

200.2020.77.LAA

N° accident:

ANP/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

P. Annen-Etique, greffière

A. _____
représentée par Me B. _____ et/ou Me C. _____
recourante

contre

D. _____ SA
intimée

relatif à une décision sur opposition de cette dernière du 10 décembre 2019



En fait:

A.

Dans une déclaration d'accident-bagatelle LAA établie le 16 mai 2019, le service du personnel d'une société du même groupe a annoncé à D._____ SA (ci-après: D._____) que A._____, née en 1960, employée depuis le 1^{er} janvier 2003 comme conseillère en assurances, s'était occasionnée, pendant ses vacances, une élongation ("Zerrung") de l'épaule gauche le 27 décembre 2018. L'intéressée elle-même (indication en français à la première personne du singulier) précisait dans le questionnaire qu'alors qu'elle rénoveait la chambre de sa fille qui avait quitté le domicile, elle avait tiré fortement l'ancien parquet pour le remplacer et, celui-ci ayant cédé, elle était tombée sur l'épaule gauche. D'après ses renseignements complémentaires fournis le 23 mai 2019 à l'assurance, le premier traitement avait été prodigué le 13 mai 2019 auprès de son médecin généraliste après qu'un suivi ostéopathique et des massages n'eurent pas permis d'atténuer les douleurs. Elle ajoutait être dans l'attente du résultat d'une imagerie par résonance magnétique (IRM) pratiquée le 22 mai 2019.

B.

Saisie du cas, la compagnie d'assurance a recueilli une appréciation du généraliste traitant datée du 3 juin 2019 et s'est vu remettre copie du résultat de l'imagerie du 22 mai 2019, ainsi que d'un rapport du 25 juin 2019 relatif à une consultation intervenue la veille auprès d'un chirurgien orthopédique. Par courrier du 25 juillet 2019, D._____ a nié tout droit aux prestations de l'assurance-accidents au motif qu'un lien de causalité entre les maux signalés et l'événement du 27 décembre 2018 n'était pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante. Ensuite des griefs formulés par l'assurée contre ce courrier (laquelle demandait par ailleurs le prononcé d'une décision formelle), D._____ a sollicité une prise de position de son médecin-conseil rédigée le 20 août 2019 (rapport établi en allemand, que cette assurance a fait traduire en français).

C.

Par décision du 29 août 2019, D. _____ a mis fin avec effet au 22 mai 2019 (en réalité, dès le lendemain) à ses prestations liées à l'événement incriminé du 27 décembre 2018. Suite à une opposition du 25 septembre 2019 de l'intéressée, la même compagnie a sollicité un nouveau rapport médical auprès du généraliste traitant et s'est enquis de l'appréciation du chirurgien orthopédique consulté (rapports y relatifs datés des 21 et 23 octobre 2019). Plusieurs rapports médicaux afférents à un suivi auprès d'un service hospitalier d'urgences ont par ailleurs été portés à la connaissance de D. _____ (parmi lesquels figurait le résultat d'une sonographie de l'épaule gauche réalisée le 11 juillet 2019). En possession d'une nouvelle prise de position établie le 5 novembre 2019 par son médecin-conseil (traduite en français), cette même assurance a formellement rejeté le 10 décembre 2019 l'opposition précitée et confirmé sa décision originelle du 29 août 2019.

D.

Par acte du 27 janvier 2020, l'assurée, représentée dans l'intervalle par un avocat, a porté le litige devant le Tribunal administratif du canton de Berne. Sous suite de frais et dépens, elle conclut à l'annulation de la décision sur opposition attaquée et au renvoi du dossier à l'intimée moyennant, à titre principal, l'octroi des prestations passées et futures dues depuis le 23 mai 2019 et, subsidiairement, la mise en œuvre d'une expertise médicale externe. Dans sa réponse du 20 mai 2020, l'intimée a conclu au rejet du recours, sous suite de frais éventuels, en se référant à une nouvelle prise de position du 3 mai 2020 de son médecin-conseil (traduite en français également). Les parties ont répliqué et dupliqué les 7 et 24 juillet 2020. Le mandataire de la recourante a fait parvenir au Tribunal sa note d'honoraires datée du 17 août 2020.

En droit:

1.

1.1 La décision sur opposition du 10 décembre 2019 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 23 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 des prestations temporaires au-delà du 22 mai 2019 et, subsidiairement, sur le renvoi de la cause à l'intimée en vue de mettre en œuvre une expertise médicale externe et (implicitement) rendre conséquemment une nouvelle décision sujette à opposition (puis recours). Est en particulier litigieux le lien de causalité entre l'événement survenu le 27 décembre 2018 et les troubles dont a continué à souffrir la recourante après le 22 mai 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 LPGGA, 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, dans la décision sur opposition et ses mémoires adressés au Tribunal, est d'avis que les douleurs de la recourante à son épaule gauche ne sont plus à compter du 23 mai 2019 en lien de causalité naturelle avec sa chute du 27 décembre 2018. De son avis, cette dernière a provoqué une simple contusion qui était guérie au plus tard à l'arthro-IRM (arthrographie associée à une IRM) du 22 mai 2019 n'ayant pas révélé de substrat d'origine accidentelle, mais uniquement des variantes physiologiques tel un récessus sous-labral ou un œdème du tiers externe de la clavicule. Quant

à la tendinite calcifiante du tendon sous-scapulaire gauche révélée par sonographie le 11 juillet 2019, elle l'attribue à une maladie dégénérante progressive. Eu égard entre autres à ce contexte dégénératif susceptible d'expliquer selon elle les douleurs dont a souffert l'assurée, elle écarte le diagnostic d'épaule gelée ou de capsulite rétractile posé par le chirurgien orthopédique. Elle exclut aussi tout diagnostic correspondant à ceux de la liste de l'art. 6 al. 2 LAA et retient que l'annonce tardive de l'accident couplée à la prise en charge différée de celui-ci contredit de toute façon un lien de causalité davantage que possible avec cet événement.

3.2 La recourante défend la thèse qu'en l'absence de preuve d'une lésion imputable de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie, le récessus sous-labral révélé à l'arthro-IRM du 22 mai 2019 constitue une lésion tendineuse assimilable à un accident au sens de l'art. 6 al. 2 LAA. Elle est par ailleurs d'avis que l'œdème mis au jour à cet examen radiologique constitue un indice clair en faveur d'un traumatisme passé et que l'intimée aurait dû se prononcer sur une éventuelle décompensation, ensuite de la chute, de la tendinite calcifiante sous-scapulaire jusqu'alors asymptomatique. Associant une capsulite rétractile à ce contexte clinique, elle fait valoir que le statu quo sine ne pouvait être arrêté au 22 mai 2019 par le médecin-conseil qui s'est uniquement référé à cet effet à l'absence d'une atteinte organique post-traumatique. Elle considère que cet avis médical, contredit par les spécialistes traitants et à défaut d'un examen sur sa personne susceptible de l'étayer, ne permet pas de trancher les droits litigieux. Elle en conclut que l'intimée n'a pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante la fin de l'origine accidentelle de ses lésions.

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 27 décembre 2018, 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 du seul fait de déchirure tendineuse ou de lésion ligamentaire pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à la maladie (c. 2.4 supra). Pour mettre fin à son obligation de prêter qu'elle avait initialement

reconnue, il incombe partant à l'intimée 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 (indemnités journalières et/ou prise en charge des frais de soin) 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 23 mai 2019 (lendemain de l'arthro-IRM qu'elle considère comme décisive), par sa décision du 29 août 2019 confirmée le 10 décembre 2019 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).

3.4 L'ultime prise de position du médecin-conseil de l'intimée a été rédigée le 3 mai 2020, soit après que cette dernière avait rendu sa décision sur opposition du 10 décembre 2019. En règle générale, le juge des assurances sociales apprécie la légalité de la décision attaquée d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (voir à ce sujet: c. 1.1 supra), à moins que les nouveaux rapports médicaux invoqués soient de nature à influencer sur l'appréciation au moment où la décision attaquée a été prononcée (SVR 2008 IV n° 8 c. 3.4). En l'espèce, l'appréciation médicale précitée a été rendue pour les besoins de la procédure de recours puisqu'elle sert d'étayage à la réponse de l'intimée du 20 mai 2020. Il n'y a partant pas lieu d'en faire abstraction dans le cadre de l'appréciation des preuves et ce, à plus forte raison qu'elle analyse la situation qui prévalait déjà avant le prononcé de la décision concernée.

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 22 mai 2019 d'un lien de causalité naturelle entre les plaintes alors encore présentes chez l'assurée à son épaule gauche et l'événement incriminé du 27 décembre 2018. Dès lors que l'intimée a admis devoir prendre en charge les suites immédiates de cet accident, 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 27 décembre 2018, l'assurée est tombée sur son épaule gauche alors qu'elle retirait un vieux parquet qui a tout soudainement cédé sous l'effet de la force déployée au moment de cette action. A l'occasion de sa première visite médicale le 13 mai 2019 chez son médecin généraliste, elle a indiqué qu'elle avait ressenti suite à sa chute des douleurs locales et des paresthésies dans le bras gauche.

4.2.2 L'arthro-IRM réalisée le 22 mai 2019 a révélé, selon l'appréciation du radiologue, pour seule anomalie une œdématisation du tiers latéral de la clavicule sans fracture visible, en laissant par ailleurs suspecter une contusion à titre de diagnostic différentiel (DD). Une lésion de la coiffe des rotateurs a été exclue, à l'instar de tout indice en faveur d'une luxation de l'articulation acromio-claviculaire (AC). Il a en outre été fait mention d'une infiltration du bourrelet glénoïdien (ou labrum) supérieur antérieur par le produit de contraste correspondant, en premier lieu, à un récessus sous-labral.

4.2.3 Dans un rapport rédigé le 3 juin 2019 à l'attention de D. _____, le généraliste traitant a discuté le résultat de l'arthro-IRM en en retenant la présence d'une contusion de la partie latérale de la clavicule gauche de même qu'une suspicion de récessus sous-labral. Sur ces bases radiologiques, il a quant à lui diagnostiqué une contusion de l'épaule gauche et des paresthésies d'origine indéterminée (cas échéant liées à une atteinte cervicale) dans le bras et la main gauches. De son avis, ces symptômes étaient exclusivement liés à l'accident et la fin du traitement

devait intervenir d'ici à quatre semaines. Il a néanmoins précisé demeurer alors dans l'attente du résultat d'une consultation organisée pour sa patiente auprès d'un médecin spécialiste.

4.2.4 La consultation spécialisée précitée a eu lieu le 24 juin 2019 chez un chirurgien orthopédique. Dans son rapport daté du lendemain, ce médecin a diagnostiqué une épaule gelée (frozen shoulder) post-traumatique du côté gauche non dominant, de même que des dysesthésies non spécifiées également post-traumatiques au bras gauche. Il a relevé sous l'angle des antécédents que la recourante n'avait jamais éprouvé de douleurs avant sa chute de décembre 2018, laquelle avait selon lui occasionné un important traumatisme en position de rotation extérieure et d'abduction. Dans le cadre de son anamnèse ont par ailleurs été rapportées des douleurs scapulaires persistantes, de nuit également (à l'instar des dysesthésies), plutôt accentuées latéralement lors des mouvements en phase finale, entre autres s'agissant de la rotation externe et de l'abduction, ainsi que pour les travaux s'exerçant au-dessus de la tête avec une force subjective normale. D'après le chirurgien consulté, des séances d'ostéopathie n'avaient pas aidé. Le 10 juillet 2019, l'intéressée a bénéficié auprès de lui d'une infiltration de l'articulation gléno-humérale.

4.2.5 Le 11 juillet 2019, l'assurée s'est rendue auprès d'un service hospitalier d'urgences en raison de douleurs lancinantes à l'épaule gauche apparues au cours de la nuit ayant suivi son infiltration. Hormis une ponction articulaire et des examens sanguins ayant révélé une leucocytose légèrement élevée, une sonographie de l'épaule gauche a été pratiquée le même jour, laquelle n'a pas mis en évidence d'épanchement articulaire mais la présence d'une tendinite calcifiante du tendon sous-scapulaire. Un traitement médicamenteux analgésique et anti-inflammatoire a été introduit. Une visite de contrôle le 12 juillet 2019 au sein du même service a permis de constater une nette amélioration des douleurs et de la mobilité au niveau de l'épaule gauche, respectivement une normalisation de la leucocytose. Lors d'un dernier contrôle en date du 15 juillet 2019 au sein de ce service, l'assurée a indiqué ne ressentir pratiquement plus aucune douleur. Il lui a été recommandé de poursuivre son traitement médicamenteux jusqu'à la résorption complète de ses maux.

4.2.6 Dans un rapport daté du 3 septembre 2019 faisant suite à une consultation ayant eu lieu la veille, le chirurgien orthopédique traitant a décrit une très bonne réaction à l'infiltration gléno-humérale et une disparition pratiquement complète des dysesthésies également. Lors de son examen clinique, il a constaté une mobilité scapulaire pratiquement identique des deux côtés et à tous les niveaux, moyennant par ailleurs un test de Phalen négatif. A défaut d'investigations neurologiques complémentaires jugées nécessaires, il a clos le traitement médical. A la suite de cette appréciation spécialisée, le généraliste traitant a confirmé le 18 septembre 2019 à l'attention de D. _____ que la chute survenue en décembre 2018 constituait un accident. Il a en outre relevé que le chirurgien orthopédique confirmait la nature post-traumatique de la problématique en cause. A l'appui d'une prise de position du 21 octobre 2019, ce même généraliste a encore souligné que sa patiente n'avait jamais présenté de douleurs à l'épaule gauche avant l'incident de décembre 2018 et qu'il estimait que ces douleurs étaient sans conteste imputables audit événement. A la demande de l'intimée, le spécialiste traitant a pour sa part précisé, le 23 octobre 2019, que l'apparition d'une épaule gelée était clairement en lien avec l'accident et qu'il ne s'agissait pas d'une pathologie idiopathique.

4.3 Un médecin-conseil de l'intimée, lui aussi spécialisé en chirurgie orthopédique, a livré son appréciation sur le cas de la recourante.

4.3.1 Dans un rapport du 20 août 2019 se prononçant sur diverses questions soumises par l'intimée, ce spécialiste a relevé que les symptômes décrits au bras gauche lors de la consultation du 13 mai 2019 intervenue quatre mois et demi après la chute de l'assurée ne s'avéraient pas spécifiques, en présence de douleurs locales à l'épaule et de dysesthésies dans la périphérie. De son avis, l'arthro-IRM réalisée le 22 mai 2019 ne montrait pas non plus de résultats d'origine traumatique et le léger hypersignal intra-osseux observé au niveau de la clavicule latérale correspondait à des modifications dégénératives débutantes légères de l'articulation acromio-claviculaire. Au surplus, il a considéré que l'imagerie ne montrait aucun signe en faveur d'une capsulite rétractile (frozen

shoulder) et qu'un statu quo sine morphologique pouvait être attesté au plus tard à la date de cet examen radiologique.

4.3.2 Invité à se prononcer sur les derniers rapports des 21 et 23 octobre 2019 des médecins traitants, le médecin-conseil de l'intimée a estimé dans une nouvelle prise de position du 5 novembre 2019 que ceux-ci ne recelaient aucun élément susceptible de l'amener à revoir sa précédente évaluation du 20 août 2019. En particulier, il a écarté le diagnostic d'une épaule gelée au motif que l'assurée avait pu bouger librement son épaule le jour de l'infiltration intra-articulaire. Selon lui, la restriction de mobilité observée auparavant n'était pas de nature structurelle, mais avait été déclenchée par les douleurs présentes s'expliquant elles-mêmes par la tendinite calcifiée confirmée par sonographie et étrangère à l'accident.

4.3.3 A l'appui de son ultime appréciation du 3 mai 2020, le même médecin consultant a encore précisé que l'arthro-IRM du 22 mai 2019 a mis en évidence une coiffe des rotateurs intacte et un espace gléno-huméral normal, la seule petite anomalie observée consistant en un récessus sous-labral correspondant cependant, selon lui, à une variante anatomique du bourrelet glénoïdal crânial n'ayant pas valeur de maladie. La même conclusion a été émise s'agissant de l'œdème du tiers latéral de la clavicule (sans fracture visible) constaté à l'imagerie. Se prononçant ensuite sur la sonographie du 11 juillet 2019, il a mentionné que le seul résultat anormal mis en évidence à l'examen réside dans une calcification intra-tendineuse de 3 mm de diamètre sur la partie inférieure du tendon sous-scapulaire, laquelle n'est clairement pas imputable à un événement traumatique. Réfutant le diagnostic d'épaule gelée vu l'absence d'indices morphologiques en ce sens à l'arthro-IRM, il a rappelé que déjà à l'occasion du premier examen du 13 mai 2019, il n'a pas été possible de confirmer des résultats pathologiques susceptibles d'étayer une causalité accidentelle et qu'un statu quo sine a pu être établi à la date de cette imagerie. Au surplus, il a exposé que le bourrelet (ou labrum) glénoïdien représente une entité anatomique et histologique propre qui ne peut être comparée à un tendon et qu'une lésion de cette structure ne peut partant être assimilée à un accident, à l'instar des modifications minimales constatées sur le plan morphologique. Il a insisté sur le laps de temps de

quatre mois et demi ayant séparé la chute et la première consultation médicale, lequel n'aurait plus permis d'établir un lien de causalité avec les symptômes décrits objectivement comme non spécifiques.

5.

Se pose la question de la valeur sous l'angle probatoire de l'avis du spécialiste consulté par l'intimée.

5.1 Quant à la forme, on constate d'emblée que l'appréciation rendue par ce médecin consultant, telle qu'elle ressort de ses prises de position des 20 août 2019, 5 novembre 2019 et 3 mai 2020, répond aux réquisits posés par la jurisprudence du TF (c. 2.5 supra). Si les deux premiers rapports médicaux précités se concentrent à la demande de l'assurance concernée sur des aspects liés à la causalité accidentelle, l'ultime appréciation livrée par ce spécialiste pendant la procédure de recours comprend quant à elle une anamnèse médicale stricte. En préambule à ses réponses apportées aux questions complémentaires de l'intimée, le même médecin-conseil a dressé en effet un rappel factuel détaillé des diverses étapes liées à la prise en charge du traumatisme du 27 décembre 2018 et a intégré dans ce contexte les tous derniers éléments d'appréciation au dossier émanant du chirurgien orthopédique traitant. Par le recul dont elle peut justifier à la date de son établissement, l'évaluation de ce médecin, interne à l'assureur-accidents, constitue ainsi la seule source médicale qui synthétise l'entier du dossier médical de la recourante. Les conclusions de ce spécialiste, étayées par la clinique stricte du cas, en particulier le compte-rendu de la première consultation médicale du 13 mai 2019 ainsi que ceux relatifs à l'arthro-IRM du 22 mai 2019 et à la sonographie du 11 juillet 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 (réplique p. 2 en haut) n'est pas de nature déjà à 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; voir aussi par ex.: SVR 2020 IV n° 38 c. 4.3). 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 si le dossier rend compte d'une unique consultation le 13 mai 2019 auprès du généraliste traitant, il atteste par ailleurs du résultat de l'arthro-IRM réalisée le 22 mai 2019, d'un suivi du 24 juin au 2 septembre 2019 chez un chirurgien orthopédique, ainsi que d'investigations complémentaires réalisées dans l'intervalle au sein d'un service hospitalier d'urgences (examens sanguins, ponction articulaire et sonographie de l'épaule gauche entre les 11 et 15 juillet 2019).

5.2 Sur le plan matériel, les conclusions du spécialiste-conseil de l'intimée s'écartent il est vrai de celles du chirurgien traitant qui a expliqué la symptomatologie par une épaule gelée exclusivement imputable à la chute du 27 décembre 2018 et a attesté d'une amélioration de celle-ci suite à une infiltration de l'articulation gléno-humérale en date du 10 juillet 2019. Dès l'abord, l'on relèvera que les investigations radiologiques menées contredisent cette conclusion à mesure qu'elles n'ont pas permis de mettre

en évidence des résultats morphologiques objectifs imputables à l'événement incriminé. D'une part, l'arthro-IRM du 22 mai 2019 a en effet écarté une lésion de la coiffe des rotateurs ainsi qu'une luxation de l'articulation acromio-claviculaire, en l'absence au surplus de toute autre fracture visible. L'espace gléno-huméral mis au jour à l'imagerie a par ailleurs révélé un état physiologique normal, à savoir une surface articulaire ni étendue ni restreinte, ainsi que l'absence de signes d'épaississement de la capsule qui auraient pu traduire l'existence d'une épaule gelée. Certes, une œdématisation du tiers latéral de la clavicule a été consignée dans le rapport d'imagerie et une suspicion de récessus (foramen) sous-labral par ailleurs évoquée. Le médecin-conseil a cependant expliqué de manière convaincante à ce propos qu'il s'agissait de variantes anatomiques dépourvues d'un caractère malade et sur-interprétées par le chirurgien traitant en raison, pour la première, d'un léger hypersignal présent sur la clavicule latérale et, quant à la seconde, d'une structure particulière mais non pathologique du bourrelet glénoïdien, lequel ne pouvait par ailleurs être comparé à un tendon. Tout au plus ce médecin a-t-il consenti à qualifier la première de ces altérations en tant que modification dégénérative débutante légère dans l'articulation acromio-claviculaire qui s'avère conforme à l'âge de la requérante. Il a par contre exclu sans équivoque que cette altération organique puisse consister en une anomalie résiduelle liée au traumatisme subi. Or, pour émettre cette appréciation, le même spécialiste ne s'est pas prêté à la seule discussion contradictoire des conclusions divergentes exprimées au dossier, mais a veillé à arrimer ses critiques à leur encontre à ses propres connaissances spécialisées en tant que chirurgien orthopédique. C'est à raison de ce savoir scientifique qu'il a en outre démenti le diagnostic différentiel d'une contusion posé par le radiologue lors de l'arthro-IRM, en opposant audit médecin que l'événement discuté remontait à ce moment-là déjà à près de cinq mois et qu'une contusion osseuse post-traumatique (bone bruise) par hypothèse liée à la chute incriminée n'aurait, par suite de l'entière guérison de cette lésion, plus été visible à l'imagerie. Partant, c'est avec cohérence que ce médecin retient qu'un statu quo sine morphologique a au plus tard été récupéré à la date de cet examen radiologique. D'autre part, il a aussi précisé que la sonographie pratiquée le 11 juillet 2019 n'a pas mis en évidence d'épanchement articulaire, ni d'hématome péri-articulaire ou intra-

articulaire, mais une tendinite calcifiante du tendon sous-scapulaire en notant que les médecins traitants ont au reste passé sous silence cet élément comme explication possible aux plaintes invoquées à l'épaule gauche. Selon un argument supplémentaire du médecin-conseil, la bonne réponse observée à l'infiltration de l'articulation gléno-humérale pratiquée le 10 juillet 2019 montre aussi que les douleurs scapulaires s'expliquaient bien par ce substrat chronique dégénératif. Dans le cadre de sa prise en charge dans le courant juillet 2019, le service hospitalier d'urgences a d'ailleurs lui aussi considéré que la tendinite dégénérative constatée à la radiologie expliquait les plaintes de l'assurée à son épaule gauche.

5.3 Sous l'angle clinique, les observations recueillies au fil de la prise en charge thérapeutique ne permettent pas non plus d'accroire la thèse d'une symptomatologie d'origine accidentelle. Lors de son (unique) examen médical du 13 mai 2019 lié à l'accident incriminé, le généraliste traitant n'a pas été en mesure en effet d'attester une typologie de plaintes spécifique d'une épaule gelée, seules des paresthésies d'origine indéterminée ayant alors pu être singularisées dans le bras et la main gauches. Au reste, il ne pouvait guère en aller différemment étant donné la période de latence de quatre mois et demi qui s'était écoulée, à la date de cette consultation médicale, depuis la chute du 27 décembre 2018. A lire les rapports médicaux du généraliste traitant, l'on observe de plus que sa thèse d'une étiologie accidentelle relativement aux scapulalgies de sa patiente s'appuyait essentiellement sur les dires de cette dernière, en particulier sur le fait que celle-ci n'avait jamais exprimé ce type de plaintes avant sa chute (dossier intimée [dos. int.] 46). Or, de pratique constante, le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit en soi pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet événement (raisonnement "*post hoc, ergo propter hoc*" pas déterminant: ATF 119 V 335 c. 2b/bb; SVR 2016 UV n° 24 c. 7.2). Quant à la première consultation orthopédique du 24 juin 2019, elle a eu lieu près de six mois après la chute incriminée. En l'absence de données cliniques concomitantes à l'époque de l'accident, le spécialiste consulté ne pouvait dès lors, lui aussi, se fonder que sur les seules indications narratives de sa patiente en vue d'établir une éventuelle causalité accidentelle. Le diagnostic d'une épaule gelée retenu à l'issue de cette consultation

orthopédique est de plus contredit par les observations cliniques rapportées à la suite de l'infiltration pratiquée le 10 juillet 2019, dont il ressort que l'assurée a été le jour même en mesure de bouger librement son épaule gauche (dos. int. 32). Comme l'a dûment motivé le médecin-conseil de l'intimée, une telle réaction thérapeutique ne peut toutefois s'entendre que si la mobilité réduite autrefois observée n'était pas de nature structurelle, mais s'expliquait par les douleurs provoquées par la tendinite calcifiante (voir à ce sujet c. 5.2 supra). Cette conclusion excluant une problématique d'épaule gelée apparaît d'autant plus convaincante que, d'après l'expérience du même médecin, ce type de pathologie survient généralement dans les toutes premières semaines qui suivent l'accident. En l'espèce, rien n'indique cependant que tel a été le cas et, si cette hypothèse devait néanmoins être retenue, il n'apparaîtrait en tout état de cause guère plausible que l'assurée ait attendu quelque quatre mois et demi avant de consulter un médecin. Au degré de preuve de la vraisemblance prépondérante (degré de preuve valable en droit des assurances sociales; ATF 144 V 427 c. 3.2) à tout le moins, les conclusions du médecin-conseil ne sont pas remises en doute par les avis des médecins traitants. Ici, quand bien même ce seul argument ne suffirait pas à affirmer le caractère probant de l'appréciation émanant du médecin interne à l'assurance (ATF 135 V 465 c. 4.4 à 4.6), on ne peut cependant pas faire totalement abstraction du fait qu'en regard 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).

5.4 Sur le vu de ce qui précède, il apparaît au degré de la vraisemblance prépondérante que l'événement du 27 décembre 2018 n'a engendré qu'une décompensation passagère d'un état dégénératif préexistant et qu'en comparaison avec des précédents judiciaires, l'intimée ne s'est pas montrée sévère envers la recourante en fixant la récupération du statu quo sine au plus tard à la date de l'arthro-IRM du 22 mai 2019, respectivement au lendemain de celle-ci (voir, parmi d'autres, les arrêts TF 8C_19/2020 du 21 septembre 2020, 8C_714/2013 du 23 juillet 2014 et le jugement du TA [JTA] 2020/184 du 21 décembre 2020 admettant un temps

de guérison de trois mois après une chute ayant déclenché une symptomatologie à une épaule déjà marquée par des lésions dégénératives et asymptomatiques préexistantes). Il s'ensuit qu'à compter du 23 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. D 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 à partir du 23 mai 2019, partant aussi qu'elle a refusé de prendre en charge les coûts des traitements médicaux postérieurs à cette date. Une obligation de prester pour ces traitements ne saurait pas non plus lui être reconnue au titre d'une rechute ou de séquelles tardives de l'accident au sens de l'art. 11 OLAA, du reste non invoquées dans le recours. Tel ne pourrait quoi qu'il en soit 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 l'infiltration pratiquée le 10 juillet 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 LPG; 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 E._____.

La 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).