

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/5075/2017

ATAS/334/2018

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 16 avril 2018

6^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GENÈVE

recourante

contre

LA MOBILIÈRE SUISSE, société d'assurances, sise Bundesgasse
35, BERNE, comparant avec élection de domicile en l'étude de
Maître Philippe GRUMBACH

intimée

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

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), né le _____ 1964, a été engagée en qualité d'animatrice à 23% par le Groupement intercommunal pour l'animation parascolaire (ci-après : l'employeur) le 28 août 2015 et est, à ce titre, assurée contre le risque d'accidents professionnels et non professionnels 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 B_____, médecin auprès de la Permanence du Rond-Point de Plainpalais, puis a été adressée au docteur C_____, radiologue FMH.
3. Dans son rapport du 29 juin 2016, le Dr C_____ 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 B_____ 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 : « Épaule » et, à titre de lésion : « hématomes, luxation... ». Le médecin traitant a annoté le diagnostic de contusion post-traumatique et précisé que les atteintes concernaient le côté gauche.
6. En date du 28 septembre 2016, la doctoresse D_____, 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 C_____ 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 B_____ 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 B_____ 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 Dr B_____ 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 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.
12. Par courrier du 29 août 2017, l'assurance a informé l'assurée des conclusions de son médecin-conseil, le docteur E_____. 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.
13. 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 B_____, 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.
14. Par décision du 18 septembre 2017, dont copie a été adressée à l'assureur-maladie de l'intéressée, 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.
15. 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.

16. En date du 18 novembre 2017, l'assurée a indiqué à l'assurance qu'un procès était en cours avec sa régie.
17. 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.
18. Par acte du 21 décembre 2017, l'assurée a interjeté recours contre la décision sur opposition du 21 novembre 2017. 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 dos 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 B_____ 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 B_____, 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 F_____, 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 G_____, 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 B_____ 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 H_____, 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 I_____, 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 J_____, 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 C_____ 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 C_____ 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 B_____, 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 K_____, 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 G_____ 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 G_____, 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 foraminal 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 L_____, 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.

19. Dans une écriture complémentaire du 27 janvier 2018, la recourante a rappelé ses doléances à l'encontre du Dr B_____, 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 M_____, 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 M_____ 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.

20. En date du 30 janvier 2018, la recourante a indiqué avoir consulté le Dr L_____ 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 L_____ 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.

21. Dans sa réponse du 9 février 2018, l'intimée 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.

22. 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 F_____ au Dr L_____, 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 N_____, spécialiste FMH en neurologie, au Dr L_____, 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 G_____ 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 O_____, 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.

23. Copies de cette écriture et des pièces complémentaires ont été communiquées à la recourante le 16 mars 2018.

24. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

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

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Le 1^{er} janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit de la recourante aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.
4. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.
5. a. Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 321/04 du 18 juillet 2005 consid. 5).

Dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1 ; ATF 125 V 414 consid. 1a ; ATF 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées).

b. En l'espèce, par décision du 18 septembre 2017, confirmée sur opposition le 21 novembre 2017, l'intimée a mis un terme à ses prestations au 28 juillet 2016 concernant les troubles du poignet gauche, au motif que le statu quo sine était alors atteint, et a refusé la prise en charge des problèmes lombaires, faute de tout rapport de causalité naturelle avec l'accident du 29 juin 2016. Le litige ne porte donc que sur le droit aux prestations de la recourante en lien avec ces affections, l'intimée ne s'étant pas déterminée par décision sur les autres atteintes évoquées dans le cadre de la présente procédure. De même, l'accident du 12 mai 2017 ne fait pas partie du litige soumis à l'examen de la chambre de céans faute de décision y relative.

6. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA ; ATF 129 V 402 consid. 2.1 ; ATF 122 V 230 consid. 1 et les références).

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

7. a. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette 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 (ATF 142 V 435 consid. 1).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références).

Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « post hoc, ergo propter hoc » ; ATF 119 V 335

consid. 2b/bb ; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

b. Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prester de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b ; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). En principe, 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) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b ; ATF 125 V 195 consid. 2 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

8. a. En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b ; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 et 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2).

b. Dans le cadre de lombalgies ou de lombosciatalgies sans constatation d'une aggravation radiologique, le statu quo est en principe retrouvé après 3 ou 4 mois, la symptomatologie étant alors à mettre sur le compte de l'âge (arrêt du Tribunal fédéral 8C_508/2008 du 22 octobre 2008 consid. 4.2).

L'aggravation significative et donc durable d'une affection dégénérative préexistante de la colonne vertébrale par suite d'un accident n'est établie, selon la jurisprudence, que lorsque la radioscopie met en évidence un tassement subit des vertèbres ou l'apparition ou l'agrandissement de lésions après un traumatisme (arrêt du Tribunal fédéral U 149/04 du 6 septembre 2004 consid. 2.3 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 3a et la référence citée).

Selon l'expérience médicale, pratiquement toutes les hernies discales s'insèrent dans un contexte d'altération des disques intervertébraux d'origine dégénérative, un événement accidentel n'apparaissant qu'exceptionnellement, et pour autant que certaines conditions particulières soient réalisées, comme la cause proprement dite d'une telle atteinte. Une hernie discale peut être considérée comme étant due principalement à un accident, lorsque celui-ci revêt une importance particulière, qu'il est de nature à entraîner une lésion du disque intervertébral et que les symptômes de la hernie discale (syndrome vertébral ou radiculaire) apparaissent immédiatement, entraînant aussitôt une incapacité de travail. Dans de telles circonstances, l'assureur-accidents doit, selon la jurisprudence, allouer ses prestations également en cas de rechutes et pour des opérations éventuelles. Si la hernie discale est seulement déclenchée, mais pas provoquée par l'accident, l'assurance-accidents prend en charge le syndrome douloureux lié à l'événement accidentel. En revanche, les conséquences de rechutes éventuelles doivent être prises en charge seulement s'il existe des symptômes évidents attestant d'une relation de continuité entre l'événement accidentel et les rechutes (voir notamment RAMA 2000 n° U 378 p. 190 consid. 3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_373/2013 du 11 mars 2014 consid. 3.3).

La preuve médicale de la causalité naturelle dans le cas d'une hernie discale, décompensée par l'accident assuré, est remplacée par la présomption jurisprudentielle – qui se fonde sur la littérature médicale – selon laquelle une aggravation traumatique d'un état dégénératif préexistant de la colonne vertébrale cliniquement asymptomatique doit être considérée comme étant terminée, en règle générale, après six à neuf mois, au plus tard après un an (arrêts du Tribunal fédéral 8C_412/2008 du 3 novembre 2008 consid. 5.1.2 et 8C_467/2007 du 25 octobre 2007 consid. 3.1 ; voir également arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 354/04 du 11 avril 2005 consid. 2.2 avec références). S'il s'agit d'un accident sans lésions structurelles au squelette, il y a lieu de considérer que la chronicisation des plaintes doit être attribuée à d'autres facteurs (étrangers à l'accident). Des plaintes de longue durée consécutives à une simple contusion doivent en effet souvent être imputées à un trouble de l'adaptation ou de graves perturbations psychiques (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 354/04 du 11 avril 2005 consid. 2.2 ; voir également arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 60/02 du 18 septembre 2002).

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

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61

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

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

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

10. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des

assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

11. 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).

Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206). Au vu de la dernière précision de jurisprudence (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3), valable également dans le domaine de l'assurance-accidents (ATF 138 V 318 consid. 6.1.3), le Tribunal cantonal doit en principe mettre en œuvre lui-même une expertise judiciaire lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante. Toutefois, un renvoi à l'administration reste possible quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici. En outre, le Tribunal cantonal est toujours libre de renvoyer la cause à l'administration quand il s'agit simplement de demander une clarification, une précision ou un complément d'expertise (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV Nr. 49 p. 151 consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_646/2010 du 23 février 2011 consid. 4).

12. 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.

13. 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.

14. Les mêmes griefs peuvent être formulés à l'encontre des rapports du Dr B_____ 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 B_____ 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 B_____ 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 C_____ 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 B_____ 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 B_____ 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 B_____ 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 B_____ 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.

15. 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 C_____), 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 B_____ 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.

16. 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 I_____ suite à l'IRM du rachis lombaire pratiquée le 13 novembre 2013, document produit par la recourante dans la 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 C_____ 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 B_____ 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.

17. 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 B_____ 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.

18. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision sur opposition du 21 novembre 2017 annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision.
19. N'étant pas représentée, la recourante n'a pas droit à des dépens (cf. ATAS/1075/2016 du 19 décembre 2016).

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement et annule la décision du 21 novembre 2017.
3. Renvoie la cause à l'intimée pour reprise de l'instruction et nouvelle décision au sens des considérants.
4. Dit que la procédure est gratuite.
5. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Julia BARRY

Valérie MONTANI

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