

200.2020.184.LAA

N° Sinistre:

ANP/REN

Tribunal administratif du canton de Berne

Cour des affaires de langue française

Jugement du 21 décembre 2020

Droit des assurances sociales

B. Rolli, président

M. Moeckli et C. Tissot, juges

P. Annen-Etique, greffière

A. _____
représentée par Me B. _____

recourante

contre

Helsana Accidents SA

Droit & compliance, Avenue de Provence 15
case postale 839, 1001 Lausanne

intimée

relatif à une décision sur opposition de cette dernière du 4 février 2020



En fait:

A.

A. _____, née en 1971, travaille depuis le 1^{er} avril 1994 à 80% comme codificatrice auprès d'un établissement hospitalier. Le 3 janvier 2019, en début d'après-midi, elle a glissé en forêt dans une forte pente et est tombée sur le bras gauche après s'être retenue à un arbre. Dans une déclaration d'accident-bagatelle LAA établie le 14 janvier 2019, l'assurée a annoncé à Helsana Accidents SA (ci-après: Helsana) qu'elle s'était occasionné une luxation de l'épaule gauche lors de sa chute. D'après ses indications complémentaires du 5 août 2019 à l'attention de la même assurance, un traitement conservateur était en cours pour les suites de cet événement qui n'avait pas entraîné d'arrêt de travail, et une opération était par ailleurs prévue pour le 22 août 2019. Dans un rapport du 15 août 2019, le médecin-conseil d'Helsana a nié toute responsabilité de cette dernière quant à l'intervention chirurgicale annoncée et attesté la récupération du statu quo sine au maximum trois mois après la chute.

B.

Le 19 août 2019, Helsana a informé l'assurée par téléphone qu'elle n'entendait pas assumer les coûts de son opération. Par une nouvelle déclaration LAA du 4 septembre 2019, l'intéressée a annoncé à cette assurance une rechute de son accident du 3 janvier 2019 à compter du 22 août 2019. Après avoir signifié le 6 septembre 2019 à l'assurée son refus provisoire de garantir les coûts de cette intervention et avoir recueilli une prise de position du 9 septembre 2019 de son médecin-conseil, Helsana a formellement mis fin le 10 septembre 2019 avec effet au 1^{er} mai 2019 à ses prestations liées à l'accident. Suite à une opposition de l'assurée formée le 10 octobre 2019 contre cette décision par l'entremise d'un avocat, complétée encore le 21 novembre 2019, la même assurance s'est enquis de l'avis de son médecin-conseil produit le 2 décembre 2019, sur lequel l'assurée s'est prononcée le 23 décembre 2019. Par une

nouvelle décision datée du 4 février 2020, Helsana a rejeté l'opposition précitée et a confirmé sa décision du 10 septembre 2019.

C.

Par acte du 4 mars 2020, l'assurée, par son mandataire, a porté le litige devant le Tribunal administratif du canton de Berne (TA). Sous suite des frais et dépens, elle conclut principalement à ce qu'il soit ordonné à Helsana de prendre en charge les frais de traitement de son épaule gauche postérieurs au 30 avril 2019, en particulier ceux relatifs à l'opération du 22 août 2019, et demande, à titre subsidiaire, le renvoi de la cause à cette même assurance pour nouvelle décision au sens des considérants. Dans sa réponse du 26 mars 2020, l'intimée a conclu au rejet du recours, sous suite de frais et dépens. Le mandataire de la recourante a fait parvenir au Tribunal sa note d'honoraires datée du 29 avril 2020.

En droit:

1.

1.1 La décision sur opposition du 4 février 2020 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et confirme la décision de l'intimée de mettre fin dès le 1^{er} mai 2019 aux prestations d'assurance-accidents octroyées à la recourante. L'objet du litige porte sur l'annulation de cette décision, à titre principal sur la continuation desdites prestations au-delà du 30 avril 2019 et, subsidiairement, sur le renvoi de la cause à l'intimée pour nouvelle décision moyennant (implicitement) une instruction complémentaire préalable. Est en particulier litigieux le lien de causalité entre l'événement survenu le 3 janvier 2019 et les troubles dont a continué à souffrir la recourante après le 30 avril 2019.

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], par renvoi de l'art. 1 al. 1 de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents [LAA, RS 832.20], et 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 Le jugement de la cause incombe à la Cour des affaires de langue française dans sa composition ordinaire de trois juges (art. 54 al. 1 let. c et 56 al. 1 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 Tribunal examine librement la décision sur opposition 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 art. 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 de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents [LAA, RS 832.20]). 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).

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; SVR 2019 IV n° 9 c. 3.1; arrêt du Tribunal fédéral [TF] 8C_781/2017 du 21 septembre 2018 c. 5.1). Parmi les causes déterminantes au sens de l'art. 6 al. 1 LAA figurent également les circonstances sans lesquelles l'atteinte à la santé ne serait pas survenue au même moment. Un événement traumatique ayant provoqué un dommage génère dès lors également une obligation de prestations, quand bien même le dommage en question serait apparu tôt ou tard sans cet événement assuré et celui-ci ne représente par conséquent une "condition sine qua non" que sous l'angle du moment de l'apparition du dommage. En revanche, il n'en va pas de même lorsque l'accident ne représente qu'une cause purement occasionnelle ou due au hasard, qui concrétise un risque actuel dont la réalisation devait être attendue à tout moment, sans que le rapport de cause à effet entre l'accident survenu et le dommage subi n'en soit influencé en lui-même (SVR 2012 UV n° 8 c. 4.2.1).

2.3 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*; arrêt TF 8C_22/2019 du 24 septembre 2019 c. 5.1 publié à l'ATF 146 V 51). Lorsqu'un accident se produit en présence d'un état maladif préexistant et qu'il est établi au plan médical que ni le *statu quo ante*, ni le *statu quo sine* ne pourront plus jamais être rétablis, il existe une aggravation durable (SVR 2019 IV n° 9 c. 3.2). 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 prester - non pas à la personne assurée, mais à l'assureur-accidents (arrêt TF 8C_22/2019 du 24 septembre 2019 c. 5.1 publié à l'ATF 146 V 51).

2.4 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). 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).

2.5 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). 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).

3.

3.1 Se ralliant aux conclusions de son médecin-conseil, l'intimée est d'avis que les douleurs invoquées par la recourante à son épaule gauche ne sont plus à compter du 1^{er} mai 2019 en lien de causalité avec la chute incriminée du 3 janvier 2019. Sur ces bases, elle retient que cet événement n'a provoqué qu'une simple contusion et que ce type de lésion guérit généralement en quelques semaines. A cela s'ajoute d'après elle le fait, qui exclurait l'existence d'une lésion listée à l'art. 6 al. 2 LAA, que des dégénérescences ont été mises au jour à l'épaule gauche après l'accident et auraient à elles seules justifié l'indication posée à l'opération du 22 août 2019. Aussi, elle réfute l'appréciation du chirurgien opérateur - de surcroît étayée selon elle par une littérature médicale totalement désuète -, lequel défend l'hypothèse d'une lésion post-traumatique au regard de la petite déchirure mise en évidence au niveau du biceps gauche lors de l'intervention chirurgicale, et insiste de son côté sur le caractère "manifestement dégénératif" de cette lésion.

3.2 La recourante reproche quant à elle à l'intimée d'avoir exigé de sa part qu'elle établisse un lien de causalité naturelle entre sa chute et l'état pathologique postérieur au 30 avril 2019, alors même qu'il incombait à cette même assurance de prouver l'extinction du lien causal. Elle oppose aux prises de position "très succinctes" du médecin-conseil d'Helsana "les nombreuses autres pièces constituant le dossier dont l'intimée n'a pas tenu compte", notamment celles émanant de ses spécialistes traitants. Si elle ne nie pas avoir déjà ressenti dans le passé une gêne au niveau de son épaule gauche, elle souligne que ce n'est qu'après sa chute qu'elle a dû recourir à des traitements médicaux, en particulier à l'opération qui a

finalement permis une évolution favorable de son état de santé. Vu l'apparition immédiate de douleurs après l'accident, leur persistance et le laps de temps très court entre cet événement et l'opération, elle considère qu'un lien de causalité est établi à un degré de vraisemblance prépondérante avec ses plaintes au-delà du 30 avril 2019.

3.3 Dès l'abord, l'on précisera que l'intimée ne conteste pas le fait que les conditions d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA sont remplies en regard de la chute survenue le 3 janvier 2019, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'examiner le cas sous l'angle de l'art. 6 al. 2 LAA, en particulier les let. f et g de cette disposition légale qui prévoient que l'assureur-accidents, à défaut d'une preuve libératoire dûment rapportée, est tenu d'allouer ses prestations en cas de déchirure tendineuse ou de lésion ligamentaire (c. 2.4 supra). Pour mettre fin à son obligation de prester qu'elle avait initialement reconnue, il incombe partant à l'intimée - et non à l'assurée ainsi que souligné à raison dans le recours de celle-ci (ch. 4 à 7 p. 3 et 4) - d'établir que l'atteinte à la santé est désormais exclusivement imputable à des causes étrangères à l'accident (c. 2.3 et 2.4 supra). Si cette cessation de prestations est prononcée avec effet *ex nunc* et *pro futuro* et n'implique ainsi pas de demande de restitution, l'assureur-accidents n'a pas à se fonder sur un motif de révocation (reconsidération ou révision procédurale; ATF 130 V 380 c. 2.3.1). Au présent cas, l'intimée a mis fin au paiement de ses prestations à partir du 1^{er} mai 2019, par sa décision du 10 septembre 2019 confirmée le 4 février 2020 sur opposition de l'assurée. Bien que le terme prenne effet rétroactivement, il n'entraîne pas de demande de restitution. La situation d'espèce s'assimile donc à un arrêt de prestations *ex nunc* et *pro futuro*. De plus, la fin du droit aux prestations étant précisément motivée par la disparition du lien de causalité, le fait de savoir si l'atteinte à la santé était stabilisée au moment où la décision sur opposition a été rendue ne joue ici aucun rôle (il ne s'agit pas d'un terme mis aux prestations provisoires en vue d'examiner le droit aux prestations de longue durée; voir aussi c. 2.1 et art. 19 LAA).

4.

4.1 Sur le fond se pose la question de savoir si c'est à juste titre que l'intimée a nié la persistance au-delà du 30 avril 2019 d'un lien de causalité naturelle entre les plaintes résiduelles de l'assurée à son épaule gauche et l'événement incriminé du 3 janvier 2019. Dès lors que l'intimée a admis devoir prendre en charge les suites immédiates de cet incident, c'est à elle qu'il incombe, cas échéant, de supporter l'absence de preuve de la disparition du lien de causalité (c. 2.3 et 3.3 supra).

4.2 Les principaux éléments médicaux suivants ressortent du dossier administratif et des rapports des médecins traitants.

4.2.1 Le 3 janvier 2019, l'assurée s'est réceptionnée sur son bras gauche après avoir glissé dans un versant abrupt lors d'une balade en forêt. En raison d'importantes douleurs, également nocturnes, elle a consulté un médecin spécialisé en orthopédie-traumatologie, par ailleurs médecin du sport et médecin-chef d'un service de chirurgie hospitalier. Cette première consultation a semble-t-il eu lieu le 17 janvier 2019 à l'instigation du généraliste de l'intéressée, la déclaration d'accident du 14 janvier 2019 antérieure à cette visite médicale faisant néanmoins état de "premiers soins" prodigués auprès du même chirurgien. Quoi qu'il en soit, ce spécialiste a relaté dans son rapport médical du 17 janvier 2019 un mécanisme en abduction et rotation externe survenu lors de la chute de sa patiente, ainsi que des antécédents traumatiques à la même épaule. D'après l'anamnèse restituée par ses soins, les douleurs actuelles localisées au moignon de l'épaule gauche et irradiant dans l'avant-bras gauche apparaissaient néanmoins nouvelles et se manifestaient lors de la mobilisation de cette épaule en abduction, en flexion ainsi qu'en rotation interne. Une radiographie de l'épaule gauche réalisée ce même 17 janvier 2019 a mis en évidence un acromion de type III selon Bigliani, mais a permis d'écarter une avulsion osseuse et tout signe dégénératif de la coiffe des rotateurs. A l'issue de son examen clinique, le chirurgien traitant a suspecté une lésion de la coiffe des rotateurs ou du long chef du biceps et a ordonné une arthro-IRM (arthrographie associée à une imagerie par résonance magnétique [IRM]) en vue d'affiner son diagnostic.

4.2.2 L'arthro-IRM réalisée le 22 janvier 2019 à l'épaule gauche a permis d'exclure une déchirure de la coiffe des rotateurs nonobstant une possible petite déchirure de la face articulaire, non transfixiante et incomplète du tendon du sus-épineux, de même que toute autre anomalie au niveau de cette même coiffe. Pour le surplus ont été évoqués un possible conflit sous-acromial en raison d'un acromion de grade III, une arthrose acromio-claviculaire sans bursite sous-acromiale, ainsi qu'une petite lésion du labrum supérieur sans réelle déchirure toutefois de type SLAP (superior labrum from anterior to posterior).

4.2.3 A défaut d'une amélioration durable des douleurs malgré un traitement physiothérapeutique et une infiltration de l'articulation acromio-claviculaire, le chirurgien traitant a adressé sa patiente à un confrère également orthopédiste et traumatologue de l'appareil locomoteur. Dans un rapport du 10 juillet 2019 faisant suite à une consultation ayant eu lieu le même jour, ce spécialiste, par ailleurs médecin-chef au sein d'une clinique du sport, a diagnostiqué un conflit (impingement) sous-acromial post-traumatique à l'épaule gauche (non dominante) avec une arthralgie au niveau de l'articulation acromio-claviculaire en présence d'un acromion de type III selon Bigliani. S'appuyant sur le résultat positif d'un test externe d'infiltration, ce médecin a posé l'indication à un traitement chirurgical sous forme d'une arthroscopie scapulaire, d'une décompression sous-acromiale, d'une résection de l'articulation acromio-claviculaire ainsi que d'une évaluation du long chef du biceps.

4.2.4 L'assurée a été opérée le 22 août 2019 à son épaule gauche. Le rapport opératoire daté du même jour a rappelé le diagnostic, relativement à ce membre, d'une tendinopathie du long chef du biceps, d'un conflit (impingement) sous-acromial et d'une arthropathie acromio-claviculaire. Le traitement chirurgical prodigué a consisté en une arthroscopie de l'épaule gauche, une décompression sous-acromiale, une résection de la clavicule distale et une ténodèse arthroscopique du long chef du biceps. La recourante a été hospitalisée du 22 au 25 août 2019 à raison de cette opération et s'est vu attester une incapacité de travail entière du 22 août au 2 octobre 2019. Dans un certificat médical établi le 29 août 2019, l'hôpital au sein duquel l'assurée a été soignée a indiqué (en écartant par traçage

les réponses pré-imprimées non topiques) que l'hospitalisation avait été ordonnée à la suite d'un accident. Enfin, à l'appui d'un courrier du 8 novembre 2019 à l'attention du mandataire de sa patiente, le chirurgien traitant a encore précisé, en réaction aux prises de position du médecin-conseil de l'intimée (voir c. 4.3 infra), qu'il existait clairement un facteur déclenchant à raison d'un traumatisme adéquat ayant entraîné une lésion de la poulie bicipitale, de même qu'une clinique évocatrice d'une pathologie du complexe de celle-ci.

4.3 Un médecin-conseil de l'intimée, lui aussi spécialisé en chirurgie orthopédique et traumatologique de l'appareil locomoteur ainsi que, par ailleurs, expert certifié SIM (Swiss Insurance Medicine), a livré son appréciation sur le cas de l'assurée.

4.3.1 Dans un rapport du 15 août 2019 se prononçant sur diverses questions soumises par l'intimée, ce spécialiste a posé le diagnostic d'une contusion de l'épaule gauche ainsi que d'un conflit sous-acromial sur arthrose acromio-claviculaire, et n'a retenu un lien de causalité accidentelle qu'en regard de la première affection précitée. Selon lui, l'opération du 22 août 2019 avait pour seule visée de traiter un conflit sous-acromial, de sorte qu'elle n'émergeait pas à l'assurance-accident. Il a admis la récupération du statu quo sine antérieurement à la consultation du 10 juillet 2019 (ayant eu lieu auprès d'un second médecin orthopédiste et traumatologue traitant), plus précisément trois mois au maximum après la chute du 3 janvier 2019.

4.3.2 A nouveau consulté par l'intimée ayant porté à sa connaissance le protocole de l'intervention chirurgicale du 22 août 2019, le médecin-conseil de cette assurance a diagnostiqué le 9 septembre 2019 une tendinopathie du long chef du biceps ainsi qu'une arthropathie acromio-claviculaire. De son avis, les diagnostics peropératoires s'avéraient univoques et consistaient en des dégénérescences malades ("Les diagnostics per op sont clairs => troubles dégénératifs"). La "déchirure" (ainsi citée entre guillemets dans son nouveau rapport) ne représentait pas selon lui une lésion traumatique complète, mais un conflit entre le long chef du biceps et l'entrée de la gouttière de ce tendon. Au final, ce spécialiste a confirmé que le statu quo devait être fixé à une date antérieure à l'opération.

4.3.3 Dans sa prise de position du 2 décembre 2019 relative au rapport établi le 8 novembre 2019 par le chirurgien opérateur, le médecin-conseil de l'intimée a encore précisé qu'en dépit de la "déchirure" (à nouveau ainsi citée dans son rapport) du long chef du biceps dans sa gouttière évoquée dans le protocole opératoire du 22 août 2019, le tendon n'avait pas fait l'objet d'une rupture mais présentait un effilochage dans sa gouttière par suite d'un conflit inflammatoire. Il ne s'agissait dès lors pas, d'après lui, d'une déchirure ligamentaire au sens de l'art. 6 al. 2 LAA. Ce spécialiste a par ailleurs relevé que la lésion de la poulie bicipitale traumatique mentionnée par le chirurgien traitant représentait "une vision ancienne, plus admise actuellement par les anatomistes" et qu'il ne s'agissait pas d'une poulie au sens strict. Il en concluait qu'il n'existait pas de preuve objective nouvelle susceptible de l'amener à revoir son appréciation médicale.

5.

Se pose la question de la valeur sous l'angle probatoire de l'avis du spécialiste consulté par l'intimée au sein de ses propres services asséculoologiques.

5.1 Quant à la forme, on constate d'emblée que l'appréciation rendue par ce médecin, telle qu'elle ressort de ses prises de position des 15 août, 9 septembre et 2 décembre 2019, répond aux réquisits posés par la jurisprudence du TF (c. 2.5 supra). Certes, cette appréciation ne comprend pas d'anamnèse médicale au sens strict et se limite pour l'essentiel à apporter des réponses aux questions de l'intimée axées principalement sur la causalité accidentelle. Elle peut de ce fait apparaître très succincte comme souligné dans le recours (ch. 9 p. 4). Cependant, il ne fait aucun doute (ni n'est du reste contredit par l'assurée) que le spécialiste précité a eu connaissance des pièces jointes au dossier, à savoir de "toutes les pièces du dossier" disponibles au moment où étaient recueillies ses prises de position successives (dossier intimée [dos. int.] M5 p. 1; M10, p. 1; C21). A l'appui de ses diverses demandes de conseil médical, la gestionnaire du cas a en outre dressé à l'attention de ce médecin un rappel factuel des principales étapes de la prise en charge spécialisée du

traumatisme du 3 janvier 2019, d'abord il est vrai de manière très sommaire puis avec davantage d'exhaustivité à l'occasion de sa dernière requête du 26 novembre 2019 (dos. M5 p. 1; M10 p. 1; M12). En tout état de cause, le dossier soumis à l'appréciation du médecin-conseil de l'intimée ne portait ici que sur deux sources médicales distinctes - à savoir, d'une part, la documentation établie par le chirurgien opérateur (y compris le rapport de l'arthro-IRM du 22 janvier 2019 réalisée à son instigation) ainsi que par le service hospitalier au sein duquel ce médecin exerce et, d'autre part, l'appréciation émanant du second chirurgien orthopédique et traumatologue consulté en juillet 2019. Les circonstances de l'accident étaient par ailleurs très claires dès l'origine et n'ont nullement prêté à discussion entre parties. Il s'ensuit qu'un rappel strict de ces éléments d'anamnèse n'aurait pas apporté davantage de clarté que ne l'offrait, déjà, la seule consultation du dossier, de surcroît ici peu volumineux. Les conclusions du médecin-conseil, très resserrées il est vrai mais néanmoins étayées par la clinique stricte du cas, en particulier le protocole opératoire du 22 août 2019, apparaissent ensuite dénuées de toute approximation. Le contexte médical qui se détache de ces premiers éléments d'observation s'avère dès lors conforme aux substrats objectifs restitués au dossier de la cause. N'en contredise l'assurée, le fait que ce même médecin ne l'ait pas examinée personnellement et se soit prononcé sur pièces uniquement (recours ch. 11 p. 5 a contrario) n'est pas de nature à déjà discréditer ses conclusions. L'évaluation finale d'un médecin-conseil ou d'un médecin employé d'un assureur social ne constitue de toute façon pas une expertise au sens de l'art. 44 LPG, mais s'apparente davantage au type de rapports médicaux que les services médicaux régionaux (SMR) établissent pour le compte de l'assurance-invalidité (AI) et qui ont pour seule fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. Ils ne sont en conséquence pas soumis aux mêmes exigences formelles que les expertises médicales ou les examens médicaux auxquels il arrive également au SMR de procéder. Pour autant, on ne saurait leur dénier d'emblée toute valeur probante, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci (arrêt TF 9C_105/2009 du 19 août 2009 c. 4.2). Une telle valeur probante leur sera

en tous les cas reconnue si le dossier qui a servi de base à leur établissement contient suffisamment d'appréciations médicales résultant d'un examen personnel de l'assuré (arrêt TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 c. 3.3.3 avec références citées). Dans cette hypothèse-là en effet, un examen personnel se sera avéré superflu puisque les documents au dossier auront révélé une image exhaustive de l'anamnèse, de l'évolution et de l'état au moment déterminant (RAMA 2006 p. 170 c. 3.4, 1988 p. 366 c. 5b). Or, tel est bien le cas en l'espèce puisque le dossier rend compte d'un suivi en cours de l'assurée depuis janvier 2019 auprès d'un médecin orthopédiste et traumatologue qui l'a opérée en août 2019, du résultat d'investigations radiologiques effectuées dès cette prise en charge spécialisée (radiographie de l'épaule gauche du 17 janvier 2019 et arthro-IRM de cette même épaule du 22 janvier 2019), de même que d'un bilan complet auprès d'un second médecin orthopédiste et traumatologue consulté en juillet 2019 et ayant posé l'indication à l'opération précitée.

5.2 Sur le plan matériel, les conclusions du spécialiste-conseil de l'intimée s'écartent il est vrai de celles du chirurgien opérateur qui, dans sa prise de position du 8 novembre 2019, a estimé que la chute du 3 janvier 2019 avait constitué le facteur déclenchant sous l'angle de l'apparition d'une lésion de la poulie ou gouttière bicipitale dont l'évolution, après une ténodèse arthroscopique, s'avérait désormais favorable. Si, ainsi que le défend également le médecin-conseil, on peut admettre que la chute incriminée a entraîné une contusion de l'épaule gauche (la luxation évoquée dans la déclaration LAA n'apparaissant guère compatible avec la poursuite non entravée jusqu'à l'opération du 22 août 2019 de l'activité professionnelle à un taux de 80%), on ne saurait en revanche imputer à cet accident les autres substrats médicaux objectivés. L'on rappellera tout d'abord que l'hypothèse d'une lésion de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche, supputée au départ par le chirurgien traitant, a été définitivement écartée lors de l'intervention pratiquée auprès de ce dernier. S'agissant ensuite de la déchirure du long chef du biceps dans sa partie intra-gouttière constatée dans le protocole opératoire, le spécialiste consulté par l'intimée a été en mesure de démontrer le caractère manifestement maladif ou dégénératif de cette lésion. D'une part, l'arthro-IRM réalisée le 22 janvier 2019 à son instigation a en effet révélé une arthrose acromio-claviculaire

sans bursite associée à un acromion de type III (déjà révélé quant à lui lors de l'examen radiographique du 17 janvier 2019), à l'origine d'un minime pincement sur la jonction tendino-musculaire du sus-épineux. L'existence d'un contexte anatomo-pathologique susceptible d'entraîner des lésions dégénératives a au demeurant également été évoquée par le chirurgien traitant dans son rapport du 8 novembre 2019, lequel expliquait et apte selon ses précisions à déclencher un conflit sous-acromial. Aussi, en présence d'un tel environnement anatomique, on peine à comprendre les conclusions de ce même chirurgien imputant à l'accident incriminé la lésion bicipitale observée au cours de son intervention. N'en contredise l'assurée (recours ch. 11 p. 5), on ne saurait par ailleurs faire totalement abstraction à ce sujet du fait qu'eu égard à la relation de confiance établie avec son patient, le médecin de famille (qu'il soit praticien généraliste ou spécialiste) aura plutôt tendance, dans le doute, à favoriser celui-ci (ATF 125 V 351 c. 3b/cc; arrêt TF I 655/05 du 20 mars 2006 c. 5.4; SVR 2015 IV n° 26 c. 5.3.3.3). Cette observation vaut à plus forte raison au présent cas où l'assurée et son chirurgien opérateur travaillent tous deux pour le compte du même établissement hospitalier. D'autre part, le médecin-conseil de l'intimée a scrupuleusement veillé à arrimer ses conclusions à son expérience en tant que chirurgien orthopédiste et médecin traumatologue, en outre expert certifié SIM, et a conséquemment explicité ou réinterprété certaines données médicales lorsqu'un besoin de clarification se faisait sentir. Ainsi a-t-il tout d'abord nuancé le constat d'une déchirure du long chef du biceps dans sa partie intra-gouttière ressortant du protocole opératoire en argumentant que cette lésion ne consistait en réalité pas en une rupture complète du tendon, mais en un effilochage de ce dernier par suite de conflit inflammatoire avec l'entrée de sa gouttière. C'est en faisant également appel à ses connaissances spécialisées qu'il a ensuite nié la possibilité d'une lésion de la poulie bicipitale au motif que cette terminologie faisait référence à une littérature médicale désuète et que cette structure fibreuse consistait davantage en une jonction des ligaments gléno-huméraux, du sous-scapulaire et du sus-épineux (voir également c. 4.3.3 supra). En conséquence, l'on retient des conclusions éprouvées de ce médecin que l'accident incriminé n'a fait que révéler une pathologie malade sous-jacente et que cet événement ne constitue pas le facteur étiologique de la lésion bicipitale observée chirurgicalement. Peu importe à

ce propos que cette pathologie soit demeurée asymptomatique avant l'accident ou à tout le moins sans commune mesure, tant dans sa forme que quant à son ampleur, avec les plaintes exprimées par l'assurée ensuite de sa chute (recours ch. 10 p. 5). De jurisprudence constante en effet, le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas déjà à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement "*post hoc, ergo propter hoc*" pas déterminant: ATF 119 V 335 c. 2b/bb; SVR 2016 UV n° 24 c. 7.2).

5.3 Sur le vu de ce qui précède, il apparaît au degré de la vraisemblance prépondérante (degré de preuve valable en droit des assurances sociales; ATF 144 V 427 c. 3.2) que l'événement du 3 janvier 2019 n'a engendré qu'une décompensation passagère d'un état dégénératif préexistant et que le statu quo sine était atteint au plus tard trois mois après cet événement n'ayant entraîné qu'une contusion de l'épaule gauche (voir, parmi d'autres, l'arrêt TF 8C_714/2013 du 23 juillet 2014 admettant un temps de guérison identique après une chute à ski ayant déclenché une symptomatologie à une épaule déjà marquée par des lésions dégénératives et asymptomatiques préexistantes, elles aussi à l'origine d'un traitement opératoire non pris en charge par l'assurance-accidents). Il s'ensuit qu'à compter du 1^{er} mai 2019 au plus tard, l'atteinte scapulaire gauche de la recourante était exclusivement imputable à des causes étrangères à son accident et que cette dernière avait recouvré un état de santé tel qu'il serait advenu tôt ou tard en fonction de l'évolution de ses prédispositions malades. Pour parvenir à cette conclusion, l'intimée disposait avec l'avis de son médecin-conseil et les autres éléments médicaux au dossier de toutes les informations nécessaires à l'appréciation juridique du cas si bien qu'elle pouvait renoncer, sans violer le droit d'être entendue de l'assurée, à une instruction complémentaire telle que celle requise à titre subsidiaire dans le recours (c. C supra; appréciation anticipée des preuves; ATF 136 I 229 c. 5.3, 124 V 90 c. 4b, 122 V 157 c. 1d; SVR 2017 ALV n° 6 c. 4.2). C'est à bon droit dès lors que l'intimée a mis fin, sur ces mêmes bases médicales, à ses prestations avec effet au 1^{er} mai 2019, partant aussi qu'elle a refusé de prendre en charge les coûts de l'intervention chirurgicale du 22 août 2019 ainsi que l'incapacité de travail afférente à celle-ci. Une obligation de prester pour ce traitement

opératoire ne saurait non plus lui être reconnue au titre d'une rechute ou de séquelles tardives de l'accident incriminé (art. 11 OLAA). Tel ne pourrait en effet être le cas que si une atteinte à la santé d'abord considérée (à tort) comme guérie s'était à nouveau manifestée en produisant, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques susceptibles de conduire à un état pathologique différent (ATF 144 V 245 c. 6.1, 118 V 293 c. 2c; SVR 2019 UV n° 27 c. 4.1). En l'occurrence cependant, il n'est nullement litigieux que l'atteinte scapulaire gauche de l'assurée ne s'est durablement améliorée qu'après le traitement opératoire prodigué le 22 août 2019.

6.

6.1 Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté.

6.2 Il n'y a pas lieu de percevoir de frais de procédure, ni d'allouer de dépens, ni à la recourante qui n'obtient pas gain de cause, ni à l'intimée. L'octroi de dépens à un assureur pratiquant l'assurance-accidents obligatoire rendrait en effet le principe de la gratuité illusoire (art. 61 let. a et g LPGA; ATF 127 V 205 c. 3a, 126 V 143).

Par ces motifs:

1. Le recours est rejeté.
2. Il n'est pas perçu de frais de procédure, ni alloué de dépens.
3. Le présent jugement est notifié (R):
 - au mandataire de la recourante,
 - à l'intimée,
 - à l'Office fédéral de la santé publique,et communiqué (A):
 - à C._____.

Le président:
e.r. C. Meyrat Neuhaus, Juge

La greffière:

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).