





---

**EN FAIT**

1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), née en 1967 au Portugal, sans formation professionnelle, est arrivée en Suisse en 1988 et a travaillé en tant que femme de ménage et concierge. Elle a bénéficié de prestations de l'assurance-chômage dès le mois de janvier 2010 et était, à ce titre, assurée contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA).
2. En date du 27 août 2011, l'assurée a été victime d'un accident. Selon la déclaration de sinistre du 2 septembre 2011, elle a glissé sur un sol mouillé et est tombée sur le dos, ce qui a engendré des contusions au niveau du dos et de l'épaule droite.
3. Le 29 août 2011, l'assurée a consulté le docteur B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, lequel a attesté d'une totale incapacité de travail.
4. Le même jour, elle a été soumise à des radiographies de la colonne lombaire, du bassin, du sacrum et de l'épaule droite. Dans son rapport y relatif, le docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, a notamment constaté une spondylophytose et une ébauche de discarthrose en D12-L1, et une ébauche de discarthrose en L1-L2. Au niveau de l'épaule droite, les rapports ostéoarticulaires étaient corrects, l'espace sous-acromio-huméral conservé. Était relevé, à l'extrémité supérieure du trochiter, un aspect scléro-géodique dans le sens d'une enthésopathie chronique. Il n'y avait pas de calcification péri-articulaire.
5. Le 6 octobre 2011, l'assurée a indiqué par téléphone à une collaboratrice de la SUVA qu'elle avait été, lors du sinistre, touchée au dos, au coccyx et à l'épaule droite, précisant que seul le dos demeurait douloureux.
6. Suite à une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) lombaire réalisée le 11 octobre 2011, la docteure D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, a conclu à une hernie discale L4-L5 médiane-paramédiane gauche.
7. Par rapport du 13 octobre 2011, le Dr B\_\_\_\_\_ a attesté d'une totale incapacité de travail de l'assurée depuis la consultation du 29 août 2011. Les diagnostics retenus étaient un traumatisme du coccyx et des lombaires, et une entorse de l'épaule droite. La thérapie avait consisté en un traitement conservateur. Le 22 septembre 2011, l'assurée avait subi une nouvelle chute.
8. Le 13 octobre 2011, lors d'un entretien avec un collaborateur de la SUVA, l'assurée a déclaré qu'elle présentait encore des douleurs au milieu du dos, jusque dans la jambe droite, parfois également du côté gauche, et un point à la fesse droite. Elle avait déjà souffert du dos suite à une chute, environ vingt ans auparavant.
9. Par rapports des 24 novembre et 15 décembre 2011, le docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, a diagnostiqué un syndrome vertébral L4-L5-S1 suite à une chute sur le dos le 27 août 2011 et mentionné l'existence d'une hernie discale L4-L5. Il a relevé la persistance des douleurs lombaires et une

raideur. Le traitement consistait en des séances de physiothérapie et la prise de médicaments.

10. Le 16 décembre 2011, une infiltration périurale en L4-L5 a été réalisée par le docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie.
11. Le 23 février 2012, ce médecin a diagnostiqué des lombosciatalgies bilatérales sur une hernie L4-L5 et relevé l'absence d'amélioration. Une prise en charge par la consultation du dos aux Hôpitaux universitaires du canton de Genève (ci-après : HUG) était proposée.
12. Dans un rapport du 5 avril 2012, le Dr B\_\_\_\_\_ a fait état de lombalgies post-traumatiques et noté la persistance des douleurs et de l'incapacité de travail.
13. Le 25 mai 2012, le Dr E\_\_\_\_\_ a maintenu les termes de ses précédents rapports.
14. Le 13 juin 2012, la doctoresse G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie et médecin d'arrondissement de la SUVA, a examiné l'assurée. Il ressort de son rapport établi le lendemain que l'intéressée se plaignait alors de douleurs lombaires basses irradiant plutôt dans la fesse gauche et dans le membre inférieur gauche, avec des paresthésies. Les douleurs étaient constantes, d'intensité variable, augmentées à la moindre flexion ou rotation du tronc. L'assurée avait déjà développé des épisodes de lombalgies il y a plus de quinze ans et lors de sa grossesse en 2003. Suite à l'accident, elle avait bénéficié de traitements anti-inflammatoires, de physiothérapie et de deux infiltrations. Les examens radiologiques ne montraient aucune lésion traumatique, mais il existait des lésions dégénératives et une petite hernie discale. Au vu du mode de traumatisme, des lésions dégénératives et de l'absence de lésion traumatique objective, la Dresse G\_\_\_\_\_ a conclu que les effets délétères de l'événement du 27 août 2011 étaient à considérer comme désormais définitivement éliminés.
15. Par décision du 27 juin 2012, entrée en force, la SUVA a mis un terme à ses prestations avec effet au 30 juin 2012, au motif que les conséquences délétères du sinistre étaient éteintes. Dès le 1<sup>er</sup> juillet 2012, les prestations (indemnités journalières et frais de traitement) étaient à la charge de l'assureur-maladie, auquel une copie de la décision était communiquée.
16. Le 17 juillet 2012, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI), mentionnant être en incapacité totale de travail depuis le 29 août 2011 en raison de douleurs lombaires basses persistantes, descendant le long de la jambe.
17. Par rapports des 25 juillet et 3 septembre 2012, le Dr B\_\_\_\_\_ a indiqué à l'OAI que suite aux accidents des 27 août et 22 septembre 2011, des douleurs dorso-lombaires s'étaient installées et empêchaient certaines activités domestiques de base. Les limitations fonctionnelles étaient celles liées aux dorso-lombalgies, l'incapacité de travail de l'assurée était totale et il n'y avait pas de capacité

résiduelle dans une activité adaptée. Un traitement au service de rhumatologie des HUG était préconisé.

18. Dans un rapport du 4 septembre 2012, le Dr E\_\_\_\_\_ a diagnostiqué, avec effet sur la capacité de travail, des lombosciatalgies L5-S1 droites sévères depuis la chute du 27 août 2011. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle, mais de 50% à 100% dans une activité adaptée. Les limitations fonctionnelles consistaient en les positions debout prolongées, les mouvements répétés lombaires et le port de charges lourdes. L'état de santé de l'assurée n'était pas stabilisé.
19. Par rapport du 13 septembre 2012, le Dr E\_\_\_\_\_ a relevé que les traitements de cortisone et les infiltrations n'avaient pas eu d'effet bénéfique, les douleurs persistant au niveau lombaire bas, sans irradiation, sans signe de Lasègue et sans déficit neurologique. À moyen terme, on pouvait s'attendre à une lente amélioration et les lombalgies ne devraient pas empêcher un travail adapté.
20. Le 1<sup>er</sup> novembre 2012, la doctoresse H\_\_\_\_\_, cheffe de clinique au service de radiologie des HUG, a rapporté que l'IRM de la colonne lombaire effectuée le 31 octobre 2012 avait révélé une protrusion discale L4-L5 médiane et paramédiane gauche en contact avec la racine L5 gauche, une protrusion discale médiane et paramédiane droite sans conflit disco-radiculaire au niveau D11-D12 et des modifications inflammatoires des plateaux vertébraux adjacents.
21. Le 11 décembre 2012, le Dr B\_\_\_\_\_ a indiqué à l'OAI que l'état de santé de sa patiente était stationnaire, sans changement de diagnostics.
22. Le 14 décembre 2012, le Dr E\_\_\_\_\_ a confirmé à l'OAI les diagnostics de lombosciatalgies sévères depuis le 27 août 2011 et considéré que l'état de santé de l'assurée était stationnaire.
23. Par rapport du 14 janvier 2013, le docteur I\_\_\_\_\_, chef de clinique au service de neurochirurgie des HUG, a diagnostiqué une lombosciatalgie L5 à gauche avec un léger déficit moteur sur une hernie discale L4-L5 médiane et paramédiane gauche avec un conflit radiculaire L5 à gauche. L'assurée présentait également des douleurs à l'épaule droite depuis sa chute entraînant des troubles du sommeil, mais les investigations n'avaient rien donné. Vu l'échec du traitement conservateur et le poids des souffrances de l'assurée, il proposait une intervention neurochirurgicale.
24. Une IRM lombaire réalisée le 21 février 2013 a permis de conclure à une diminution de la taille de la hernie au niveau de D11-D12 et de la hernie au niveau de L4-L5.
25. Par rapport du 27 février 2013, le Dr I\_\_\_\_\_ a diagnostiqué une lombosciatalgie L5 gauche en régression, une nouvelle apparition d'un lumbago paravertébral, ainsi qu'une nouvelle lombosciatalgie S1 à droite avec des paresthésies dans le territoire S1 à droite. Une IRM était nécessaire compte tenu des nouvelles constatations cliniques.

26. Dans un rapport du 5 mars 2013, la doctoresse J\_\_\_\_\_, médecin adjointe agrégée au service de radiologie des HUG, a conclu, suite à une IRM lombaire du jour même, à une hernie discale L4-L5 avec un rétrécissement bilatéral entraînant un contact radiculaire au niveau de l'émergence de la racine L5 des deux côtés, de façon plus marquée à gauche.
27. Selon une prescription de physiothérapie du 12 mars 2013 signée par la doctoresse K\_\_\_\_\_, cheffe de clinique au service de rhumatologie des HUG, l'assurée présentait une tendinopathie de la coiffe à droite avec une rupture partielle du sus-épineux, et des épicondylites interne et externe du coude droit.
28. Par rapport du 14 mars 2013, la Dresse K\_\_\_\_\_ a indiqué avoir examiné l'assurée le 12 mars 2013. Elle a fait état d'une rupture transfixiante et partielle du tendon du sus-épineux à droite diagnostiquée en octobre 2012 et d'une épicondylite du coude droit chronique. L'assurée déclarait avoir subi un traumatisme au niveau de l'épaule et du coude lors de l'accident d'août 2011 et présenter depuis lors des douleurs au niveau de ces articulations qui l'empêchaient de poursuivre son activité de femme de ménage avec une période de chômage. Suite à l'échographie articulaire réalisée en octobre 2012 et qui avait montré une rupture profonde possiblement transfixiante et partielle du tendon du sus-épineux, l'assurée avait bénéficié d'une infiltration qui avait permis d'améliorer les symptômes d'environ 50% durant un mois, mais sans amélioration des douleurs de la région du coude. L'assurée avait également bénéficié de physiothérapie en piscine pour le membre supérieur et pour le dos. Étaient proposés un traitement local de glace et de pommade anti-inflammatoire, ainsi qu'une physiothérapie active plus intensive durant les six prochaines semaines. Une prise en charge chirurgicale de la déchirure tendineuse était à discuter, selon l'évolution.
29. Dans un rapport du 20 mars 2013, le Dr I\_\_\_\_\_ a constaté que la dernière IRM confirmait la persistance d'une hernie discale L4-L5 médiane et paramédiane avec la persistance d'un conflit radiculaire L5 des deux côtés. Une intervention neurochirurgicale était indiquée.
30. Le 26 avril 2013, le Dr I\_\_\_\_\_ a réalisé une microdisectomie L4-L5 gauche. La lettre de sortie des HUG du 2 mai 2013 mentionne, à titre de comorbidités actives, une tendinite de l'épaule droite et une épicondylite du coude droit chronique. L'incapacité de travail était totale jusqu'au 3 juin 2013, puis à réévaluer.
31. En date du 2 mai 2013, l'assurée, par l'intermédiaire d'un avocat, a sollicité de la SUVA copie de son dossier relatif à l'accident du 27 août 2011, ainsi que les documents concernant le sinistre du 22 septembre 2011.
32. Dans un rapport du 22 mai 2013, le Dr B\_\_\_\_\_ a signalé une aggravation de l'état de santé de sa patiente, laquelle présentait une résurgence des douleurs au membre inférieur gauche depuis le 26 avril 2013. Il a diagnostiqué un status post opératoire hernie discale lombaire L4-L5 avec une influence sur la capacité de travail.

- 
33. Par rapport du 27 mai 2013, le docteur L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie aux HUG, a retenu les diagnostics de rupture transfixiante partielle du tendon du sus-épineux à droite diagnostiquée en octobre 2012, une épitrocléite du coude droit chronique et une opération de hernie discale L4-L5 le 26 avril 2013. Les douleurs à l'épaule droite, présentes depuis le 28 août 2011, étaient de caractère mécanique avec une irradiation au niveau de la colonne cervicale. Il y avait une nette péjoration depuis octobre 2012, avec notamment des troubles du sommeil. L'échographie avait montré une tendinopathie du sus-épineux pour laquelle une infiltration s'était montrée efficace à plus de 50%. L'assurée se déclarait très gênée dans les activités de sa vie quotidienne. La douleur au niveau de l'épitrochlée, évoluant également depuis août 2011, la dérangeait beaucoup moins que l'épaule. La réalisation d'une IRM et la poursuite de la physiothérapie étaient proposées, et il convenait que l'assurée porte une attelle pour ses troubles au niveau du coude.
34. Par rapport du 28 mai 2013, la doctoresse M\_\_\_\_\_- spécialiste FMH en rhumatologie et médecin cheffe de clinique au service de rhumatologie des HUG, a diagnostiqué une lombosciatique L5-S1 gauche post-discectomie L4-L5 gauche et fait état, à titre de comorbidités, d'une rupture transfixiante partielle du tendon du sus-épineux à droite et d'une épitrocléite du coude droit chronique. Depuis l'intervention chirurgicale, les douleurs s'étaient accentuées et le syndrome vertébral était très prononcé à l'examen clinique. Une électroneuromyographie devait être effectuée afin de rechercher une atteinte radiculaire L5 ou S1.
35. Le 29 mai 2013, Dr B\_\_\_\_\_ a rempli un rapport destiné à la commission administrative pour la sécurité sociale des travailleurs migrants. Il a indiqué que sa patiente était inapte au travail en raison de ses douleurs du dos, des membres inférieurs et de l'épaule droite. Aucune activité ne pouvait être exercée, même à temps partiel.
36. Dans un rapport daté du 30 mai 2013, le Dr B\_\_\_\_\_ a indiqué que son examen clinique du 29 août 2011 avait notamment montré une atteinte à l'épaule droite sous la forme d'une douleur lors de la rotation externe, avec une impossibilité de placer la main derrière la tête. Lors de sa consultation du 5 septembre 2011, les douleurs étaient comparables avec celles relatées dans les suites immédiates de l'accident et son examen était superposable au précédent. Le 26 septembre 2011, sa patiente lui avait indiqué être tombée sur la fesse droite le 22 septembre 2011, ce qui avait accru les douleurs lombaires consécutives à la première chute avec une irradiation de type sciatique. Les douleurs au niveau du coccyx avaient disparu, mais l'épaule droite demeurait sensible notamment au niveau de la face antérieure. Par la suite, la symptomatologie douloureuse avait persisté, « notamment » au niveau lombaire, avec des maux importants entravant les activités de la vie quotidienne, de sorte qu'il avait adressé l'assurée au Dr E\_\_\_\_\_ qui avait programmé trois infiltrations entre le 22 décembre 2011 et le 23 février 2012, puis avait requis un avis spécialisé en rhumatologie aux HUG. Lors de sa consultation du 12 juillet 2012, les douleurs à l'épaule droite étaient encore présentes et fluctuaient d'intensité. L'abduction et la

---

rétropulsion étaient douloureuses au niveau de l'épaule avec une sensibilité palpatoire au niveau du long chef du biceps. Le médecin traitant a mentionné une hiérarchie des troubles fonctionnels, précisant que les douleurs au niveau d'une épaule entraînaient une limitation fonctionnelle localisée à ce membre, alors qu'une symptomatologie douloureuse telle que celle présentée au niveau lombaire avec une irradiation des membres inférieurs nuisait à un niveau plus global, raison pour laquelle les plaintes concernant le dos avaient été plus souvent rapportées. Le 1<sup>er</sup> octobre 2012, il avait constaté des douleurs au niveau des insertions musculaires de l'épaule droite, en particulier au niveau des loges antérieures et extérieures, ainsi que la présence d'épicondylites interne et externe. Au mois d'octobre 2012, l'assurée avait été prise en charge aux HUG où des infiltrations avaient été réalisées au niveau de l'épaule droite et une indication opératoire retenue en raison de la symptomatologie lombaire. La cure de hernie discale avait été réalisée le 26 avril 2013 aux HUG. La présence d'une rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite et d'épicondylites du coude droit était décrite. Selon le médecin-traitant, les troubles de l'épaule droite étaient la conséquence du premier accident et les douleurs lombaires et au niveau des membres inférieurs étaient conséquentes aux deux sinistres.

37. En date du 4 juin 2013, le Dr I\_\_\_\_\_ a relevé que l'assurée se plaignait d'une lombosciatalgie et d'une lomboglutalgie du côté gauche, avec des décharges électriques. La symptomatologie du côté droit avait quasiment disparu.
38. Par courrier du 27 juin 2013, l'assurée a relevé à l'attention de la SUVA que son dossier ne prenait en considération que l'accident du 27 août 2011, alors qu'elle avait été victime d'un second événement le 22 septembre 2011, en glissant sur un tapis. Elle a fait état de douleurs au niveau de l'épaule droite en lien avec le premier sinistre et de douleurs au niveau lombaire et des membres inférieurs, lesquelles étaient la conséquence des deux accidents. Elle a demandé à la SUVA de considérer sa missive comme une déclaration de rechute du premier accident et de traiter également le second sinistre.
39. Dans un rapport du 10 septembre 2013, la Dresse M\_\_\_\_\_ a retenu, à titre de diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assurée, des lombalgies et lombosciatalgies gauches et une rupture du tendon supra-épineux droit depuis le 29 août 2011. Elle a indiqué que la sciatalgie s'était améliorée, tout comme l'omalgie durant un mois suite à l'infiltration de l'épaule en octobre 2012. Les lombalgies persistaient et empêchaient les mouvements nécessaires pour les tâches de nettoyage. L'incapacité de travail était totale dans l'activité habituelle depuis le 29 août 2011. Les limitations fonctionnelles observées consistaient en un syndrome lombo-vertébral. Il n'y avait pas de capacité de travail dans une activité adaptée pour le moment, mais elle n'avait pas le recul nécessaire pour en juger. Une amélioration de l'état de santé semblait possible et dès le 15 novembre 2013, la capacité de travail était de 10%.



40. En date du 26 septembre 2013, le Dr B\_\_\_\_\_ a indiqué à l'OAI que les douleurs dans les membres inférieurs avaient disparu à la consultation du 29 août 2013, mais que les lombalgies et les douleurs à l'épaule droite persistaient. L'incapacité de travail demeurait totale en raison des lombalgies invalidantes et d'une épaule droite douloureuse. Un suivi neurochirurgical et rhumatologique était toujours en cours.
41. Le 7 octobre 2013, l'assurée a rappelé à la SUVA ne pas avoir reçu de réponse de sa part et l'a priée de lui faire connaître sa position.
42. Le 5 novembre 2013, la Dresse M\_\_\_\_\_ a signalé l'apparition d'une lombocruralgie droite depuis quelques semaines entraînant une limitation de la mobilisation du rachis lombaire et de la coxo-fémorale droite. L'incapacité de travail était totale dans l'activité de concierge et d'employée de maison. Une reprise du travail était difficile à évaluer car la symptomatologie était nouvelle et un examen complémentaire était nécessaire pour évaluer les conséquences de l'atteinte à la santé.
43. Par rapport du 21 février 2014, le docteur N\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, a indiqué que l'arthro-IRM pratiquée le 20 février 2014 avait permis de conclure à une déchirure encore partielle de l'insertion distale du tendon du muscle sus-épineux. Bien qu'encore incomplète, ladite déchirure était presque transfixiante et accompagnée d'un conflit sous-acromial.
44. Dans un avis du 25 mars 2014, le docteur O\_\_\_\_\_, médecin praticien FMH auprès du service médical régional de l'OAI (ci-après : SMR), a noté que les lombalgies et le problème à l'épaule avaient persisté suite à l'accident. Il a rappelé les termes des conclusions du médecin d'arrondissement de la SUVA du 13 juin 2012 et la décision du 30 juin 2012, et considéré que l'incapacité de travail était totale depuis le 27 août 2011, que l'activité de femme de ménage n'était plus exigible, mais qu'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles était exigible à 100% dès le mois de juin 2012. Les restrictions comprenaient le port de charges de plus de 10 kg, la montée sur des échelles ou des échafaudages, l'emploi de la main au-dessus du niveau du thorax, de l'épaule ou de la tête, ainsi que la position statique prolongée.
45. Le 1<sup>er</sup> avril 2014, le Dr E\_\_\_\_\_ a sollicité la convocation de l'assurée par l'unité d'orthopédie des HUG en raison de douleurs sévères à l'épaule droite depuis 2012. Il a relevé que les investigations, un peu retardées par la discectomie d'avril 2013, confirmaient la présence d'une déchirure presque transfixiante du tendon du sus-épineux.
46. Dans un rapport du 9 juillet 2014, le Dr E\_\_\_\_\_ a notamment expliqué qu'au vu de l'examen clinique et du bilan radiologique de l'épaule droite, une indication chirurgicale était préconisée dès lors que le traitement conservateur n'était plus efficace à ce stade.

47. Par décision du 25 août 2014, l'OAI a nié le droit de l'assurée à des prestations. Il a retenu que la capacité de travail de l'intéressée était nulle dans l'activité habituelle depuis le 27 août 2011, mais totale dans une activité adaptée depuis le mois de juin 2012. La comparaison du salaire sans invalidité avec celui d'invalidité en 2012 entraînait un degré d'invalidité de 10%, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente et à un reclassement professionnel. Une orientation professionnelle n'était pas nécessaire au vu du large éventail d'activités non qualifiées adaptées aux empêchements de l'assurée. L'assurée a recouru contre cette décision auprès de la chambre de céans.
48. Par courrier du 29 septembre 2014, l'assurée, par l'intermédiaire de son nouveau conseil, associé du précédent, a écrit à la SUVA que ses dernières missives étaient restées sans réponse. Elle a ajouté qu'une opération de l'épaule droite était en l'état discutée afin d'éviter un décrochement complet du muscle de l'épaule partiellement déchiré. Selon elle, son état de santé n'avait été pris en considération par la SUVA que sous l'angle des problèmes dorsaux. Or, les difficultés éprouvées au niveau de l'épaule, lesquelles avaient jusqu'alors été passées sous silence, prenaient une place prépondérante et il convenait de « rouvrir l'instruction de ce dossier » afin de faire le point sur sa situation.
49. Le 28 octobre 2014, la SUVA a répondu à l'assurée qu'au regard des renseignements supplémentaires en sa possession, elle allait examiner sa demande et lui communiquerait sa position prochainement.
50. Dans un rapport du 6 novembre 2014, le docteur P\_\_\_\_\_, médecin adjoint au service de chirurgie orthopédique des HUG, a exposé que le diagnostic clinique était confirmé par l'imagerie qui mettait en évidence une rupture de stade I à II du sus-épineux avec une modification dégénérative au niveau de l'humérus proximal. Le biceps était subluxé dans sa gouttière au dépend du sub-scapulaire.
51. En date du 8 décembre 2014, l'assurée a informé la SUVA que l'opération de l'épaule droite visait à tenter de rendre utilisable son membre supérieur droit. Son incapacité de travail était manifeste et confirmée par la nécessité d'une intervention chirurgicale. Elle sollicitait donc la reprise du versement des indemnités journalières prématurément suspendues.
52. Dans un rapport du 15 décembre 2014, le Dr E\_\_\_\_\_ a mentionné les diagnostics de lombosciatalgies persistantes post discectomie L4-L5 le 26 avril 2013 et de déchirure incomplète côté articulaire du sus-épineux avec une subluxation du long chef du biceps de l'épaule droite. Depuis sa chute de 2011, l'assurée avait souffert de douleurs de l'épaule droite, moins importantes que ses lombalgies. Des infiltrations en sous-acromial et de l'angulaire de l'omoplate n'avaient pas amélioré ses douleurs. Une échographie, puis une arthro-IRM en octobre 2014, avaient été réalisées. Ce dernier examen avait mis en évidence une déchirure partielle distale du sus-épineux, presque transfixiante.

53. Par rapport du 26 janvier 2015, le Dr B\_\_\_\_\_ a notamment relevé qu'une nouvelle infiltration avait été réalisée au niveau de l'épaule droite vers la mi-septembre 2013. Lors de sa consultation du 21 janvier 2014, il avait constaté une tendinite du muscle angulaire de l'omoplate droit et le Dr E\_\_\_\_\_ avait alors procédé à une infiltration avec un bon effet sur ladite tendinite, mais pas sur les douleurs de l'épaule droite. Le 11 mars 2014, sa patiente lui avait appris qu'une arthro-IRM avait révélé une tendinite de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite avec une rupture partielle transfixiante du tendon du muscle supra-épineux. Le 30 avril 2014, il avait noté un statu quo. Les douleurs de l'assurée au niveau de l'épaule perturbaient son sommeil et ses activités de la vie quotidienne étaient rendues difficiles par les douleurs lombaires et de l'épaule. Lors de sa consultation du 4 juillet 2014, il avait soupçonné une dépression masquée chez sa patiente, probablement en lien avec les douleurs, l'invalidité et la relation difficile avec sa fille. L'assurée ne s'était pas présentée aux rendez-vous des 13 et 25 août 2014 et il l'avait revue le 4 septembre 2014. Les problèmes de l'épaule persistaient. Le 22 septembre 2014, elle montrait clairement des signes d'épuisement psychologique, étant relevé que son mari s'était fait opérer et ne pouvait pas marcher normalement, et que sa fille refusait de l'aider. Il avait proposé à sa patiente un suivi psychiatrique, auquel elle n'avait pas donné suite. Les douleurs lombaires et de l'épaule droite entraînaient une totale incapacité de travail. Lors de son premier examen du 29 août 2011, l'assurée s'était plainte de douleurs de l'épaule droite et il avait observé des signes clairs d'une atteinte des tendons de la coiffe des rotateurs. L'accident était à l'origine des lésions visualisées sur les examens d'imagerie et des douleurs relatées.
54. Par courrier du 29 janvier 2015, l'assurée a requis de la SUVA une confirmation de la prise en charge de l'opération de l'épaule et la reprise du versement des indemnités journalières.
55. Le 6 février 2015, l'assurée a subi une réinsertion du sus-épineux de l'épaule droite, une ténodèse du long chef du biceps et une acromioplastie.
56. Le docteur Q\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, a conclu, suite à échographie de l'épaule droite réalisée le 31 mars 2015, à une importante réaction capsulaire gléno-humérale de type capsulite rétractile.
57. Par rapport du 12 mars 2015, le Dr P\_\_\_\_\_ a diagnostiqué une rupture de la coiffe des rotateurs, et indiqué à la SUVA que des douleurs et une impotence fonctionnelle de l'épaule droite persistaient après le traitement conservateur. L'incapacité totale de travail, prévue pour une durée de six mois, était à réévaluer selon l'évolution.
58. Par avis du 25 septembre 2015, le docteur R\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, a admis l'existence d'une rechute en « relation de causalité pour le moins probable ».

59. Par avis du 12 octobre 2015, le docteur S\_\_\_\_\_, médecin auprès du SMR, a considéré que l'évolution post-opératoire était favorable, ce qui confirmait les conclusions du SMR du 25 mars 2014, à savoir une pleine capacité de travail dans une activité ne sollicitant pas le membre supérieur droit.
60. Le 15 octobre 2015, l'assurée s'est entretenue avec le gestionnaire de la SUVA en charge de son dossier. Elle a déclaré souffrir encore de douleurs dans l'épaule droite, articulation qui demeurait fragile, sans aucune force et avec une mobilité restreinte. Elle ne pouvait pas lever le membre supérieur droit au-dessus de l'horizontale. Elle présentait en outre des douleurs au bas du dos avec des irradiations sur la hanche droite depuis l'opération. Elle prenait des médicaments et suivait des séances de physiothérapie à raison de deux fois par semaine. Son incapacité de travail était totale et elle était sans ressources depuis le 6 février 2015.
61. En date du 2 novembre 2015, l'assurée a reproché à la SUVA d'avoir examiné son dossier « que sous l'angle des lésions lombaires, les lésions à l'épaule droite étant largement passées au second plan ». Or, il ressortait clairement des attestations médicales versées à la procédure que son épaule droite présentait une tendinopathie de la coiffe des rotateurs avec une rupture partielle du tendon du muscle supra-épineux depuis le 27 août 2011. À la lecture de la décision du 27 juin 2012, il apparaissait manifeste que la gravité de la lésion à l'épaule droite avait été mal appréhendée par le médecin-conseil, étant toutefois observé que les IRM établissant la gravité des lésions subies n'avaient été réalisées que postérieurement. Ces examens avaient mis en évidence la tendinite de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite avec une rupture partielle transfixiante du tendon du muscle supra-épineux qui expliquait et objectivait le calvaire qu'elle avait vécu au cours des quatre dernières années, ainsi que son incapacité d'utiliser son membre supérieur droit. Les indemnités journalières auxquelles elle avait droit devaient remonter à la date de la survenance de l'accident, sous déduction des indemnités versées en relation avec les problèmes dorsaux. Par conséquent, elle demandait à la SUVA de bien vouloir « reconsidérer l'ensemble de ce dossier, sur la base d'un état de fait désormais complet, d'une situation médicale désormais claire ».
62. En date du 13 novembre 2015, le Dr B\_\_\_\_\_ a attesté d'une incapacité de travail de 100% du 27 août 2011 au 28 novembre 2012, de 50% du 29 novembre 2012 au 6 février 2013 et de 100% dès le 7 février 2013.
63. Le 24 novembre 2015, l'assurée a prié la SUVA de rendre une décision de reprise des indemnités journalières pleines et entières depuis le jour de l'accident et de procéder au calcul des arriérés dus.
64. Le 23 décembre 2015, la SUVA a informé l'assurée qu'elle acceptait, à titre provisoire, de lui verser des indemnités journalières dès le 6 février 2015.
65. Par arrêt du 16 février 2016 (ATAS/119/2016), la chambre de céans a annulé la décision de l'OAI du 25 août 2014 et lui a renvoyé la cause pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Elle a considéré, entre autres, que les

---

diagnostics retenus par le SMR ne correspondaient pas aux atteintes constatées par les spécialistes ayant examiné l'assurée puisque n'étaient pas mentionnées la lombosciatalgie L5 à gauche avec un léger déficit moteur sur une hernie discale L4-L5 avec conflit radiculaire L5 qui avait justifié l'intervention chirurgicale du 26 avril 2013, la lombosciatique L5-S1 gauche diagnostiquée après l'opération, l'apparition en 2013 d'une lombocruralgie droite entraînant une limitation de la mobilisation du rachis lombaire et de la coxo-fémorale droite, la rupture transfixiante et partielle du tendon du sus-épineux à droite diagnostiquée en octobre 2012 et l'épitrôchléite du coude droit chronique. Les appréciations des spécialistes ne permettaient pas de statuer sur les répercussions des atteintes présentées par l'assurée sur l'exercice d'une activité adaptée, et, le cas échéant, depuis quand et à quel taux. En effet, si le Dr E\_\_\_\_\_ avait mentionné le 4 septembre 2012 une capacité de travail dans une activité adaptée entre 50% et 100%, il s'était prononcé en prenant en considération uniquement l'atteinte lombaire et alors que l'état de santé de l'assurée n'était pas encore stabilisé. Par ailleurs, la Dresse M\_\_\_\_\_ avait fait état de l'absence de capacité de travail dans une activité adaptée, précisant toutefois n'avoir pas assez de recul pour en juger. Partant, la chambre de céans n'était pas en mesure de se prononcer sur les troubles dont souffrait l'assurée, sur les éventuelles limitations fonctionnelles que ces troubles entraînaient ainsi que sur leurs répercussions sur la capacité de travail. Elle a estimé qu'une instruction complémentaire sous la forme d'une expertise devait être effectuée.

66. Le 3 mars 2016, l'assurée a communiqué l'arrêt précité à la SUVA et soutenu qu'il établissait que son incapacité de travail était totale depuis la date du premier accident en raison de ses problèmes dorsaux et de l'épaule, et qu'il indiquait que la rupture du tendon de l'épaule droite était survenue en 2011.
67. Le 15 mars 2016, le Dr B\_\_\_\_\_ a relevé que l'état de santé de sa patiente était stationnaire, avec des douleurs permanentes invalidantes au niveau du bras droit.
68. En date du 29 juin 2016, le docteur T\_\_\_\_\_, chef de clinique au département de chirurgie des HUG, a indiqué suivre l'assurée depuis le 18 mars 2015 en rééducation post-opératoire. Il a relevé que la mobilité était réduite, avec des valeurs inchangées depuis le mois de mars 2015. La patiente était anxieuse, ne tolérait pas plusieurs médicaments et la physiothérapie avait aggravé les symptômes. Le pronostic était mauvais et une reprise de l'activité de nettoyage n'était en l'état pas possible.
69. Le 5 juillet 2016, le Dr R\_\_\_\_\_ a suggéré un séjour à la Clinique romande de réadaptation compte tenu de la mauvaise évolution.
70. Dans une appréciation du 17 février 2017, le Dr R\_\_\_\_\_ a considéré qu'il n'y avait pas d'incapacité de travail justifiée entre la date du statu quo fixé au 30 juin 2012 et l'intervention au niveau de l'épaule droite du 6 février 2015 pour les seuls troubles de cette articulation. Pour les suites opératoires, une incapacité de

travail de six mois était habituellement observée dans une activité physique après les interventions consistant en une suture du sus-épineux. Le médecin d'arrondissement a retenu qu'il avait fallu attendre le 20 février 2014 et un tableau de douleurs chroniques pour que le Dr E\_\_\_\_\_ demande une arthro-IRM de l'épaule droite « en complément d'une échographie ayant fait suspecter une lésion de la coiffe des rotateurs ». Selon lui, c'était à juste titre que l'opération n'avait été réalisée qu'une fois une rupture quasi complète mise en évidence et qu'après l'échec du traitement conservateur. L'influence des années passant avait entraîné une aggravation naturelle du status au niveau de l'épaule. Par ailleurs, au moment de l'intervention de 2015, il n'y avait pas d'incapacité de travail pour les troubles rachidiens, étant rappelé que l'accident avait cessé ses effets délétères au 30 juin 2012.

71. Par décision du 20 mars 2017, la SUVA a alloué à l'assurée une indemnité journalière pour les troubles présentés à l'épaule droite, avec effet rétroactif au 6 février 2015.
72. Du 20 avril au 17 mai 2017, l'assurée a séjourné à la Clinique romande de réadaptation. Il ressort des différents rapports rédigés par des praticiens de cet établissement qu'aucun nouveau diagnostic n'avait été posé au cours du séjour et qu'aucune psychopathologie n'avait été retenue. À l'examen clinique d'entrée, les amplitudes de l'épaule droite était de 60° en flexion active et de 90° en flexion passive (contre 170° à gauche), de 35° en abduction active et de 50° en abduction passive (contre 160° à gauche), la rotation externe du coude au corps de 25° en actif et de 30° en passif (contre 70°, respectivement 80° à gauche). Les mobilités en passif et certains tests étaient limités par les douleurs. Au status à la sortie, il n'y avait pas d'amélioration significative de la fonction de l'épaule droite, l'assurée avait signalé la présence de douleurs dans tous les mouvements, mais les mobilités étaient conservées et la coiffe tenue. Les plaintes et limitations fonctionnelles ne s'expliquaient pas principalement par les lésions objectives constatées et des facteurs contextuels, soit la longue incapacité de travail, une kinésiophobie élevée, une patiente centrée sur ses douleurs, une sous-estimation du niveau d'activité que celle-ci estimait pouvoir réaliser, jouaient un rôle important dans les plaintes et les limitations fonctionnelles rapportées, et influençaient défavorablement le retour au travail. La participation de l'assurée aux thérapies avait été considérée comme moyenne et des incohérences avaient été relevées. Un manque total de l'utilisation du membre supérieur droit était observé. Les limitations fonctionnelles comprenaient le port de charges moyennes à lourdes, un travail prolongé avec le membre supérieur droit au-dessus du plan des épaules, des mouvements répétitifs ou nécessitant de la force de l'épaule droite. Même si la présence d'un œdème autour de la vis de ténodèse pouvait expliquer une partie des douleurs, les facteurs contextuels semblaient jouer un rôle prédominant dans le tableau présenté. L'évolution, à plus de deux ans, était totalement négative. Vu l'échec de toute prise

---

en charge médicale thérapeutique, l'assurée pourrait être orientée vers la médecine parallèle.

Une radiographie de l'épaule droite du 16 mai 2017 a révélé une discrète sclérose du trochiter et une IRM, également réalisée le 16 mai 2017, a mis en évidence un tendon du sus-épineux en place avec une discrète anomalie du signal à la jonction tendino-musculaire et une tendinose à l'insertion du sous-scapulaire. Le long tendon du biceps, présent dans la gouttière distalement, était mal analysable proximale.

73. Le 8 mai 2017, l'assurée a formé opposition à l'encontre de la décision de la SUVA du 20 mars 2017 et requis le versement d'une indemnité journalière pleine et entière rétroactivement, à compter de la date de l'accident du 27 août 2011. Parce que les troubles de l'épaule droite ne provoquaient qu'une limitation fonctionnelle restreinte en comparaison avec les difficultés au niveau lombaire, c'était ces dernières qui avaient mobilisé l'essentiel de l'attention du médecin et qui avaient principalement été évoquées pour justifier son incapacité de travail. La gravité des lésions subies au niveau de l'épaule avait échappé dans un premier temps au corps médical, qui s'était efforcé de traiter les douleurs par infiltrations. Ce n'était qu'en mars 2014, grâce à l'arthro-IRM, qu'une tendinite de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite avec une rupture partielle transfixiante du tendon du muscle supra-épineux avait été mise en évidence. Elle n'aurait pas pu assurer son travail de femme de ménage avec de telles lésions. Une déchirure partielle du tendon de l'épaule entraînait une incapacité de travail totale, à plus forte raison lorsqu'il s'agissait de l'épaule droite d'une personne droitère qui exerçait une activité particulièrement exigeante du point de vue de l'utilisation des membres supérieurs.

74. Le 14 juin 2017, le Dr R\_\_\_\_\_ a retenu que l'utilisation de l'épaule lésée semblait très limitée et qu'on ne pouvait pas s'attendre à une reprise de l'ancienne activité.

75. En date du 10 juillet 2017, l'assurée a indiqué à la SUVA qu'elle avait subi des lésions à l'épaule gauche en relation avec les exercices qu'elle avait été incitée à faire dans le cadre du stage d'observation.

Elle lui a transmis un rapport du 28 juin 2017 du docteur U\_\_\_\_\_, chef de clinique aux HUG, lequel a fait état, suite à sa consultation du 22 juin 2017, de nouvelles douleurs apparues au niveau de l'épaule gauche. Une arthro-IRM avait révélé une tendinopathie fissuraire de l'enthèse de la coiffe postéro-supérieure non transfixiante, sans retentissement musculaire ni signe d'omarthrose.

76. Par décision sur opposition du 7 juillet 2017, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assurée. Elle a rappelé qu'à l'exception des radiographies initiales du 29 août 2011, les investigations s'étaient concentrées sur la problématique de la hernie discale, et non sur l'épaule droite. Les rapports établis par les Drs B\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_ corroboraient le fait que les troubles présentés par l'assurée se localisaient essentiellement au niveau du rachis lombaire. L'assurée elle-même, lors de son examen le 13 juin 2012 par la Dresse G\_\_\_\_\_, n'avait pas formulé de

---

plaintes au niveau de l'épaule droite. Ce n'était qu'en février 2014, suite à un tableau de douleurs chroniques, que le Dr E\_\_\_\_\_ avait sollicité une échographie de l'épaule droite, laquelle avait fait suspecter une lésion de la coiffe des rotateurs, puis une arthro-IRM. Cet examen n'avait mis en évidence qu'une déchirure partielle, pas encore transfixiante, du tendon. Il n'y avait alors pas encore d'indication opératoire. Ce n'était qu'en raison de la persistance des douleurs et de l'échec du traitement conservateur que l'intervention avait été réalisée, une fois qu'une rupture quasi-complète avait été mise en évidence sur l'arthro-IRM. Il y avait donc eu une aggravation naturelle du status au niveau de l'épaule, sous l'effet des années. Dans ces conditions, le médecin-conseil avait retenu qu'il n'y avait pas d'incapacité de travail justifiée entre le 30 juin 2012 et la date de l'opération de l'épaule le 6 février 2015. La SUVA a rappelé que l'assurée n'avait pas contesté le bien-fondé de la décision du 27 juin 2012, consacrant non seulement le principe selon lequel les troubles du rachis ne pouvaient plus être mis sur le compte de l'accident assuré, mais également l'absence d'incapacité de travail pour les troubles à l'épaule droite. S'agissant de l'appréciation du Dr B\_\_\_\_\_, lequel avait fait part des difficultés de sa patiente dans l'exercice des activités de la vie quotidienne, il convenait de rappeler que ce médecin avait mentionné, outre l'atteinte à l'épaule droite, des douleurs lombaires, des problèmes à la cheville droite, une dépression masquée et des signes d'épuisement psychologique. D'ailleurs, le Dr E\_\_\_\_\_ avait également admis, le 15 décembre 2014, que les douleurs à l'épaule droite avaient été moins importantes que les lombalgies. En tenant compte de l'appréciation convaincante du Dr R\_\_\_\_\_, l'assurée pouvait être mise au bénéfice des indemnités journalières à partir de la date de l'intervention pratiquée au niveau de l'épaule droite, soit le 6 février 2015.

77. Par acte du 11 septembre 2017, l'assurée, par l'intermédiaire de son conseil, a interjeté recours contre la décision sur opposition du 7 juillet 2017. Elle a conclu, sous suite de dépens, à l'annulation de la décision litigieuse, à ce qu'il soit dit que des indemnités pleines et entières lui étaient dues à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2012. La recourante a sollicité qu'il soit procédé à la révision complète de son dossier, à la lumière d'une preuve nouvelle apportée par l'arthro-IRM du 20 février 2014. Elle a notamment relevé que seules des radiographies du dos et de l'épaule avaient été réalisées le jour du sinistre, examens qui n'étaient pas susceptibles de mettre en évidence la gravité des lésions subies. Elle n'avait pas contesté la décision de l'intimée du 27 juin 2012 car elle ne disposait alors d'aucun conseil et ignorait la gravité de son atteinte à l'épaule droite. Depuis la date du sinistre, la douleur à l'épaule droite, d'intensité variable, l'avait privée de sa capacité de travail en qualité de femme de ménage. En raison de l'échec des traitements engagés et de la persistance des douleurs invalidantes, en dépit d'un premier diagnostic rassurant, une IRM avait été ordonnée le 14 février 2014, laquelle avait mis en exergue une déchirure partielle distale du sus-épineux, presque transfixiante, puis une arthro-IRM le 20 février 2014, laquelle avait révélé une tendinite de la coiffe des rotateurs avec une rupture partielle transfixiante du tendon du muscle supra-épineux. À elle



seule, l'atteinte au niveau de l'épaule droite avait justifié, depuis la date de l'accident, une incapacité de travail, tantôt à 100%, tantôt à 50%. La recourante a précisé n'avoir subi aucun accident entre la décision du 27 juin 2012 et l'IRM du 20 février 2014 qui justifierait une rupture du tendon. Elle n'avait fait quasi aucun usage de son bras droit pendant cette période. En outre, il ressortait du dossier et de la procédure en matière d'assurance-invalidité que, jusqu'aux examens pratiqués en février 2014, elle avait vécu dans l'illusion, entretenue par le corps médical, que ses douleurs allaient passer et que son épaule droite ne présentait pas de lésions graves. Les examens postérieurs à la décision initiale avaient permis de démontrer le caractère prématuré de la suspension des indemnités journalières et imposaient la révision d'une décision rendue sur la base d'une instruction lacunaire et d'une appréciation médicale erronée. L'avis de de l'intimée, qui soutenait que les tendons s'étaient rompus par le simple écoulement du temps et que la gravité des lésions était contemporaine du moment où une IRM avait été effectuée, ne pouvait être suivi. Elle sollicitait l'audition des Drs B\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_.

78. Dans sa réponse du 3 novembre 2017, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle a rappelé que la recourante n'avait pas contesté la décision du 27 juin 2012 et ne remettait pas en cause l'origine dégénérative des troubles du rachis et l'absence de lésion traumatique objective. Les seuls troubles dont elle se prévalait étaient localisés au niveau de l'épaule droite. La recourante n'avait pas formulé de demande de révision au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA. En outre, l'arthro-IRM de l'épaule droite dont se prévalait l'intéressée à titre de preuve nouvelle avait été réalisée le 20 février 2014, mais remise à l'intimée le 16 septembre 2015 seulement. La recourante ne s'y référait d'ailleurs pas dans sa lettre du 29 septembre 2014. Les troubles constatés à l'imagerie avaient tout au plus été évoqués dans le courrier du 26 janvier 2015 du Dr B\_\_\_\_\_. Dans la mesure où cette IRM n'avait été invoquée qu'en janvier 2015, soit plus de 90 jours à compter du moment où la recourante s'était soumise à l'examen, respectivement avait eu connaissance de son résultat, ce motif de révision était irrecevable.
79. En date du 7 février 2018, la recourante a persisté dans les termes de son recours. Elle a soutenu que son dossier se caractérisait par une confusion résultant des deux chutes dont elle avait été victime et de l'empressement de l'intimée à supprimer les prestations servies. Les carences de l'instruction menée par l'intimée sur le plan médical avaient conduit à une décision erronée de suspension des prestations le 27 juin 2012. Sans avocat et maîtrisant mal le français, elle n'avait pas compris la décision du 27 juin 2012 et l'avait laissée entrer en force. Elle n'avait été représentée qu'un an après la suspension des prestations. Grâce à l'intervention de ses conseils, à la coopération de ses médecins et après avoir eu accès aux dossiers de l'intimée et de l'OAI, il avait enfin été possible, au début de l'année 2015, de démêler un écheveau complexe et d'avoir une vision claire des événements qui l'avaient conduit à être sévèrement handicapée. Ce n'était qu'à réception du rapport du Dr B\_\_\_\_\_ du 26 janvier 2015, transmis à l'intimée le 29 janvier 2015, qu'une

compréhension complète de son dossier avait été rendue possible. L'intimée s'efforçait de tirer avantage du caractère amiable de leurs échanges pour laisser entendre qu'une demande de révision n'aurait pas été formulée de manière suffisamment claire. Or, en raison précisément de l'instruction lacunaire à laquelle s'était livrée l'intimée, il avait été longtemps excessivement compliqué d'appréhender la chronologie des faits, les causes multiples de l'incapacité de travail de la recourante et la chronologie des découvertes relatives à l'état de son épaule. Dans son courrier du 29 septembre 2014, la recourante avait clairement souligné que les difficultés liées à son épaule devaient conduire à la réouverture d'une instruction de son dossier, ce qui impliquait nécessairement la révision de la décision de suppression de ses indemnités journalières. C'était d'ailleurs dans un esprit consensuel que le gestionnaire du dossier avait répondu le 28 octobre 2014 « Au regard des éléments supplémentaire maintenant en notre possession, nous allons examiner votre demande et vous communiquerons notre position prochainement ». Incapable de comprendre les motifs amenant l'intimée à tergiverser et à rendre une décision nouvelle tenant compte des nouvelles pièces versées à la procédure, la recourante avait réécrit à l'intimée le 8 décembre 2014, l'invitant à reprendre le versement des indemnités journalières, manifestant ainsi que la décision prononçant dite suspension devait être révisée. Elle avait à nouveau sollicité la reprise du versement des indemnités journalières le 29 janvier 2015, ce qui imposait nécessairement l'annulation de la décision de suspension et sa révision à la lumière des éléments nouveaux désormais disponibles. L'intimée tentait de se soustraire à son obligation de prêter, plutôt que de s'interroger sur la question de savoir si elle l'avait injustement traitée depuis 2011. Son « pointillisme juridique » pour se soustraire à son obligation de prêter relevait de la mauvaise foi dans ses relations avec les assurés et leur conseil. L'intimée avait toujours laissé entendre que sur la base des documents nouveaux, elle serait amenée à revoir le dossier dans son ensemble en vue d'une nouvelle détermination. La recourante a rappelé que la Dresse M\_\_\_\_\_, dans sa prescription de physiothérapie du 28 juin 2013, réceptionnée par l'intimée le 27 juin 2013, faisait état d'une tendinopathie de la coiffe à droite avec une rupture partielle du sus-épineux. Ce n'était qu'à réception des rapports des Drs B\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_, respectivement des 26 janvier 2015 et 15 décembre 2014, transmis à l'intimée le 29 janvier 2015, que son conseil avait été en mesure de comprendre l'évolution et le traitement du dossier. Ainsi, les conditions d'une révision étaient manifestement réalisées.

80. Par écriture du 6 mars 2018, l'intimée a intégralement persisté dans ses conclusions. Elle a soutenu que son instruction n'était pas critiquable et qu'il n'y avait pas lieu d'évoquer une quelconque violation du devoir d'instruction.

### **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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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. a. Le délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA et art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA-GE - E 5 10]). Il court dès le lendemain de la notification de la décision (art. 38 al. 1 LPGA ; art. 62 al. 3 LPA-GE).

Les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA et art. 89C let. b LPA-GE). Lorsque le délai échoit un samedi, un dimanche ou un jour férié selon le droit fédéral ou cantonal, son terme est reporté au premier jour ouvrable qui suit (art. 38 al. 3 LPGA).

b. En l'espèce, la décision sur opposition du 7 juillet 2017 a été reçue par la recourante le 10 juillet 2017, de sorte que le délai de recours est arrivé à échéance le 11 septembre 2017.

Déposé dans les forme et délai prescrits par la loi, le présent recours est recevable.

5. Le litige porte sur la question de savoir si l'intimée était fondée à fixer le droit à l'indemnité journalière avec effet rétroactif au 6 février 2015.
6. Selon l'art. 53 al. 1 LPGA, les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant. Sont « nouveaux » au sens de cette disposition, les faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables, mais qui n'étaient pas connus du requérant malgré toute sa diligence. Les preuves, quant à

elles, doivent servir à prouver soit les faits nouveaux importants, qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment du requérant. Ce qui est décisif, c'est que le moyen de preuve ne serve pas à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers. Ainsi, il ne suffit pas qu'un nouveau rapport médical donne une appréciation différente des faits ; il faut bien plutôt des éléments de fait nouveaux, dont il résulte que les bases de la décision entreprise comportaient des défauts objectifs. Pour justifier la révision d'une décision, il ne suffit pas que le médecin ou l'expert tire ultérieurement, des faits connus au moment du jugement principal, d'autres conclusions que l'administration ou le tribunal. Il n'y a pas non plus motif à révision du seul fait que l'administration ou le tribunal paraît avoir mal interprété des faits connus déjà lors de la procédure principale. L'appréciation inexacte doit être, bien plutôt, la conséquence de l'ignorance ou de l'absence de preuve de faits essentiels pour la décision (ATF 127 V 353 consid. 5b et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_365/2015 du 6 janvier 2016 consid. 3.1).

L'administration est tenue de procéder à la révision d'une décision entrée en force formelle lorsque sont découverts des faits nouveaux ou de nouveaux moyens de preuve, susceptibles de conduire à une appréciation juridique différente. La révision procédurale est soumise aux délais prévus par l'art. 67 de la loi fédérale sur la procédure administrative du 20 décembre 1968 (PA - RS 172.021), applicable par renvoi de l'art. 55 al. 1 LPGA, à savoir un délai relatif de nonante jours dès la découverte du motif de révision et un délai absolu de dix ans qui commence à courir avec la notification de la décision (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 528/06 du 3 août 2007 consid. 4.2 et les références).

7. Si la situation se modifie après la clôture du cas, une révision au sens de l'art. 17 LPGA n'est pas possible, dès lors que cette disposition ne peut porter que sur des rentes en cours. La modification de la situation, en lien de causalité avec l'accident, peut être invoquée en faisant valoir une rechute ou des séquelles tardives de l'événement accidentel ayant force de chose jugée. Cette manière de procéder correspond à la demande nouvelle en matière d'assurance-invalidité (RAMA 1994 n° U 189 p. 139).
8. Les prestations d'assurance sont également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, du 20 décembre 1982 ; OLAA - RS 832.202). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même atteinte qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a ; ATF 118 V 293 consid. 2c et les références).

---

Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 296 consid. 2c et les références ; RAMA 2006 n° U 570 p. 74 consid. 1.5.2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 80/05 du 18 novembre 2005 consid. 1.1).

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 LPG), 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. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

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). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

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. Le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise 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 (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).
12. En l'espèce, la recourante sollicite la révision complète de son dossier, à la lumière d'une « preuve nouvelle » apportée par l'arthro-IRM du 20 février 2014. Elle soutient que l'atteinte au niveau de l'épaule droite, révélée au mois de février 2014, justifiait à elle seule une incapacité de travail variant entre 50% et 100% depuis le sinistre du 27 août 2011. Selon elle, les examens postérieurs à la décision du 27 juin 2012 ont permis de démontrer le caractère prématuré de la suspension des indemnités journalières et imposent la révision de la décision rendue sur la base d'une instruction lacunaire et d'une appréciation médicalement erronée.
13. a. La chambre de céans rappelle en préambule que la recourante ne conteste pas le bien-fondé de la décision du 27 juin 2012 concernant les atteintes dorsales. Seule est remise en cause la position de l'intimée s'agissant des troubles à l'épaule droite.  
b. Il ressort clairement des pièces du dossier qu'une échographie articulaire a été réalisée en octobre 2012, laquelle a révélé une rupture transfixiante partielle du tendon du sus-épineux à droite. Cette atteinte a justifié la prescription d'un traitement, dont des infiltrations en octobre 2012 et en septembre 2013, ainsi que des séances de physiothérapie (cf. rapports de la Dresse K\_\_\_\_\_ du 14 mars 2013, du Dr L\_\_\_\_\_ du 27 mai 2013, de la Dresse M\_\_\_\_\_ des 28 mai et 10 septembre 2013, du Dr B\_\_\_\_\_ des 30 mai 2013 et 26 janvier 2015). Une prise en charge chirurgicale de la déchirure tendineuse a d'ailleurs été évoquée au mois de mars 2013 (cf. rapport de la Dresse K\_\_\_\_\_ du 14 mars 2013).

Dans ces conditions, l'argumentation de la recourante selon laquelle la gravité de ses troubles au niveau de l'épaule droite aurait été découverte au mois de février 2014 seulement ne saurait être suivie. L'arthro-IRM du 20 février 2014 a en effet conclu à une déchirure encore partielle de l'insertion distale du tendon du muscle sus-épineux, presque transfixiante et accompagnée d'un conflit sous-acromial, ce qui correspond en tout point au diagnostic posé en octobre 2012 et rappelé par la Dresse K\_\_\_\_\_ le 14 mars 2013, à l'exception du conflit sous-acromial.

La question de savoir si la recourante a formellement sollicité la révision de la décision du 27 juin 2012, cas échéant à quelle date, peut rester ouverte dès lors qu'elle n'a incontestablement pas agi dans le délai relatif de nonante jours dès la découverte du motif de révision, puisque le diagnostic de rupture partielle du tendon du sus-épineux a été posé au mois d'octobre 2012 et qu'elle n'a annoncé à l'intimée des douleurs au niveau de l'épaule droite que le 27 juin 2013 pour la première fois.

Partant, les conditions d'une révision procédurale ne sont manifestement pas réalisées.

14. À toutes fins utiles, la chambre de céans relèvera que les reproches de la recourante quant à l'instruction de son dossier par l'intimée au moment de rendre la décision initiale ne sont pas fondés.

Il est rappelé en effet que l'accident du 27 août 2011 a entraîné des contusions au niveau du dos et de l'épaule droite et que les radiographies de cette dernière articulation, réalisées le 29 août 2011, ont révélé un aspect scléro-géodique du trochiter, dans le sens d'une enthésopathie chronique. La recourante a indiqué le 6 octobre 2011 à une collaboratrice de l'intimée que seul son dos la faisait encore souffrir, ce qu'elle a confirmé lors de l'entretien du 13 octobre 2011. Elle a alors déclaré qu'elle présentait des douleurs au milieu du dos, un point à la fesse droite et une douleur jusque dans la jambe droite, ajoutant qu'elle avait parfois également mal du côté gauche, mais de façon moins intense. Elle n'a pas émis la moindre plainte concernant son épaule droite. Dans son rapport du 13 octobre 2011, le Dr B\_\_\_\_\_ a notamment diagnostiqué une entorse de l'épaule droite suite à l'événement assuré, sans autre précision, notamment quant à une éventuelle douleur persistante ou à une restriction de mobilité. Le 5 avril 2012, ce médecin a uniquement retenu le diagnostic de lombalgies post-traumatiques, sans mentionner d'atteinte au niveau de l'épaule droite. Le 13 juin 2012, la recourante a été examinée par la Dresse G\_\_\_\_\_, laquelle a détaillé ses plaintes de façon complète et précise. L'assurée a alors indiqué au médecin d'arrondissement de l'intimée qu'elle présentait des douleurs lombaires basses irradiant plutôt dans la fesse gauche et dans le membre inférieur gauche, avec des paresthésies. Ces douleurs étaient constantes, d'intensité variable, augmentées à la moindre flexion ou rotation du tronc. Aucune douleur n'a alors été relatée concernant le membre supérieur droit.



Ce n'est que dans son rapport du 30 mai 2013 que le Dr B\_\_\_\_\_ a signalé pour la première fois la persistance de douleurs au niveau de l'épaule droite depuis le sinistre du 27 août 2011. Il a indiqué qu'il avait constaté, lors de ses consultations des 29 août et 5 septembre 2011, une douleur lors de la rotation externe de l'épaule droite, avec une impossibilité de placer la main derrière la tête. Le 26 septembre 2011, la recourante lui avait fait part de la persistance d'une sensibilité au niveau de la face antérieure de l'épaule droite. Par la suite, la symptomatologie douloureuse avait persisté, et lors de sa consultation du 12 juillet 2012, l'abduction et la rétropulsion étaient douloureuses au niveau de l'épaule avec une sensibilité palpatoire du long chef du biceps. Le 1<sup>er</sup> octobre 2012, il avait constaté des douleurs au niveau des insertions musculaires de l'épaule droite, ainsi que la présence d'épicondylites interne et externe. Au mois d'octobre 2012, des infiltrations ont été réalisées au niveau de l'épaule droite. Le médecin traitant a expliqué que les plaintes dorsales avaient été plus souvent rapportées car les douleurs au niveau d'une épaule entraînaient une limitation fonctionnelle uniquement localisée, alors qu'une symptomatologie douloureuse telle que celle présentée au niveau lombaire avec une irradiation des membres inférieurs nuisait à un niveau plus global.

Compte tenu des informations à disposition de l'intimée au moment de rendre la décision du 27 juin 2012, en particulier du fait que le médecin traitant n'avait pas signalé de douleurs résiduelles, de gêne ou de sensibilité quelconque au niveau de l'épaule dans ses rapports des 13 octobre 2011 et 5 avril 2012, que la recourante avait affirmé à deux reprises au mois d'octobre 2011 qu'elle ne présentait des douleurs qu'au niveau du dos, que tous les examens (soit une IRM lombaire en octobre 2011 et une infiltration périurale en L4-L5 en décembre 2011) et traitements (soit des séances de physiothérapie et la prise de médicaments), postérieurs au mois d'octobre 2011 concernaient exclusivement les troubles dorsaux, l'intimée pouvait conclure que la symptomatologie douloureuse initialement ressentie au niveau de cette articulation s'était rapidement amendée, jusqu'à complètement disparaître dès le mois d'octobre 2011.

La décision de l'intimée du 27 juin 2012 ne saurait donc être considérée comme prématurée.

15. Cela étant, la recourante a clairement demandé à l'intimée de considérer son courrier du 27 juin 2013 comme une déclaration de rechute du premier accident.
16. Conformément à l'avis du Dr R\_\_\_\_\_ du 25 septembre 2015, l'intimée a admis l'existence d'une rechute. Dans sa décision sur opposition du 7 juillet 2017, elle a en substance repris les conclusions de son médecin d'arrondissement du 17 février 2017 et retenu, s'agissant de l'évaluation de la capacité de travail de la recourante entre le 30 juin 2012 et le 6 février 2015, qu'il avait fallu attendre le 20 février 2014 et un tableau de douleurs chroniques pour que le

---

Dr E\_\_\_\_\_ demande une arthro-IRM de l'épaule droite « en complément d'une échographie ayant fait suspecter une lésion de la coiffe des rotateurs ». Cet examen de 2014 n'avait mis en évidence qu'une déchirure partielle, pas encore transfixiante du tendon, de sorte qu'il n'y avait pas encore d'indication opératoire.

17. La chambre de céans observe que l'avis du Dr R\_\_\_\_\_ du 17 février 2017 n'a pas été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, puisque seules quatre pièces lui ont été communiquées, à savoir le rapport du 13 juin 2012 de la Dresse G\_\_\_\_\_, le rapport d'arthro-IRM du 21 février 2014, le rapport du Dr B\_\_\_\_\_ du 26 janvier 2015 et le résumé opératoire de l'intervention chirurgicale de l'épaule droite.

Faute de disposer d'un dossier complet, le médecin d'arrondissement a considéré à tort que l'échographie réalisée au niveau de l'épaule droite avait fait « suspecter » une lésion de la coiffe des rotateurs. Or, il est rappelé que la Dresse K\_\_\_\_\_ a indiqué, dans son rapport du 14 mars 2013, qu'une rupture transfixiante et partielle du tendon du sus-épineux à droite avait été « diagnostiquée » en octobre 2012 et que l'échographie avait montré une rupture profonde dudit tendon. Elle a en outre évoqué une indication opératoire en fonction de l'évolution. Dans son rapport du 27 mai 2013, le Dr L\_\_\_\_\_ a également posé le diagnostic de rupture transfixiante partielle du tendon du sus-épineux à droite et s'est lui aussi référé à ladite échographie. De même, la Dresse M\_\_\_\_\_ a rappelé ces diagnostics dans ses rapports des 28 mai et 10 septembre 2013.

De plus, le Dr R\_\_\_\_\_ n'a pas développé la moindre argumentation à l'appui de ses conclusions quant à la capacité de travail, totale selon lui jusqu'à la date de l'intervention du 6 février 2015.

Son appréciation, basée sur un dossier incomplet et dénuée de toute motivation, est dépourvue de toute valeur probante.

18. Quant aux autres pièces du dossier, elles ne permettent pas non plus de se déterminer sur la capacité de travail de la recourante pour la période antérieure au 6 février 2015.

Aucun des médecins consultés par la recourante ou interpellés par l'intimée n'a été invité à se prononcer sur la capacité de travail de la recourante eu égard aux seules atteintes présentées au niveau du membre supérieur droit.

On relèvera encore que le dossier soumis à l'appréciation de la chambre de céans ne comporte aucun rapport relatif aux examens réalisés et traitements suivis en octobre 2012 en lien avec les atteintes présentées au membre supérieur droit.

19. À défaut d'instruction suffisante de la part de l'intimée permettant une appréciation adéquate de l'évolution de la capacité de travail de la recourante depuis la rechute, il se justifie d'annuler la décision litigieuse et de renvoyer la cause à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision sujette à opposition.

20. Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis et la décision sur opposition du 7 juillet 2017 annulée.

La cause est renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants.

21. Une indemnité de CHF 1'000.- est accordée à la recourante, représentée par un mandataire, qui obtient partiellement gain de cause.

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA ; art 89H LPA).

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement.

3. Annule la décision du 7 juillet 2017

4. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision sujette à opposition.

5. Condamne l'intimée à verser à la recourante une indemnité de procédure de CHF 1'000.- au titre de dépens.

6. Dit que la procédure est gratuite.

7. 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

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

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