise orthopédique.
63. Le 27 mars 2019, le Tribunal fédéral a écrit à la chambre de céans que l'assurée avait recouru le 23 mars 2019, contre l'arrêt du 11 février 2019 (A/3664/2018 - LAA) ; cependant le recours contenait une contestation de la décision sur opposition de l'assurance du 28 février 2019, de sorte que cette écriture était transmise à la chambre de céans.
64. Le 1^{er} avril 2019, la chambre de céans a enregistré un recours de l'assurée à l'encontre de la décision de l'assurance du 28 février 2019 (procédure A/1281/2019 - LAA). L'assurée fait valoir que la chambre de céans n'a pas pris en compte une pièce primordiale, soit l'IRM cérébrale brésilienne du 18 juillet 2018 confirmant un traumatisme crânien attesté le 25 juin 2018 par le Dr U_____ ; son dossier LAA n'aurait pas dû être clôt et une expertise neurologique devait être ordonnée, ce que la chambre de céans aurait dû constater, en ordonnant également d'autres investigations médicales ; elle n'avait jamais refusé de collaborer mais seulement requis la mise sur pied en priorité d'une expertise neurologique, de sorte que son refus de se soumettre d'abord à une expertise orthopédique était largement excusable.
65. A la demande de la chambre de céans, l'assurance a indiqué le 29 avril 2019 qu'elle ne reprendrait pas le versement de l'indemnité journalière maladie, nonobstant l'accord de l'assurée de se soumettre à l'expertise.

Pendant de très nombreux mois l'assurée s'était soustraite à l'expertise, alors même que l'assurance s'était montrée très accommodante pour son organisation. Encore récemment, l'assurée avait multiplié les revirements. Consécutivement à l'audience du 11 mars 2019, l'assurance avait immédiatement mis en œuvre ce qui avait été convenu, nonobstant les revirements de l'assurée. Le Dr V_____ avait fixé la date de l'expertise au 5 juin 2019. En conclusion l'assurance devait pouvoir évaluer la

situation médicale de son assurée afin de déterminer si celle-ci était légitimée à recevoir des indemnités journalières. Si l'expertise devait démontrer le contraire, l'assurance ne pourrait de toute évidence pas se voir rembourser des indemnités versées sans droit. En revanche, si l'expertise devait démontrer que l'assurée avait droit à des indemnités journalières, l'assurance décompterait bien évidemment le droit de l'assurée rétroactivement à compter du jour de l'expertise. L'assurée multipliait de façon exponentielle des allégations d'affections médicales qui variaient au cours du temps, et se prêtait à un certain tourisme médical, changeant de médecins lorsque ceux-ci ne posaient pas le diagnostic qu'elle souhaitait, en se prévalant de prétendus et fantaisistes complots.

66. Le 17 mai 2019, l'assurée a confirmé qu'elle se rendrait au rendez-vous fixé par l'expert le 5 juin 2019 ; elle présentait une polyarthrite des deux genoux et de toutes ses articulations. Elle a communiqué :

- Une convocation au CEMed pour le 5 juin 2019.
- Un rapport de radiographies du genou du 22 avril 2019 concluant à des signes de chondrocalcinose articulaire et gonarthrose tricompartmentale à minima visible notamment sous forme d'ostéophytose.
- Une échographie du genou droit du 24 avril 2019 concluant à un important épanchement intra-articulaire avec des signes de synovite associés à une tendinite de la patte d'oie avec bursite ansérine, ainsi qu'à une enthésopathie microcalcifiante du tendon quadricipital. Kyste de Baker.
- Une IRM du genou droit du 24 avril 2019 concluant à un épanchement intra-articulaire important avec des signes francs de synovite et d'inflammation des parties molles profondes du genou, associés à un œdème osseux du plateau tibial externe et à l'insertion de la racine antérieure du ménisque interne sans fracture visible, ni érosion osseuse suspecte. Lésion cartilagineuse de grade III du condyle fémoral interne et de grade IV focale de la patella. Dégénérescence mucoïde du ligament croisé antérieur sans lésion ligamentaire. Bursite ansérine.
- Un rapport médical du docteur X_____, médecine générale, du 25 avril 2019 faisant état de consultation pour arthralgies, myalgies, tendinite du genou droit ; au vu des signes inflammatoires très importants, le médecin recommandait un avis rhumatologique.
- Un certificat du Dr U_____ du 10 mai 2019 attestant d'une incapacité de travail totale de la demanderesse du 10 mai au 9 juin 2019 pour accident.

67. Le 5 avril 2019, l'assurée a complété son recours (A/1281/2019 - LAA) en concluant à ce que ses recours soient déclarés recevables, à la condamnation de l'assurance pour avoir abusivement clôturé son dossier LAA et suspendu le versement de ses indemnités journalières dans le cadre de l'assurance perte de gain maladie collective, à l'ouverture de son dossier LAA depuis le 29 juin 2016, au versement des indemnités y compris les arriérés, à ce qu'il soit dit que l'IRM

cérébrale effectuée au Brésil le 18 juillet 2018 est légitime et vraie, et que toutes les autres pièces médicales sont en rapport avec l'accident, ainsi qu'il y a une entente entre institutions, à Genève, en tout cas en ce qui la concerne, pour lui porter préjudice.

Par ailleurs, le litige devait aussi porter sur sa demande de mise à l'invalidité et le bien-fondé d'une expertise et comprendre une rectification de son taux de travail qui était de 48,74 % auprès du B_____. Le fait de retenir une IRM « bidon » effectuée à Genève et pas celle effectuée au Brésil jetait un sérieux doute quant à l'indépendance de la chambre de céans. S'agissant de l'expertise orthopédique, elle n'avait fait que déplacer le rendez-vous fixé le 10 octobre 2018, étant donné qu'elle souhaitait qu'une expertise neurologique soit d'abord effectuée, mais ne l'avait pas annulé.

68. Le 11 avril 2019, l'assurance a communiqué au CEMed une copie du dossier de l'assurée.
69. Le 29 avril 2019, l'assurance a conclu au rejet du recours (procédure A/1281/2019 - LAA), en soulignant que la procédure ne portait que sur la clôture du dossier, du fait du refus de l'assurée de se soumettre à l'expertise ordonnée.

L'assurée avait, avec obstination, refusé de se soumettre à une expertise orthopédique en violation de son devoir de collaborer, alors même que plusieurs de ses plaintes relevaient de l'orthopédie et qu'il n'était pas justifié de procéder à une expertise neurologique, de surcroît avant l'orthopédie. En particulier, l'IRM du 13 septembre 2018 était normale, le Dr W_____ avait conclu à un examen des nerfs sans lésion, aucune pièce n'attestait d'un traumatisme crânien dans les suites de l'accident ; par ailleurs le Dr V_____ travaillait dans un centre d'expertise et était à même de juger si une autre spécialisation était nécessaire ; elle avait déjà fait preuve de souplesse en acceptant de reporter la date de l'expertise ; en ne se rendant pas chez le Dr V_____ le 10 octobre 2018, l'assurée avait, de façon inexcusable, violé son devoir de collaborer.

70. Le 9 mai 2019, le docteur Y_____, rhumatologue, a attesté d'un épanchement articulaire du genou droit.
71. Le 3 juin 2019, l'assurée a répliqué (procédure A/1281/2019 - LAA) en réitérant ses arguments ; elle avait insisté pour obtenir d'abord une expertise neurologique car elle n'avait pas confiance dans son assurance ; elle avait seulement déplacé le rendez-vous du 10 octobre 2018 et il n'y avait pas lieu de clôturer son dossier pour ce motif ; elle avait subi un traumatisme crânien lors de son accident, ce qui justifiait la mise sur pied d'une expertise neurologique ; par ailleurs, elle souffrait aussi de perte de force musculaire et de difficultés sphinctériennes qui entraient dans le cadre de la neurologie ; elle requérait aussi une expertise rhumatologique. C'était le refus de l'assurance de mettre en place l'expertise neurologique qui avait fait trainer son dossier.

72. Le 12 juin 2019, l'assurée a communiqué au CEMed des pièces médicales complémentaires et relevé que le rapport d'IRM cérébrale du 13 septembre 2018 était un faux car une IRM cérébrale du 18 juillet 2018 effectuée au Brésil montrait des séquelles de son accident.
73. Le 13 juin 2019, l'assurée a écrit à la chambre de céans que l'assurance n'avait pas fourni un dossier complet à l'expert ; l'expertise étant faite, elle sollicitait le versement dans les plus brefs délais de l'indemnité journalière ainsi qu'une compensation financière pour décision abusive de la part de l'assurance.
74. Le 17 juillet 2019, le Dr V_____ a rendu son rapport d'expertise.

L'assurée se plaignait de douleurs multiples, surtout au niveau des épaules, régions scapulaires, des trapèzes, de la région des cervicales, dorsale, lombaire, au genou droit, aux pieds, aux tendons d'Achille, aux membres supérieurs (coudes, poignet, mains région radiocarpienne), avec des sensations de raideurs, de problème de concentration. Il a retenu les diagnostics suivants :

1. Conflit sous-acromial à l'épaule droite avec tendinopathie calcifiante du tendon sus-épineux (RX et US du 20 octobre 2017 et CT du 25 octobre 2017).
2. Déchirure subtotale du tendon sus-épineux à l'épaule droite (arthro IRM du 6 février 2018).
3. Déchirure probablement transfixiante du tendon sus-épineux à l'épaule gauche (US du 1^{er} février 2018).
4. Contusion dorsolombaire.
5. Contusion du poignet gauche.
6. Cervico-dorso-lombalgies.
7. Arthrite microcristalline (chondrocalcinose) au genou droit avec tendinite de la patte d'oie.

Du point de vue assécurologique, le lien de causalité naturelle entre l'événement du 29 juin 2016 et les diagnostics ci-dessus était le suivant :

Pour les diagnostics 4 et 5, le lien de causalité naturelle était certain. Pour les diagnostics 2 et 3, le lien de causalité naturelle n'était que possible. Pour les diagnostics 1, 6 et 7, le lien de causalité naturelle était exclu.

En ce qui concernait la contusion dorsolombaire et la contusion du poignet gauche, on pouvait considérer que la situation médicale était guérie sans séquelle. Pour les diagnostics de contusion du poignet gauche et dorsolombaire, sans lésion osseuse traumatique, on pouvait considérer que trois à quatre mois après l'événement du 29 juin 2016, la guérison était complète et le « statu quo ante » retrouvé. La contusion dorsolombaire était sans lésion traumatique discale et le statu quo était retrouvé trois à quatre mois après l'accident. S'agissant du rachis cervical, il était

vraisemblable qu'il y ait eu une aggravation passagère d'un état préexistant (arthrose cervicale débutante) avec en l'absence de lésion traumatique, un retour à cet état, trois à quatre mois après l'événement du 26 juin 2016. L'accident avait aggravé une pathologie préexistante de l'épaule droite mais le statu quo sine était atteint le 20 octobre 2017. La contusion du poignet gauche, la contusion dorsolombaire et l'entorse cervicale, secondaires à l'événement du 29 juin 2016, n'entraînaient pas d'incapacité de travail à partir du 16 octobre 2017. Plus d'un an après l'événement, ces lésions étaient guéries pour le poignet et le dos et le « statu quo ante » était retrouvé pour la colonne cervicale quatre mois après l'événement du 29 juin 2016. Les lésions de la coiffe des rotateurs ne lui paraissaient pas incompatibles avec l'activité de surveillante parascolaire de l'assurée et par conséquent n'entraînaient pas d'incapacité de travail à partir du 16 octobre 2017. Toutefois, dans le cadre de cette activité, l'assurée ne pouvait pas porter d'enfants, ni intervenir en urgence pour une quelconque raison.

Le Dr U_____ avait adressé l'assurée au Dr Z_____, neurologue à l'hôpital de la Tour. Celui-ci avait examiné l'assurée le 15 octobre 2018 avec une IRM cérébrale et un bilan neuropsychologique. L'IRM et le bilan neuropsychologique étaient décrits comme parfaitement dans les normes, avec des performances satisfaisantes. Au niveau neurologique elle avait eu un bilan très complet (ENG déjà fait chez les Drs P_____ et W_____) et le Dr Z_____ n'avait aucun argument pour une atteinte neurologique. L'IRM cérébrale, effectuée au Brésil deux ans après l'événement accidentel du 29 juin 2016, qui évoquait une gliose périvasculaire qui n'avait aucune manifestation clinique (y compris à la consultation du 24 juillet 2018 auprès du Dr AA_____ de Clinica Cidadiã au Brésil) et, qui plus est, n'était pas retrouvée sur l'IRM de contrôle du 15 octobre 2018, ne pouvait être prise en compte. Il était donc évident qu'une expertise neurologique n'était pas nécessaire et qu'elle n'apporterait rien de nouveau.

75. Le 13 juin 2019, l'assurée a observé (procédure A/1281/2019 - LAA) que le Dr V_____ n'avait pas eu un dossier complet transmis par l'assurance ; il n'était pas à même de se prononcer sur l'aspect neurologique et a persisté dans ses conclusions.
76. Le 16 août 2019, l'assurance a observé (procédure A/1281/2019 - LAA) qu'au vu de l'expertise du 17 juillet 2019 elle avait respecté ses obligations, le statu quo était arrêté trois à quatre mois après l'accident.
77. Le 17 septembre 2019, l'assurée a observé (procédure A/1281/2019 - LAA) que l'expertise était incomplète et insuffisante, partielle et comprenait des erreurs. Il minimisait l'ampleur des atteintes : en particulier il omettait de commenter tous les points de l'IRM cérébrale effectuée au Brésil ; elle contestait une capacité de travail depuis octobre 2017.
78. Le 31 octobre 2019, l'assurée a annoncé qu'elle s'absentait du territoire suisse du 15 novembre 2019 au 15 septembre 2020 (plus ou moins).

79. A la demande de la chambre de céans, l'assurée a indiqué le 6 novembre 2019 que les arguments développés le 28 février 2019 ne constituaient pas une demande formelle de récusation à l'encontre de la juge Valérie MONTANI ou d'un autre juge quelconque.
80. Le 11 novembre 2019, l'assurée a communiqué un rapport de densitométrie osseuse du 8 novembre 2019 attestant d'une ostéopénie généralisée avec un risque fracturaire augmenté.
81. Le 13 novembre 2019, l'assurée a communiqué un ultrason du membre inférieur gauche du 24 septembre 2013 concluant à un examen d'aspect normal.
82. Le 25 novembre 2019, l'assurance a requis qu'il soit mis fin à l'avalanche de courriers totalement insensés de l'assurée.
83. Le 28 janvier 2020, la chambre de céans a requis du Dr U_____ des informations médicales. Elle lui a en particulier demandé de se prononcer sur l'appréciation du Dr V_____ du 17 juillet 2019.
84. A la demande de la chambre de céans, le CEMed a indiqué le 30 janvier 2020 que le Dr AB_____, spécialiste en chirurgie orthopédique, avait répertorié et résumé les pièces du dossier et que le Dr AC_____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne, avait relu l'expertise et vérifié sa cohérence finale. Ce courrier a été transmis aux parties le 3 février 2020, avec un délai au 18 février 2020 pour communiquer leurs éventuelles observations.
85. Le 17 février 2020, l'assurance a indiqué que ce courrier n'appelait pas de commentaires particuliers.
86. Selon une note de greffe du 14 février 2020, la secrétaire du Dr U_____ a indiqué que la réponse du médecin était prête mais qu'il manquait un courrier de l'assurée le déliant du secret médical.
87. Le 18 février 2020, la chambre de céans a demandé à l'assurance si elle était en possession d'une attestation de l'assurée relevant ses médecins traitants de leur secret professionnel.
88. Par arrêt du 3 février 2020 (A/1281/2019 - LAA - ATAS/80/2020), la chambre de céans a rejeté le recours de l'assurée. Elle a considéré que celle-ci, depuis la première proposition d'expertise de l'intimée auprès du Dr T_____, le 2 mai 2018, et la décision litigieuse du 28 février 2019, avait refusé de se soumettre à un examen d'expertise ; en effet, la recourante ne s'était pas présentée au rendez-vous d'expertise orthopédique - dont il convenait d'admettre qu'il était exigible au sens de la jurisprudence précitée - prévu chez le Dr T_____ le 21 juin 2018, puis chez le Dr V_____ le 10 octobre 2018. Ce faisant, la recourante avait refusé de manière inexcusable de se conformer à son obligation de collaborer à l'instruction du dossier, au sens de l'art. 43 al. 3 LPGa, étant constaté que le fait de requérir la réalisation d'une expertise neurologique préalablement à l'expertise orthopédique prévue ne pouvait constituer une telle excuse valable. Par ailleurs, la recourante

avait été avertie par l'intimée des conséquences de ce défaut de collaboration (courriers ou courriels de celle-ci des 19 juin, 26 septembre et 8 octobre 2018).

En conséquence, l'intimée était en droit de statuer en l'état du dossier et de conclure, qu'au vu des pièces médicales au dossier, aucun élément ne permettait d'établir que les atteintes à la santé de la recourante, mentionnées par celle-ci et par le jugement de la chambre de céans précité, étaient à sa charge au-delà du 28 juillet 2016, étant relevé qu'il incombait à la recourante, s'agissant des atteintes à sa santé dont le lien de causalité avec l'accident avait été reconnu par l'intimée, d'établir que les circonstances déterminantes n'avaient pas subi de modification susceptibles de modifier son droit aux prestations, ce qu'elle n'avait pas été à même de faire vu son refus de se soumettre à une expertise administrative orthopédique ; par ailleurs, les pièces médicales fournies par la recourante postérieurement à l'arrêt de la chambre de céans du 16 avril 2018 jusqu'à la décision litigieuse du 28 février 2019, soit les rapports du Dr U_____ des 25 juin, 5 septembre et 2 octobre 2018, ainsi que l'IRM cérébrale du 13 septembre 2018, n'étaient pas suffisantes pour établir que les atteintes au poignet et à la main droite de la recourante étaient à la charge de l'intimée au-delà du 28 juillet 2016, ou encore l'existence d'un lien de causalité entre les autres atteintes évoquées et l'accident.

89. Un recours de l'assurée contre cet arrêt a été déclaré irrecevable par le Tribunal fédéral le 29 avril 2020 (8C 216/2020).
90. Le 28 février 2020, l'assurance a indiqué que l'assurée avait établi déclaration relevant ses médecins de leur secret professionnel mais que celle-ci avait donné lieu à une correspondance fournie avec l'assurée, qui en avait limité la portée, puis l'avait révoquée, puis l'avait remise en vigueur, de sorte qu'il était préférable que le Dr U_____ l'obtienne directement auprès de l'assurée.
91. Le 4 mars 2020, la chambre de céans a transmis à l'assurée une déclaration relevant le Dr U_____ de son secret médical, en l'invitant à la signer d'ici au 18 mars 2020.

L'assurée n'a pas répondu à ce courrier.
92. Sur quoi la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 7 du Code de procédure civile suisse du 19 décembre 2008 (CPC - RS 272) et à l'art. 134 al. 1 let. c de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur depuis le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie

sociale prévue par la LAMal, relevant de la loi fédérale sur le contrat d'assurance, du 2 avril 1908 (loi sur le contrat d'assurance, LCA - RS 221.229.1).

Selon la police d'assurance, le contrat est régi par la LCA.

La compétence de la chambre de céans à raison de la matière pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. En l'occurrence, l'art. H des conditions générales d'assurance de Mobisana, prévoit que pour toute prétention découlant du contrat d'assurance, la Mobilière peut être actionnée, notamment au domicile Suisse de la personne assurée.

La demanderesse étant domiciliée dans le canton de Genève, la chambre de céans est compétente à raison du lieu pour connaître de la présente demande (art. 10 al. 1 CPC).

3. Les litiges relatifs aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie ne sont pas soumis à la procédure de conciliation préalable de l'art. 197 CPC lorsque les cantons ont prévu une instance cantonale unique selon l'art. 7 CPC (ATF 138 III 558 consid. 4.5 et 4.6 ; ATAS/577/2011 du 31 mai 2011), étant précisé que le législateur genevois a fait usage de cette possibilité (art. 134 al. 1 let. c LOJ).
4. Le litige porte sur le droit de la demanderesse au versement de l'indemnité journalière maladie au-delà du 11 octobre 2018. A cet égard, la demanderesse a conclu à ce que son opposition à la décision de la défenderesse du 8 octobre 2018 de suspendre ses indemnités journalières soit reconnue et à ce qu'il soit dit que la défenderesse n'a pas le droit de suspendre son minimum vital. Or, le chiffrage des actions en paiement d'une somme d'argent compte parmi les conditions de recevabilité, que le juge doit examiner d'office (arrêt du Tribunal fédéral 4A_235/2016 du 7 mars 2017 consid. 2.1) ; dans deux causes, le Tribunal fédéral a jugé irrecevables les conclusions d'assurés tendant simplement aux « prestations découlant du contrat d'assurance » (ATF 134 III 235 consid. 2) ou ordonnant « à [l'assurance] de calculer et de verser l'indemnité journalière en cas de maladie au demandeur dès le 30 août 2004 » (arrêt du Tribunal fédéral 4A_107/2008 du 5 juin 2008 consid. 2.2) ; la chambre de céans a également jugé irrecevables les conclusions d'une demanderesse, assistée par un avocat, tendant à la prise en charge d'une intervention programmée dans une clinique (ATAS/825/2018 précité).

La question de la recevabilité de la présente demande, au regard des exigences précitées, peut cependant souffrir de rester ouverte, la demande devant de toute façon être rejetée.

5. a. La procédure simplifiée s'applique aux litiges portant sur des assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de la LAMal (art. 243 al. 2 let. f CPC) et la chambre de céans établit les faits d'office (art. 247 al. 2 let. a CPC).

La jurisprudence applicable avant l'introduction du CPC, prévoyant l'application de la maxime inquisitoire sociale aux litiges relevant de l'assurance-maladie complémentaire, reste pleinement valable (ATF 127 III 421 consid. 2). Selon cette

maxime, le juge doit établir d'office les faits, mais les parties sont tenues de lui présenter toutes les pièces nécessaires à l'appréciation du litige. Ce principe n'est pas une maxime officielle absolue, mais une maxime inquisitoire sociale. Le juge ne doit pas instruire d'office le litige lorsqu'une partie renonce à expliquer sa position. En revanche, il doit interroger les parties et les informer de leur devoir de collaboration et de production des pièces; il est tenu de s'assurer que les allégations et offres de preuves sont complètes uniquement lorsqu'il a des motifs objectifs d'éprouver des doutes sur ce point. L'initiative du juge ne va pas au-delà de l'invitation faite aux parties de mentionner leurs moyens de preuve et de les présenter. La maxime inquisitoire sociale ne permet pas d'étendre à bien plaire l'administration des preuves et de recueillir toutes les preuves possibles (ATF 125 III 231 consid. 4a).

La maxime inquisitoire sociale ne modifie pas la répartition du fardeau de la preuve (arrêt du Tribunal fédéral 4C.185/2003 du 14 octobre 2003 consid. 2.1). Pour toutes les prétentions fondées sur le droit civil fédéral, l'art. 8 du Code civil suisse, du 10 décembre 1907 (CC ; RS 210), en l'absence de règles contraires, répartit le fardeau de la preuve et détermine, sur cette base, laquelle des parties doit assumer les conséquences de l'échec de la preuve (ATF 133 III 323 consid. 4.1 non publié; ATF 130 III 321 consid. 3.1 ; ATF 129 III 18 consid. 2.6 ; ATF 127 III 519 consid. 2a). Cette disposition ne prescrit cependant pas quelles sont les mesures probatoires qui doivent être ordonnées (cf. ATF 122 III 219 consid. 3c ; ATF 119 III 60 consid. 2c). Elle n'empêche pas le juge de refuser une mesure probatoire par une appréciation anticipée des preuves (ATF 121 V 150 consid. 5a). L'art. 8 CC ne dicte pas comment le juge peut forger sa conviction (ATF 122 III 219 consid. 3c ; ATF 119 III 60 consid. 2c ; ATF 118 II 142 consid. 3a). En tant que règle sur le fardeau de la preuve, il ne s'applique que si le juge, à l'issue de l'appréciation des preuves, ne parvient pas à se forger une conviction dans un sens positif ou négatif (ATF 132 III 626 consid. 3.4 et ATF 128 III 271 consid. 2b/aa). Ainsi, lorsque l'appréciation des preuves le convainc de la réalité ou de l'inexistence d'un fait, la question de la répartition du fardeau de la preuve ne se pose plus (ATF 128 III 271 consid. 2b/aa).

En vertu de l'art. 8 CC, chaque partie doit, si la loi ne prescrit le contraire, prouver les faits qu'elle allègue pour en déduire son droit. En conséquence, la partie qui fait valoir un droit doit prouver les faits fondant ce dernier, tandis que le fardeau de la preuve relatif aux faits supprimant le droit, respectivement l'empêchant, incombe à la partie, qui affirme la perte du droit ou qui conteste son existence ou son étendue. Cette règle de base peut être remplacée par des dispositions légales de fardeau de la preuve divergentes et doit être concrétisée dans des cas particuliers (ATF 128 III 271 consid. 2a/aa avec références). Ces principes sont également applicables dans le domaine du contrat d'assurance (ATF 130 III 321 consid. 3.1).

En vertu de l'art. 150 al. 1 CPC, seules doivent être prouvées les allégations qui sont expressément contestées. Une telle contestation doit être suffisamment précise pour atteindre son but, c'est-à-dire permettre à la partie adverse de comprendre

quels allégués il lui incombe de prouver. Le degré de précision d'une allégation influe sur le degré de motivation que doit revêtir sa contestation. Plus les affirmations d'une partie sont détaillées, plus élevées sont les exigences quant à la précision de leur contestation. Une réfutation en bloc ne suffit pas. Le fardeau de la contestation ne saurait toutefois entraîner un renversement du fardeau de la preuve (ATF 141 III 433 consid. 2.6 et les références ; arrêt précité 4A 318/2016 consid. 3.1).

En principe, un fait est tenu pour établi lorsque le juge a pu se convaincre de la vérité d'une allégation. La loi, la doctrine et la jurisprudence ont apporté des exceptions à cette règle d'appréciation des preuves. L'allègement de la preuve est alors justifié par un « état de nécessité en matière de preuve » (Beweisnot), qui se rencontre lorsque, par la nature même de l'affaire, une preuve stricte n'est pas possible ou ne peut être raisonnablement exigée, en particulier si les faits allégués par la partie qui supporte le fardeau de la preuve ne peuvent être établis qu'indirectement et par des indices (ATF 132 III 715 consid. 3.1 ; ATF 130 III 321 consid. 3.2). Tel peut être le cas de la survenance d'un sinistre en matière d'assurance-vol (ATF 130 III 321 consid. 3.2) ou de l'existence d'un lien de causalité naturelle, respectivement hypothétique (ATF 132 III 715 consid. 3.2). Le degré de preuve requis se limite alors à la vraisemblance prépondérante (die überwiegende Wahrscheinlichkeit), qui est soumise à des exigences plus élevées que la simple vraisemblance (die Glaubhaftmachung). La vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ou hypothèses envisageables ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 133 III 81 consid. 4.2.2 ; ATF 132 III 715 consid. 3.1 ; ATF 130 III 321 consid. 3.3).

En vertu de l'art. 8 CC, la partie qui n'a pas la charge de la preuve a le droit d'apporter une contre-preuve. Elle cherchera ainsi à démontrer des circonstances propres à faire naître chez le juge des doutes sérieux sur l'exactitude des allégations formant l'objet de la preuve principale. Pour que la contre-preuve aboutisse, il suffit que la preuve principale soit ébranlée, de sorte que les allégations principales n'apparaissent plus comme les plus vraisemblables (ATF 130 III 321 consid. 3.4). Le juge doit procéder à une appréciation d'ensemble des éléments qui lui sont apportés et dire s'il retient qu'une vraisemblance prépondérante a été établie (ATF 130 III 321 consid. 3.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 4A_61/2011 du 26 avril 2011 consid. 2.1.1).

b. Il est de jurisprudence qu'une expertise privée n'est pas un moyen de preuve au sens de l'art. 168 al. 1 CPC, mais qu'elle doit être assimilée aux allégués de la partie qui la produit (ATF 141 III 433 consid. 2.6 p. 437 ; 140 III 24 consid. 3.3.3 p. 29). Seules doivent être prouvées les allégations qui sont expressément contestées. Une telle contestation doit être suffisamment précise afin que l'on puisse déterminer quelles sont les allégations du demandeur qui sont contestées. En d'autres termes, la

contestation doit être concrète à telle enseigne que la partie qui a allégué les faits sache quels sont ceux d'entre-eux qu'il lui incombe de prouver. Le degré de la motivation d'une allégation exerce une influence sur le degré exigible de motivation d'une contestation. Plus détaillées sont certaines allégations de la partie qui a le fardeau de la preuve, plus concrètement la partie adverse doit expliquer quels sont au sein de celles-ci les éléments de fait qu'elle conteste. Le fardeau de la contestation ne saurait toutefois entraîner un renversement du fardeau de la preuve (ATF 141 III 433 consid. 2.6 p. 438 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 4A_318/2016 du 3 août 2016).

En présence de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. Ce qui compte à cet égard, c'est 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. En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3 p. 352 ss ; arrêt 4A_318/201 du 3 août 2016 consid. 6.1).

6. En l'occurrence, la défenderesse a produit une expertise orthopédique du Dr V_____ du 5 juin 2019. Celle-ci, fondée sur les pièces médicales du dossier, comprenant les plaintes de la demanderesse, la description du traitement, les données personnelles familiales et socioprofessionnelles, un status orthopédique, une étude du dossier radiologique, des diagnostics clairs et des conclusions motivées, répond aux réquisits jurisprudentiels précités pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante.

L'expert a conclu à une capacité de travail totale de la demanderesse dès le 16 octobre 2017 dans son ancienne activité, avec une limitation fonctionnelle (interdiction de porter un enfant ou intervenir en urgence pour une quelconque raison). Au vu de son examen clinique et des pièces médicales au dossier, une expertise neurologique n'était pas justifiée.

La demanderesse a contesté la valeur probante de l'expertise du Dr V_____ ; elle estime qu'une expertise neurologique aurait dû être ordonnée, vu le traumatisme crânien subi, avec entorse cervicale, dorsale et lombaire, l'instabilité physique dont elle était victime, avec une inflammation de toutes les articulations, des douleurs et engourdissements dans le corps ainsi que des troubles neuropsychologiques et un déboitement des hanches. Elle reproche au Dr V_____ de ne pas avoir décrit correctement son accident et ses suites, d'avoir nié le lien de causalité entre

certaines atteintes constatées et l'accident, d'avoir effectué un status orthopédique sans tenir compte des examens radiologiques, lequel variait en fonction de la localisation de l'inflammation, de ne pas avoir noté toutes ses plaintes (douleurs aux épaules, genoux, dorsales, lombaires, cervicales, tendons, articulation du corps, maux de tête, sens altérés, plus de force musculaire, difficultés à respirer, douleurs), de ne pas avoir lu correctement son dossier radiologique, de ne pas avoir signalé dans les diagnostics une arthrite du genou gauche, aux épaules et des douleurs dans toutes les articulation et tendons ainsi qu'une tentative d'assassinat par empoisonnement, de ne pas reconnaître qu'elle était en pleine santé avant l'accident, de ne pas admettre qu'un traitement médical était encore nécessaire, de prescrire des antalgiques alors qu'elle souffre d'hypertension, d'avoir considéré qu'elle était capable de travailler dès octobre 2017, alors qu'elle souffrait de toutes les atteintes décrites, de surcroît dans une activité d'animatrice parascolaire, et de ne pas avoir commenté tous les point de l'IRM cérébrale effectuée au Brésil. L'expertise était partielle, incomplète et pas sérieuse. Elle estime que l'indemnité journalière aurait dû être reprise dès sa participation à l'expertise orthopédique, soit dès fin juin 2019. Elle invoque, à l'appui de sa demande, le rapport du Dr U_____ du 25 juin 2018.

La chambre de céans constate que s'agissant de la période litigieuse, soit dès octobre 2018, la demanderesse a fourni des rapports médicaux de ses médecins traitants, lesquels ne sont toutefois pas à même de remettre en cause les conclusions de l'expertise du Dr V_____. En effet, le Dr U_____ a mentionné le 25 juin 2018 une entorse cervicale sévère et une entorse de la colonne dorso lombaire, une déchirure partielle du tendon supra épineux droit et une tendinopathie de Quervain associée à une probable lésion des nerfs périphériques en cours d'investigation. Il a signé un arrêt de travail de la demanderesse du 5 septembre au 21 octobre 2018, non motivé, puis il a attesté le 2 octobre 2018 qu'il existait une incapacité de travail totale en raison d'un syndrome post-traumatique cérébral et des autres diagnostics précités. Il a fait état de contractures para-cervicales, de douleurs para-dorsales, para-lombaires, au bassin, au poignet, à l'épaule droite, de vertiges, de maux de tête, de trouble de la vision, de l'audition et de la mémoire. Le 21 décembre 2018, le Dr U_____ a encore fait état de maux de tête, douleur de la charnière cervico-dorso-lombaire et de douleur du bassin, justifiant un traitement de physiothérapie. Quant au Dr X_____, il a relevé des arthralgies, myalgies, tendinite du genou droit le 25 avril 2019 et le Dr Y_____ un épanchement articulaire du genou droit (le 9 mai 2019).

Or, toutes ces atteintes ont été prise en compte par le Dr V_____ dans le cadre de son évaluation et la demanderesse n'explique pas en quoi son appréciation est non probante. En particulier, le Dr V_____ a relevé que le bilan neurologique effectué courant 2018, sur demande du Dr U_____, auprès des Drs Z_____, P_____ et W_____ ne démontrait aucune atteinte neurologique. Il en était de même de l'IRM effectuée au Brésil le 18 juillet 2018.

Enfin, la chambre de céans a requis du Dr U_____ qu'il se prononce sur l'expertise du Dr V_____. En l'absence d'une déclaration de la part de la demanderesse levant le secret professionnel du Dr U_____ (sollicitée par la chambre de céans), ce médecin n'a pas été en mesure de communiquer sa détermination.

Au demeurant, la demanderesse n'a pas été à même d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, une incapacité de travail au-delà du 11 octobre 2018, de sorte que sa demande ne peut qu'être rejetée.

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 114 let. e CPC et 22 al. 3 let. b LaCC).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare la demande recevable.

Au fond :

2. La rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Conformément aux art. 72 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110), le présent arrêt peut être porté dans les trente jours qui suivent sa notification avec expédition complète (art. 100 al. 1 LTF) par devant le Tribunal fédéral par la voie du recours en matière civile (Tribunal fédéral suisse, avenue du Tribunal fédéral 29, 1000 Lausanne 14), sans égard à sa valeur litigieuse (art. 74 al. 2 let. b LTF). Le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoqués comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Julia BARRY

Valérie MONTANI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers (FINMA) par le greffe le