

200.2019.853.LAA

N° Sinistre:

NIG/REN

Tribunal administratif du canton de Berne
Cour des affaires de langue française

Jugement du 4 mars 2021

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente
M. Moeckli et C. Tissot, juges
G. Niederer, greffier

A. _____
représentée par Me B. _____
recourante

contre

C. _____ **SA**
représentée par Me D. _____
intimée

relatif à une décision sur opposition de cette dernière du 8 octobre 2019



En fait:

A.

A. _____, née en 1959, divorcée, travaille en tant qu'organiste au sein d'une paroisse depuis le 1^{er} août 2007. Par déclaration d'accident-bagatelle du 17 juillet 2018, l'assurée, par son employeur, a annoncé à C. _____, qu'elle avait glissé et était tombée dans les escaliers le 13 juillet 2018, à son domicile, aucune incapacité de travail n'ayant toutefois été attestée.

B.

Après avoir pris en charge les suites immédiates de l'accident (frais de traitements d'ergothérapie, de physiothérapie et d'ostéopathie) et par envoi du 19 juillet 2018, l'assureur-accidents a demandé des précisions à l'assurée au sujet de son activité professionnelle, de même qu'à propos de l'ampleur à laquelle l'intéressée l'avait poursuivie à la suite de l'incident. Il a en outre sollicité un rapport médical du médecin traitant, puis soumis le cas à son médecin-conseil. Dans un écrit du 3 juin 2019, l'assureur-accidents a ensuite fait part à l'assurée de son intention de mettre fin aux prestations avec effet au 30 novembre 2018 (faute de lien de causalité entre l'événement accidentel et les douleurs encore rapportées alors). En raison de la contestation de ce courrier par l'assurée et suite à la réception d'un rapport d'un spécialiste en chirurgie orthopédique consulté par l'assurée, l'assureur-accidents a encore demandé l'avis de son médecin-conseil. Après avoir reçu ce document et par décision du 12 juillet 2019, l'assureur-accidents a nié tout droit à des prestations dès le 30 novembre 2018.

C.

L'opposition formée le 22 juillet 2019 par l'assurée a été rejetée par décision sur opposition de l'assureur-accidents du 8 octobre 2019.

D.

Par mémoire du 7 novembre 2019, l'assurée, désormais représentée par un avocat, a recouru contre la décision sur opposition du 8 octobre 2019 devant le Tribunal administratif du canton de Berne (TA), en concluant en substance à l'annulation de cet acte, de même qu'au renvoi du dossier à l'intimée pour investigations complémentaires au sens des considérants, puis nouvelle décision, le tout sous suite de frais et dépens. Dans sa réponse du 10 décembre 2019, l'intimée, agissant par un mandataire professionnel, a conclu au rejet du recours. La recourante a répliqué le 18 décembre 2019 et confirmé ses conclusions. L'intimée en a fait de même aux termes d'une duplique du 9 janvier 2020. Sollicité dans ce sens, l'avocat de la recourante a encore produit sa note d'honoraires le 13 janvier 2020 et celui de l'intimée, spontanément, le 20 janvier 2020.

En droit:

1.

1.1 La décision sur opposition du 8 octobre 2019 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et confirme la décision du 12 juillet 2019 qui nie un droit à des prestations au-delà du 30 novembre 2018. D'après les conclusions du recours, l'objet du litige porte sur l'annulation de cette décision sur opposition et sur le renvoi de la cause à l'intimée pour investigations complémentaires, notamment la mise en œuvre d'une expertise. Est particulièrement litigieuse la question du lien de causalité entre les troubles dont se plaint la recourante au-delà du 30 novembre 2018 et l'accident du 13 juillet 2018.

1.2 Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente, par une partie disposant de la qualité pour recourir et représentée par un mandataire dûment constitué, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie

générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1]; art. 15 et 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

1.3 La valeur litigieuse n'étant pas déterminable, le jugement de la cause incombe à la Cour des affaires de langue française du TA dans sa composition ordinaire de trois juges (art. 54 al. 1 let. c, 56 al. 1 et 57 a contrario de la loi cantonale du 11 juin 2009 sur l'organisation des autorités judiciaires et du Ministère public [LOJM, RSB 161.1]).

1.4 Le TA examine librement la décision contestée et n'est pas lié par les conclusions des parties (art. 61 let. c et d LPGA; art. 80 let. c ch. 1 et 84 al. 3 LPJA).

2.

2.1 En principe, les prestations de l'assurance-accidents obligatoire sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle (art. 6 al. 1 LAA). Est réputé accident 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). L'assurance-accidents obligatoire n'alloue des prestations que s'il existe un lien de causalité à la fois naturelle et adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé (ATF 129 V 177 c. 3.1 et 3.2; SVR 2018 UV n° 3 c. 3.1, 2012 UV n° 2 c. 3.1). En présence de séquelles organiques d'un accident objectivement établies, la causalité adéquate se recouvre en grande partie avec la causalité naturelle et n'a pratiquement pas de signification propre (ATF 140 V 356 c. 3.2; SVR 2018 UV n° 3 c. 3.1).

2.2 Tout événement est une cause au sens de la causalité naturelle, lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière ou au même moment. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres

facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de la personne assurée, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci (ATF 142 V 435 c. 1, 129 V 177 c. 3.1; TF 8C_781/2017 du 21 septembre 2018 c. 5.1). 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 tribunal en cas de recours – examine en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation de l'état de fait et des preuves en droit des assurances sociales. La simple possibilité d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage ne suffit pas à justifier le droit à des prestations (ATF 142 V 435 c. 1, 129 V 177 c. 3.1; SVR 2010 UV n° 30 c. 5.1).

2.3 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 ou le décès n'est que partiellement imputable à l'accident. Si un accident aggrave ou même révèle une prédisposition malade, l'assureur-accidents peut refuser ses prestations uniquement si l'accident ne représente pas la cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé, à savoir lorsque cette dernière ne procède plus que, et exclusivement, de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas si l'assuré recouvre un état (maladif) de santé soit tel qu'il existait juste avant l'accident (*statu quo ante*), soit tel qu'il serait advenu tôt ou tard, fatalement, en fonction de l'évolution de la prédisposition malade (*statu quo sine*; SVR 2016 UV n° 18 c. 2.1.1; TF 8C_781/2017 du 21 septembre 2018 c. 5.1). De même qu'en ce qui concerne l'existence du lien de causalité naturelle à la base de l'obligation de prestations, la cessation de l'influence causale des origines accidentelles d'une atteinte à la santé doit être établie avec une vraisemblance prépondérante, degré de preuve usuel en droit des assurances sociales. La simple possibilité d'une disparition totale des effets d'un accident ne suffit pas. Comme il s'agit là d'un fait susceptible de supprimer le droit aux prestations, le fardeau de la preuve en incombe – contrairement à la question de l'existence d'un lien de causalité naturelle fondant l'obligation de prêter – non pas à la personne assurée, mais à l'assureur-accidents (SVR 2011 UV n° 4 c. 3.2).

2.4

2.4.1 Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA, l'assurance alloue aussi ses prestations pour les lésions corporelles suivantes, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie: les fractures (let. a), les déboîtements d'articulations (let. b), les déchirures du ménisque (let. c), les déchirures de muscles (let. d), les élongations de muscles (let. e), les déchirures de tendons (let. f), les lésions de ligaments (let. g) et les lésions du tympan (let. h).

2.4.2 Après l'annonce d'une lésion listée à l'art. 6 al. 2 LAA, l'assureur-accidents doit instruire les circonstances précises de sa survenance. Si la lésion figurant dans la liste est due à un accident au sens de l'art. 4 LPGA, l'assureur-accidents est tenu de verser des prestations jusqu'à ce que l'accident ne représente plus la cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé, mais que celle-ci est désormais exclusivement imputable à des causes étrangères à l'accident. Si, à l'inverse, les critères définissant la notion d'accident au sens de l'art. 4 LPGA ne sont pas remplis, l'assureur-accidents est en principe tenu de verser des prestations pour une lésion listée à l'art. 6 al. 2 LAA dans sa version en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2017, à moins qu'il ne puisse apporter la preuve que la lésion est due de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie (ATF 146 V 51 c. 9.1).

2.4.3 En l'absence d'un lien de causalité naturel entre un événement accidentel au sens de l'art. 4 LPGA et une lésion corporelle d'après l'art. 6 al. 2 LAA, un examen de l'obligation de verser des prestations selon l'art. 6 al. 2 LAA s'avère superflu, en tous les cas aussi longtemps qu'un autre événement initial ne peut être considéré comme étant la cause de la lésion subie (ATF 146 V 51 c. 9.2).

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

l'examen de la causalité adéquate entre l'accident assuré et l'atteinte à la santé. Là également, l'assureur-accidents, après avoir pris en charge le traitement médical et versé des indemnités journalières, peut nier la causalité adéquate entre l'accident assuré et l'atteinte à la santé et, sur cette base, mettre fin aux prestations avec effet *ex nunc*. Ce n'est qu'en cas de demande de restitution de prestations que les conditions d'une révocation doivent être observées (voir ATF 130 V 380 c. 2.3.1).

3.

3.1 Dans la décision sur opposition attaquée et ses écrits subséquents, l'intimée a relevé que la recourante n'avait subi que de simples contusions et aucune incapacité de travail suite à l'accident. Elle a en outre mis en exergue que les IRM réalisées le 22 et le 23 octobre 2018, n'avaient pas révélé de fracture ou de lésion accidentelle mais des lésions dégénératives à la main gauche, une arthrose à l'épaule gauche, ainsi qu'une faible tendinite à cette articulation. De plus, elle a relevé que le médecin traitant et le spécialiste consulté n'avaient pas mis en exergue de lésion traumatique (une telle absence étant également corroborée par le fait qu'une fangothérapie a été proposée en guise de traitement) et qu'ils s'étaient simplement focalisés sur le principe de l'absence antérieure de douleurs. L'intimée a aussi insisté sur le fait que par son âge et par son métier, la recourante était davantage exposée à des lésions dégénératives. En outre, l'intimée a écrit qu'aucun de ces médecins ne s'était prononcé au sujet du *statu quo sine*, alors que le médecin-conseil l'avait fait de manière claire et précise, sur la base des rapports d'IRM, en concluant que le *statu quo sine* était intervenu au maximum quatre mois après l'incident, soit au plus tard le 30 novembre 2018. Elle a aussi expliqué que le médecin traitant avait insisté sur le fait que sa patiente avait subi une distorsion et non une contusion, sans pour autant se prononcer quant aux implications médicales à ce sujet. En outre, l'intimée a déclaré que le point de vue de ce médecin, selon lequel l'accident n'avait pas engendré une contusion mais une distorsion, ne pouvait de toute manière être suivi, dès lors qu'il avait été tenu compte de ces deux hypothèses dans les rapports d'IRM. L'intimée a par ailleurs contesté que son médecin-conseil se soit prononcé

de manière sommaire et sans avoir eu accès à tous les documents. Partant, l'intimée a déclaré qu'il n'existait pas de doutes suffisants quant à la fiabilité et à la pertinence de l'appréciation du médecin-conseil, si bien qu'une expertise n'était pas justifiée. Enfin, l'intimée a déclaré que même s'il fallait admettre la présence d'une lésion corporelle assimilée, un droit aux prestations devrait également être exclu dès lors qu'il a été établi que la cause des douleurs était à hauteur de 50% due à l'usure ou à la maladie.

3.2 Dans son recours et sa réplique, la recourante a tout d'abord souligné qu'elle n'avait jamais souffert à l'épaule avant l'accident du 13 juillet 2018. Elle a aussi relevé que les différents examens médicaux qu'elle avait subis (en particulier des IRM), avaient conduit à des résultats difficilement interprétables. Elle a en outre souligné que l'intimée s'était fondée uniquement sur le point de vue de son médecin-conseil, alors que celui-ci était contredit par les avis médicaux de son médecin traitant, de même que d'un spécialiste de l'épaule. La recourante a aussi relevé que le dossier produit par l'intimée ne permettait pas de savoir quels documents ont été soumis au médecin-conseil, lorsque l'avis de ce dernier a été sollicité. En particulier, elle a souligné que le dossier produit par l'intimée devant le TA ne contenait pas les rapports d'IRM. Partant, elle a conclu que le médecin-conseil n'avait pas pu en avoir connaissance, puisque ces documents étaient en possession de la recourante et que l'intimée ne les avait jamais demandés. La recourante a dès lors contesté que le médecin-conseil ait pu examiner lui-même ces rapports d'IRM et se déterminer à leur sujet, alors qu'il s'agit selon elle de documents fondamentaux, sur lesquels ses médecins se sont quant à eux fondés. La recourante a aussi rétorqué que le médecin-conseil n'avait effectué qu'un survol sommaire de la situation, ne se prononçant sur le lien de causalité qu'en une ligne, dans un formulaire pré-imprimé (celui du 22 janvier 2019) et sans aucune motivation, ni référence à la doctrine médicale. Aussi, la recourante a relevé que le médecin-conseil avait reçu le dossier médical le 2 juillet 2019 à 13h23, alors qu'il avait rédigé son second rapport à la même date, de sorte que son examen n'avait pu être que superficiel. La recourante a déclaré qu'au contraire ses médecins s'étaient basés sur une connaissance complète du dossier, y compris des IRM effectuées, de même que sur un examen personnel. La recourante a dès lors reproché à l'intimée de n'avoir

pas mis en œuvre une expertise indépendante, alors même que le dossier présentait des avis médicaux contradictoires.

4.

Le dossier permet de constater les faits suivants.

4.1 Dans la déclaration d'accident-bagatelle du 17 juillet 2018, la recourante a indiqué qu'elle voulait se rendre de son logement à sa cave et qu'elle avait glissé, puis était tombée dans les escaliers, le 13 juillet 2018 à 10h15. Elle a précisé avoir travaillé pour la dernière fois le dimanche 8 juillet 2018, de même que, sporadiquement, du 9 au 12 juillet 2018. La recourante a encore indiqué qu'elle avait été blessée au front, à l'épaule, au coude, à la main, au postérieur ainsi qu'au genou, mentionnant d'importantes contusions, de même que des hématomes.

4.2 A la demande de l'intimée, le médecin traitant de la recourante, un médecin interniste consulté par cette dernière le jour de l'accident, a établi un rapport le 20 juillet 2018. Dans ce document, après avoir confirmé que la recourante avait subi une chute dans les escaliers le 13 juillet 2018, le médecin traitant a posé les diagnostics de contusion du fessier, de contusion du visage avec commotion, ainsi que de distorsion de l'épaule droite. Il a aussi précisé que les plaintes de sa patiente étaient liées à l'accident. Ce médecin n'a pas attesté d'incapacité de travail et a encore indiqué que le traitement allait probablement durer 12 semaines.

4.3 Dans un rapport du 18 octobre 2018, le médecin traitant la recourante a retenu les diagnostics de syndrome douloureux persistant de l'épaule droite (selon le ch. S43 de la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'Organisation mondiale de la santé), ainsi que de syndrome douloureux de l'articulation de la main gauche (selon le ch. S60 CIM-10), tous deux dans le contexte d'une chute avec distorsion et contusion. Il a indiqué qu'une ergothérapie, une physiothérapie et une ostéopathie étaient en cours, la réalisation d'IRM étant en outre planifiée. Ce médecin a expliqué que les douleurs à l'épaule demeuraient en dépit de la thérapie et que celles de

l'articulation de la main (initialement légères) s'était accrues. Il a conclu que la capacité de travail demeurait totale mais précisé que la douleur réduisait celle-ci, s'agissant de la profession d'organiste. Le pronostic a été réservé, de même que l'appréciation de la durée du traitement.

4.4 La division de radiologique d'une clinique privée a établi un rapport d'IRM de l'épaule droite le 22 octobre 2018. Selon cet écrit, dans lequel des douleurs prolongées ont été évoquées, de même que des limitations fonctionnelles suite à une chute avec distorsion et contusion, il a en particulier été constaté une rupture capsulaire ventrale de la bourse sous-acromiale, une faible tendinite du tendon sus-épineux et une faible arthrose (activée) de l'articulation AC. Aucune rupture des rotateurs n'a cependant été décelée.

4.5 Le même établissement a encore produit un rapport d'IRM du poignet gauche le 23 octobre 2018. Dans ce document, il a été relaté qu'aucune fracture n'était visible. Cependant, un œdème du côté ulnaire a été détecté dans les parties molles, de même que de faibles altérations dégénératives radio-carpiennes ainsi qu'entre l'os du trapèze et l'os trapézoïde.

4.6 Le 10 janvier 2019, le médecin traitant a encore adressé une demande de prise en charge pour une fangothérapie intensive à l'assureur-accidents, en retenant les diagnostics de lésion traumatique supra-spinale à l'épaule droite avec symptomatologie prolongée en présence d'une distorsion de l'épaule, de commotion cérébrale en présence d'une contusion du crâne à droite, de contusion et d'important hématome glutéal à droite, ainsi que de distorsion de l'articulation de la main gauche. Le médecin traitant a déclaré que l'IRM du 22 octobre 2018 était difficile à apprécier, si bien que le rapport y relatif avait été discuté avec un orthopédiste et un spécialiste de l'épaule. Ce dernier aurait alors diagnostiqué une rupture incomplète du tendon sus-épineux. En outre, selon le médecin traitant, une physiothérapie et un traitement d'acupuncture ont conduit à une amélioration mais des douleurs tenaces (également dans l'articulation de la main) persisteraient et entraveraient la recourante dans son activité d'organiste.

4.7 Le médecin-conseil de l'intimée a rempli un rapport médical à l'intention de cette dernière le 22 janvier 2019. Il y a posé les diagnostics de contusion de l'épaule droite, de commotion cérébrale en présence d'une contusion du crâne, ainsi que de distorsion de l'articulation de la main. Relevant la présence d'arthrose de l'articulation AC, de même que d'altérations dégénératives à l'articulation de la main et au poignet, le médecin-conseil a indiqué qu'après trois à quatre mois, les douleurs persistant après l'accident ne pouvaient plus présenter de lien avec ce dernier. Il a conclu que le statu quo sine était atteint au 23 octobre 2018 (au vu de l'IRM de l'épaule et de l'articulation de la main réalisée à cette date), un œdème dans les parties molles, lié à une contusion, n'étant plus vraisemblable après une telle durée suite à l'accident. Il a en outre exclu la présence d'une incapacité de travail.

4.8 Le 20 juin 2019, un spécialiste en chirurgie orthopédique a retenu le diagnostic de lésion partielle sévère du côté de la bourse des tendons sus-épineux ventraux à la suite d'une chute le 13 juillet 2018. Il a expliqué que la recourante avait chuté et avait été contusionnée sur tout le côté droit, des douleurs étant survenues à l'épaule droite et ayant persisté jusqu'alors. Il a ajouté que la recourante ressentait notamment des douleurs lorsqu'elle devait jouer de l'orgue intensivement et longtemps. En commentant une radiographie du 18 juin 2019, ce spécialiste a essentiellement évoqué une sensible ossification du ligament AC (au niveau de l'acromion). S'agissant de l'IRM du 22 octobre 2018, il a surtout déclaré qu'elle démontrait une rupture partielle sévère du côté de la bourse du tendon sus-épineux et une tendinose du tendon sub-scapulaire. Il a conclu que les douleurs étaient liées à l'accident et a demandé un réexamen du cas de la part du médecin-conseil de l'intimée.

4.9 Le médecin-conseil de l'intimée s'est prononcé sur le rapport du spécialiste en chirurgie orthopédique le 2 juillet 2019. Il a tout d'abord constaté qu'en concluant à la présence d'une rupture incomplète du tendon sus-épineux, ce spécialiste s'était écarté de l'appréciation découlant du rapport radiologique du 22 octobre 2018 (selon lequel une rupture de la coiffe des rotateurs avait été exclue et seule une simple tendinite du tendon sus-épineux en présence d'arthrose de l'articulation AC avait été décelée).

Le médecin-conseil a toutefois ajouté qu'en dépit de cet avis, une chute sur l'articulation de l'épaule ne pouvait en aucun cas conduire à une rupture du tendon, cette articulation étant bio-mécaniquement toujours soumise à une charge d'extension. Il a ainsi confirmé que l'accident n'était pas de nature à provoquer une blessure du tendon. Selon lui, la prétendue rupture du tendon sus-épineux était à interpréter comme une lésion préexistante qui était devenue cliniquement symptomatique suite à la contusion.

4.10 Le 21 juillet 2019, le médecin traitant a encore exposé qu'il estimait que l'avis du médecin-conseil était erroné. Confirmant son point de vue, soit que la blessure du tendon était de nature accidentelle, due à une chute dans des escaliers le 13 juillet 2018, il a souligné que cette chute (qui avait causé une commotion cérébrale et un hématome glutéal prononcé) avait engendré suffisamment d'énergie cinétique pour pouvoir expliquer une telle blessure. En outre, il a indiqué que les limitations de la mobilité dues aux douleurs à l'épaule, constatées après l'accident, étaient en corrélation avec l'atteinte au tendon, une telle blessure engendrant typiquement peu de douleurs initialement (puisque le tendon n'a pas de récepteurs de la douleur) puis toujours plus par la suite (en raison de l'inflammation réactive). Le médecin traitant a aussi relevé que la recourante n'avait jamais présenté de douleurs à l'épaule avant l'événement, alors qu'elle avait ensuite présenté des douleurs chroniques lors de mouvements, de même qu'au repos durant la nuit. Il a reproché au médecin-conseil d'avoir évoqué une contusion, alors que lui avait mentionné une distorsion dès son premier rapport adressé à l'intimée. Partant, le médecin traitant a déclaré qu'il n'avait aucun doute sur le fait que les douleurs persistantes depuis l'accident étaient liées à une blessure non guérie du tendon.

5.

En l'occurrence, il n'est pas contesté que la recourante a subi un accident (non professionnel; voir art. 6 al. 1 LAA) au sens de l'art. 4 LPGA, soit qu'elle est tombée dans les escaliers de son domicile le 13 juillet 2018. Ce faisant, l'application de l'art. 6 al. 2 let. f LAA (lésions corporelles dites "assimilées à un accident", notamment: déchirures de tendons) doit être

écartée (TF 8C_169/2019 du 10 mars 2020 c. 5.2). Il en découle que la preuve libératoire prévue par cette disposition, d'après laquelle il incombe à l'assureur de prouver que la lésion corporelle est due de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie (à savoir pour plus de 50%), n'entre pas en ligne de compte au cas particulier (TF 8C_22/2019 du 24 septembre 2019 c. 8.2.2.1, in: SVR 2020 UV n° 8; voir également JENNY CASTELLA, *Les lésions corporelles assimilées à un accident à l'aune de la première révision de la LAA*, in: RSAS 2020 p. 33, p. 35; GABUS/BONAZ, *Le nouveau droit des lésions corporelles assimilées à un accident: une révolution silencieuse*, in: REAS 2019 p. 377, p. 382). Au contraire, il incombe à l'intimée (qui a admis devoir prendre en charge les suites immédiates de l'accident) d'établir que l'accident du 13 juillet 2018 ne présente plus (même partiellement) de lien de causalité (naturelle) avec les troubles présentés par la recourante au-delà du 30 novembre 2018 et ce au degré de la vraisemblance prépondérante (voir c. 2.3).

6.

En l'occurrence, se pose la question de la force probante des rapports du médecin-conseil de l'intimée, des 22 janvier et 2 juillet 2019.

6.1

6.1.1 Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective et décider s'ils permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre. En particulier, le juge ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans avoir examiné l'ensemble des preuves disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 125 V 351 c. 3a).

6.1.2 La valeur probante d'un rapport médical dépend du fait 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 du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Ainsi, ni la provenance du moyen de preuve, ni l'appellation du mandat confié au médecin (rapport ou expertise) ne sont déterminantes pour la force probante d'un tel document (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 134 V 231 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a).

6.1.3 Les rapports et expertises émanant de médecins internes aux assureurs ont valeur probante, pour autant qu'ils apparaissent concluants, soient motivés de façon compréhensible, soient dépourvus de contradictions et qu'il n'existe pas d'indices contre leur fiabilité. Le seul fait que le médecin interrogé soit dans un rapport de subordination avec l'assureur ne permet pas déjà de conclure à un manque d'objectivité ou à une (apparence de) prévention. Il en va de même lorsqu'un médecin est appelé de façon répétée à effectuer des expertises pour le compte d'une assurance (SVR 2008 IV n° 22 c. 2.4). Il faut bien plus des circonstances propres qui laissent apparaître un doute objectif quant à l'impartialité. Eu égard à l'importance considérable qu'un tel rapport médical a en matière de droit des assurances sociales, il convient de poser des exigences sévères s'agissant de l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 c. 3b/ee).

6.2 En l'espèce, à l'inverse du point de vue défendu par l'intimée (voir ch. 43 de la duplique), il convient tout d'abord de mentionner que, face à l'avis d'un médecin-conseil de l'intimée, qui n'a pas valeur d'expertise au sens de l'art. 44 LPGA et a d'ailleurs été émis sans examen personnel de la recourante, la force probante des rapports médicaux du médecin traitant et du spécialiste en chirurgie orthopédique consultés par la recourante, ne saurait être écartée du seul fait de la position contractuelle de ces derniers à l'égard de l'intéressée (ATF 125 V 351 c. 3a/cc) ou encore au motif que ceux-ci ont en principe généralement tendance à le favoriser en raison de la relation de confiance établie avec leur patient (ATF 125 V 351 c. 3b/cc; SVR 2015 IV n° 26 c. 5.3.3.3; voir aussi l'arrêt du Tribunal fédéral des assurances [TFA, ancienne dénomination des Cours de droit social du TF] I 655/05 du 20 mars 2006 c. 5.4). En outre, ainsi que la recourante l'a justement souligné (art. 1 de la réplique), il apparaît du dossier produit par l'intimée que les écrits du médecin-conseil (même si ses compétences

médicales ne sauraient être remises en question) ont été rédigés sur la base des rapports d'IRM des 22 et 23 octobre 2018, mais sans que ce médecin ne dispose des images elles-mêmes (ces dernières ne figurant pas au dossier de l'intimée; voir également ch. 33 et 36 de la duplique). En pareille circonstance, alors que le médecin traitant avait pourtant relevé que ces images étaient difficiles à interpréter (voir dossier [dos.] de l'intimée pièce 24) et que les conclusions du médecin-conseil de l'intimée résultent en particulier d'une interprétation différente de l'IRM du 22 octobre 2018, par rapport à celle du spécialiste en chirurgie orthopédique consulté par la recourante (qui a décelé une rupture partielle d'un tendon d'origine accidentelle, voir c. 4.8), on ne saurait admettre que le point de vue exprimé par le médecin-conseil de l'intimée l'emporte sur celui du médecin traitant. Cela vaut d'autant plus que le médecin-conseil a principalement réfuté le constat d'une rupture partielle de la bourse du tendon sus-épineux en affirmant qu'une rupture de cette nature ne pouvait pas provenir de la chute du 13 juillet 2018, dans la mesure où cette dernière n'avait pas pu générer suffisamment d'énergie cinétique pour provoquer une telle blessure (voir c. 4.10). Or, de même qu'en ce qui concerne l'explication de l'intimée, d'après qui la chute a essentiellement été amortie au niveau des fesses et par l'utilisation du bras et de la main mais sans force particulière sur l'épaule, pareille conclusion n'est appuyée par aucune pièce au dossier et n'est pas étayée médicalement. En particulier, s'il est vrai qu'aucune incapacité de travail n'a été attestée suite à l'accident, il n'en demeure toutefois pas moins qu'il ressort du dossier que la recourante s'est plainte de douleurs lorsqu'elle joue de l'orgue de manière prolongée (voir c. 4.8 et 4.3 in fine). Par conséquent, les arguments soulevés par l'intimée ne s'imposent pas à un degré de vraisemblance prépondérante pour exclure que la chute survenue le 13 juillet 2018 ait pu provoquer une rupture tendineuse telle que détectée par le spécialiste en chirurgie orthopédique. De même, en présence d'un accident, l'avis défendu par l'intimée, fondé sur le fait que la recourante présente des atteintes dégénératives, ce qui serait d'autant plus compréhensible au regard de l'âge de la recourante et du métier exercé par cette dernière, ne suffit pas encore pour reconnaître que les douleurs présentées au-delà du 30 novembre 2018 sont exclusivement dues à de tels troubles. En effet, dans la mesure où une rupture tendineuse a été diagnostiquée par le spécialiste précité, des

doutes subsistent quant à la nature des douleurs encore ressenties après cette échéance, au regard des pièces versées au dossier. Le fait que le spécialiste et le médecin traitant la recourante ne se soient pas prononcés quant à la survenance du statu quo sine ou ante n'y change d'ailleurs rien. En effet, dans la mesure où ces derniers ont argumenté que les douleurs de la recourante étaient dues à une lésion causée par l'accident (qui continuait dès lors de déployer ses effets), c'est de façon logique que ceux-ci n'ont pas évoqué la question de la fin des effets de cette atteinte au moment où ils ont rédigé leurs rapports respectifs. Ces médecins n'ont d'ailleurs à aucun moment été questionnés sur ce point.

6.3 Dès lors, au vu de tout ce qui précède, c'est à tort que l'intimée s'est basée sur l'avis de son médecin-conseil et qu'elle a retenu que le statu quo sine était intervenu au 30 novembre 2018. En tant que cette conclusion ne s'impose pas à un degré de vraisemblance prépondérante, l'intimée n'a en effet pas établi (au degré de preuve requis) que le statu quo sine était survenu à cette échéance. Au vu des avis médicaux contradictoires, il y a dès lors lieu d'annuler la décision sur opposition attaquée et de renvoyer la cause à l'intimée pour instruction complémentaire, à savoir par la mise en œuvre d'une expertise indépendante.

8.

8.1 Au vu de tout ce qui précède, le recours doit être admis. La décision sur opposition attaquée doit être annulée et la cause renvoyée à l'intimée afin qu'elle rende une nouvelle décision après avoir procédé à une instruction complémentaire au sens des considérants.

8.2 Il n'y a pas lieu de percevoir de frais de procédure (art. 61 let. a LPGA).

8.3 La recourante, qui obtient gain de cause et est représentée par un mandataire professionnel, a droit au remboursement de ses dépens (art. 61 let. g LPGA et 104 al. 1 LPJA). Après examen de la note d'honoraires du mandataire de la recourante du 13 janvier 2020, qui ne prête pas à discussion, compte tenu de l'importance et de la complexité de la

procédure judiciaire, ainsi que de la pratique du TA dans des cas semblables, les dépens sont fixés à Fr. 3'987.05 (honoraires de Fr. 3'645.-, débours de Fr. 57.- et TVA [7.7%] de Fr. 285.05) et mis à la charge de l'intimée. Par souci de complétude, il est précisé que sauf recours téméraire, les assureurs sociaux n'ont pas droit à une indemnité de dépens lorsqu'ils obtiennent gain de cause (ATF 126 V 143 c. 4).

Par ces motifs:

1. Le recours est admis et la décision sur opposition attaquée est annulée.
La cause est renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
2. Il n'est pas perçu de frais de procédure.
3. L'intimée versera à la recourante la somme de Fr. 3'987.05 (débours et TVA compris) au titre de dépens pour la procédure judiciaire.
4. Le présent jugement est notifié (R):
 - au mandataire de la recourante,
 - à l'intimée,
 - à l'Office fédéral de la santé publique.

La présidente:

Le greffier:

Voie de recours

Dans les 30 jours dès la notification de ses considérants, le présent jugement peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public auprès du Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, au sens des art. 39 ss, 82 ss et 90 ss de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110).