

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/11/2014

ATAS/1080/2016

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 20 décembre 2016

3^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée c/o Monsieur B_____, à GENÈVE,
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Marc
MATHEY-DORET

recourante

contre

AXA ASSURANCES SA, sise General-Guisan-Strasse 40,
WINTERTHUR, représentée par AXA WINTERTHUR, chemin de
Primerose 11, LAUSANNE, comparant avec élection de domicile
en l'étude de Maître Michel BERGMANN

intimée

**Siégeant : Karine STECK, Présidente ; Diane BROTO et Christine LUZZATTO, Juges
assesseurs.**

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après l'assurée) travaille en tant que directrice pour le compte d'une société de design sise à Genève et est assurée par le biais de son employeur auprès d'AXA ASSURANCES SA (ci-après : l'assureur-accidents) contre le risque d'accidents, professionnels ou non.
2. Le 14 mars 2013, l'assurée a annoncé un accident survenu le 24 décembre 2012 : elle avait chuté alors qu'elle skiait, culbutant en avant et du côté droit.
3. Un mois après l'accident, l'assurée a consulté le Dr C_____ en raison des douleurs ressenties au niveau de son épaule droite. Ce médecin a conclu à une rupture du tendon supra-épineux, lésion de la coiffe des rotateurs, et lui a prescrit un traitement consistant en antidouleurs, en anti-inflammatoires et en séances de chiropraxie et de physiothérapie.
4. Le 5 février 2013, une arthro-IRM a montré une dégénérescence kystique de la tête humérale de localisation postéro-externe. Il a été conclu à une rupture du supra-épineux partiellement couverte et à une incurvation vers le bas de l'extrémité distale de l'acromion, provoquant une empreinte sur la portion conjointe du supra et de l'infra-épineux.
5. L'assureur-accidents a soumis le dossier de l'assurée à son médecin-conseil, le Dr D_____, spécialiste FHM en chirurgie orthopédique, qui s'est prononcé le 6 août 2013.

Ce médecin a conclu que le lien de causalité naturelle entre l'état de l'épaule droite et l'événement du 24 décembre 2012 s'était rompu après trois mois.

Il a expliqué baser ses conclusions sur plusieurs éléments : l'âge de la patiente (auquel les lésions dégénératives de la coiffe des rotateurs sont déjà plus fréquentes que les lésions traumatiques), l'absence de pseudo-paralysie initiale, l'absence de consultation médicale pendant un mois, le fait que la limitation fonctionnelle douloureuse de l'épaule droite ne s'était développée que secondairement et progressivement, le fait que l'imagerie montre des lésions manifestement dégénératives (acromion crochu et remaniement kystique de la tête humérale) - ne pouvant selon lui être que l'aboutissement d'un processus chronique évoluant sur plusieurs années et non la conséquence d'un événement survenu deux mois plus tôt - et, enfin, le fait qu'aucun traitement chirurgical n'ait été proposé.

Le médecin-conseil a encore ajouté que l'aspect aminci d'un tendon du supra-épineux n'était pas forcément à considérer comme une rupture mais plutôt comme une tendinopathie interstitielle dans un conflit sous-acromial chronique.

Le médecin a conclu que l'assurée souffrait très vraisemblablement d'un état pathologique préexistant de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite et que, même en admettant une entorse significative, il fallait partir du principe que le statu quo sine avait été retrouvé au plus tard trois mois après l'événement, les troubles résiduels de l'épaule étant à mettre sur le compte de l'état dégénératif préexistant.

6. Par décision du 12 août 2013, l'assureur-accidents, se basant sur l'avis de son médecin-conseil, a mis un terme au versement de ses prestations avec effet au 24 mars 2013, date à compter de laquelle il a considéré que le statu quo sine avait été retrouvé.
7. Le 10 septembre 2013, l'assurée s'est opposée à cette décision en produisant à l'appui de sa position deux rapports, dont elle a souligné qu'ils n'évoquaient aucune atteinte dégénérative :

- le premier, rédigé par le Dr E_____, spécialiste FMH en chirurgie de l'épaule et traumatologie de l'appareil moteur, en date du 28 mars 2013, indiquait l'apparition de douleurs au niveau de l'épaule droite de l'assurée suite à sa chute à ski et précisait : le bilan paraclinique « confirme une lésion quasiment transfixiante de son tendon sus-épineux » ; il préconisait, en cas d'échec du traitement conservateur, une arthroscopie avec réinsertion de la coiffe supérieure ;

- le second, établi par le Professeur F_____, chirurgien orthopédique, le 23 mai 2013, relatait que depuis sa chute à ski, l'assurée passait par des phases douloureuses au niveau de l'épaule et se plaignait de douleurs dans les gestes de la vie quotidienne ; le bilan de l'imagerie mettait en évidence une lésion du sus-épineux de l'épaule droite ; le professeur préconisait de la physiothérapie.

8. L'assureur a soumis ces documents au Dr G_____, spécialiste FMH en chirurgie, qui, en date du 1er octobre 2013, s'est rangé à l'avis selon lequel les troubles encore présents seraient tout au plus en lien de causalité naturelle possible avec l'événement.

Le médecin a relevé, d'une part, l'absence de symptomatologie initiale typique rencontrée après une rupture du tendon du sus-épineux sous forme d'une pseudo paralysie, d'autre part, le fait que l'IRM démontrait « de manière pratiquement certaine » que le tendon du sus-épineux présentait une lésion dégénérative préexistante sous forme d'une tendinopathie avec altérations kystiques au niveau de l'insertion du tendon et d'un conflit sous-acromial chronique à cause d'un acromion du type II à III ce qui, à partir de 40 ans, mène à des ruptures du sus-épineux partielles couvertes (comme chez l'assurée).

Le Dr G_____ a précisé que ni la symptomatologie initiale, ni les constatations radiologiques ne correspondaient à une évolution d'origine traumatique ou analogue.

Il a expliqué que de tels états préexistants restent généralement asymptomatiques durant une longue période pour se manifester brusquement à la suite de charges et

de mouvements inhabituels ou suite à une contusion. Il a considéré que l'événement avait servi de facteur déclenchant.

Tout comme le Dr D_____, le Dr G_____ a conclu que le statu quo sine avait été retrouvé trois mois après l'événement.

9. Par décision du 15 novembre 2013, l'assureur-accidents a confirmé celle du 12 août 2013 en précisant qu'un éventuel recours n'aurait aucun effet suspensif.

L'assureur-accident a considéré que les rapports produits par l'assurée ne faisaient que mentionner que les douleurs étaient survenues à la suite de la chute du 24 décembre 2012, sans se prononcer sur les causes des troubles et sur l'existence ou non d'un état dégénératif au niveau de l'épaule droite.

A cet égard, il a rappelé que le seul fait que les symptômes douloureux se soient manifestés après la survenance de l'événement ne suffisait pas à établir une relation de causalité avec celui-ci.

Pour le reste, il s'est référé aux avis des Drs D_____ et G_____.

Quant à l'allégation selon laquelle l'assurée aurait souffert d'une paralysie pendant plus d'une demi-journée, l'assureur l'a qualifiée de peu crédible, faisant remarquer que si tel avait été le cas, l'intéressée n'aurait pas manqué de consulter immédiatement un médecin, ce qu'elle n'avait pas fait.

En définitive, l'assureur n'a admis l'existence d'un lien de causalité entre l'accident et les troubles de l'épaule droite que pour une durée de trois mois.

10. Par écriture du 3 janvier 2014, l'assurée a interjeté recours contre cette décision en demandant préalablement que soit restitué l'effet suspensif au recours, à ce que soit entendu le Professeur F_____, à ce que soit mise sur pied une expertise médicale et, quant au fond, à ce que la décision du 15 novembre 2013 soit annulée et à ce qu'un droit aux prestations lui soit reconnu au-delà du 25 mars 2013.

L'assurée relève que le Dr D_____ n'avait pas connaissance, au moment de rendre son avis, des rapports des Drs E_____ et F_____. Quant au Dr G_____, elle lui reproche de n'avoir pas expliqué les raisons pour lesquelles il s'est écarté de ces avis médicaux.

A l'appui de sa position, la recourante produit un nouveau rapport du Prof. F_____ du 19 décembre 2013, dans lequel ce dernier répète que c'est depuis sa chute à ski que l'assurée s'est plainte de douleurs au niveau de l'épaule droite. Le médecin ajoute, s'agissant de l'intéressée qui n'était âgée que de 42 ans au moment des faits :

« Il s'agit d'un âge jeune pour développer une épaule dégénérative de longue date comme les experts le prétendent. Il y a clairement une déchirure intra-tendineuse du tendon du sus-épineux et le fait que la patiente ait un acromion crochu ne joue pas de rôle dans cette affaire puisque l'impingement se trouve entre le sous-épineux et le supra-épineux. Je confirme donc que la symptomatologie est

certainement due à l'accident et qu'il y a bien une rupture intra-tendineuse du sus-épineux ».

11. Le 29 janvier 2014 (arrêt incident ATAS/119/2014) la Cour de céans a rejeté la requête en restitution de l'effet suspensif.

12. L'intimée s'est prononcée quant au fond du litige le 20 février 2014.

Elle maintient que les troubles au niveau de l'épaule droite dont a encore souffert l'assurée au-delà du 24 mars 2013 n'étaient plus en relation de causalité avec l'accident du 24 décembre 2012. Elle se réfère en particulier aux rapports des Drs D_____, H_____ et I_____, selon lesquels l'assurée souffrait d'une tendinopathie dégénérative préexistante et le statu quo sine aurait été atteint au plus tard trois mois après l'accident.

13. Par écriture du 29 avril 2014, la recourante a quant à elle persisté dans ses conclusions, en alléguant notamment que le médecin-conseil de l'intimée fonde son avis sur une version inexacte des faits, en postulant de manière erronée qu'elle n'a pas éprouvé de paralysie durant une demi-journée consécutivement à l'accident.

Au surplus, à l'appui de ses dires, la recourante a produit un courrier rédigé le 21 mars 2014 par le Prof. F_____ aux termes duquel celui-ci persiste à soutenir qu'à son avis, l'accident de ski dont l'intéressée a été victime est directement responsable de l'état de son épaule actuel, ce que confirment les résultats de l'arthro-IRM. Le médecin répète qu'il serait étonnant que la patiente, âgée de 42 ans au moment de l'accident, ait souffert d'une lésion dégénérative importante de la coiffe des rotateurs, au vu de l'activité qu'elle exerce (essentiellement un travail de bureau).

14. Une audience d'enquêtes s'est tenue en date du 12 juin 2014 au cours de laquelle a été entendu le Prof. F_____, qui a indiqué ne pas partager les conclusions du Dr D_____.

Le témoin a expliqué écarter la possibilité d'une lésion d'origine dégénérative en raison des éléments suivants :

- l'adéquation entre les circonstances de l'accident et les lésions subies ;
- l'absence d'antécédents douloureux ;
- l'âge de la patiente au moment des faits ;
- mais aussi, et surtout, l'arthro-IRM, qui a montré une image qui n'est pas habituelle en présence de troubles dégénératifs ; à cet égard, le témoin explique que le tendon du sus-épineux présente deux faces : de façon générale, les lésions dégénératives touchent la face supérieure, qui est en contact avec l'acromion et peut frotter contre celui-ci ; alors que chez l'assurée, c'est précisément la face articulaire qui est touchée, comme c'est le cas en cas de traumatisme ou chez les sportifs.

Le témoin a ajouté que, contrairement à ce que le Dr G_____ soutient, selon l'anamnèse, il apparaît qu'il y a bel et bien eu une symptomatologie initiale typique (difficultés à lever le bras dans un premier temps, puis, dans un second temps, l'apparition de douleurs), étant précisé qu'il est classique que les douleurs ne surviennent qu'a posteriori, lorsque les muscles ne sont plus « chauds ». Ce n'est que par la suite, avec la chronicisation des douleurs, que les patients viennent en consultation.

Le témoin a répété que la présence, en l'occurrence, d'un acromion crochu ne joue aucun rôle puisqu'il n'y a pas eu déchirure de la coiffe. Qui plus est, à l'examen, l'acromion ne paraît pas particulièrement crochu.

15. Entendu à son tour, le 21 août 2014, le Dr I_____ a émis l'avis que le jeune âge de l'assurée ne permet pas d'écarter l'origine dégénérative de la lésion. En effet, les lésions dégénératives, particulièrement tendineuses de la coiffe des rotateurs (particulièrement spécifiques et non comparables aux lésions d'autres tendons), commencent tôt, vers l'âge de 30 ans (cf. littérature des dix à quinze dernières années). Il est vrai qu'elles ne se manifestent spontanément que plus tard, vers 40 ans, mais plutôt vers 50 ans. Par ailleurs, ce type de lésions n'est pas nécessairement lié à la pratique d'une activité répétitive ou sportive.

Le témoin a souligné que la coiffe des rotateurs présente une biologie de vieillissement particulière par rapport aux autres tendons.

Quant à l'explication du Prof. F_____ et à son argumentation basée sur la localisation de la lésion, le témoin l'a contestée : en effet, la notion de « conflit » à l'origine des lésions dégénératives – théorie qui explique l'apparition de telles lésions par le frottement du tendon contre la voûte de l'omoplate – n'est plus d'actualité, selon lui. Les nouvelles études, rendues possibles par l'examen des IRM notamment, ont permis de comprendre que les lésions dégénératives se manifestent non pas sur la face supérieure, mais bien au contraire dans le tendon (à son insertion sur l'os) et sur sa face inférieure. C'est la biologie particulière de ce tendon et sa localisation, qui a pour conséquence qu'il est peu vascularisé, qui explique sa fragilité. En résumé, en l'occurrence, la localisation dans le tendon et sur la face inférieure, de l'atteinte, est caractéristique, précisément d'une lésion dégénérative. Celle-ci, à son stade initial, ne se manifeste en réalité que rarement sur la face supérieure.

Le témoin a ajouté avoir également constaté à l'IRM les kystes évoqués par le Dr J_____ dans son rapport du 5 février 2013 : deux ou trois, bien délimités et bien sclérosés, ce qui démontre qu'il s'agit d'atteintes anciennes et dégénératives. Là encore, il s'agit du signe typique associé généralement à des lésions dégénératives précoces du tendon du sus-épineux apparaissant postérieurement à l'âge de 30 ans.

Le témoin a expliqué qu'une lésion traumatique, c'est-à-dire subite et aiguë, se traduit par un déficit immédiat de la fonction dû à la douleur. Il est juste de dire,

comme l'indique le Prof. F_____, que, dans un premier temps, la douleur peut être moindre, lorsque les muscles sont encore chauds, mais elle se manifeste à tout le moins le lendemain ou le surlendemain et amène en général le patient à consulter dans la semaine. La tolérance à la douleur varie certes d'un patient à un autre, mais une rupture, même partielle, du tendon est cliniquement très bruyante. Dans ces circonstances, un délai d'un mois à six semaines ne paraît pas compatible avec une rupture tendineuse traumatique.

Dans le cas d'espèce et sur la base de l'ensemble des éléments, le témoin considère que la chute a entraîné une contusion simple de l'épaule, atteinte que l'on considère comme guérie dans les deux à trois mois, qui a révélé une pathologie sous-jacente, asymptomatique jusqu'alors. C'est là, selon lui, un cas parfaitement classique (cf. notamment la publication de la Société française de chirurgie orthopédique et traumatique - SOFCOT).

Certes, une lésion traumatique peut se surajouter à un état dégénératif préexistant, asymptomatique ou non. Cependant, dans le cas présent, le témoin dit n'avoir trouvé aucun élément médical objectif permettant de conclure à l'existence de séquelles persistantes d'un traumatisme, raison pour laquelle il conclut que la chute n'a eu pour conséquence qu'une contusion simple, c'est-à-dire une lésion qui, biologiquement, guérit dans les délais habituels.

16. En comparution personnelle, la recourante a émis l'hypothèse que le laps de temps qui s'est écoulé entre l'accident et sa consultation d'un médecin s'explique par son vécu : d'origine américaine, elle n'a disposé d'une assurance-maladie qu'à l'âge de 27 ans et a dès lors pris l'habitude d'attendre d'être sûre de souffrir d'un problème sérieux pour consulter.

La recourante répète que la douleur est apparue immédiatement, accompagnée d'un gonflement de tout le haut du corps (nuque, bras, dos). Elle n'a cependant décidé de consulter que lorsque cet œdème est réapparu, quelques semaines plus tard, lorsqu'elle a essayé de reprendre le yoga.

Elle souligne avoir pratiqué régulièrement yoga et Pilates, ce qui, argue-t-elle, aurait été impossible si elle avait souffert d'une lésion dégénérative comme le soutient l'intimée.

17. A l'issue des audiences d'enquêtes, la Cour a accordé un délai aux parties pour lui faire parvenir la liste des questions qu'elles souhaitent voir poser à l'expert orthopédique qui serait désigné et lui suggérer le nom d'un expert potentiel.
18. Un échange de correspondance s'en est suivi.
19. Considérant qu'il lui était difficile de trancher la controverse entre les médecins-conseil de l'intimée, d'une part, et le Prof. F_____, d'autre part, qui tous argumentaient leur position respective de manière convaincante, au moyen d'arguments médicaux dont il était difficile à la Chambre de céans de vérifier la pertinence, la Chambre de céans a ordonné en date du 18 décembre 2014

(ATAS/1319/2014), une expertise orthopédique qu'elle a confiée au docteur K_____, spécialiste FMH en orthopédie et spécialiste de l'épaule.

20. Celui-ci a rendu son rapport en date du 20 décembre 2015, sur la base d'un examen clinique de l'assurée, du dossier médical et de l'arthro-IRM du 5 février 2013. Le docteur L_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie a contribué à la recherche et à l'analyse de la partie bibliographique.

L'expert s'est livré à une anamnèse, s'est fait le relais des plaintes de l'assurée, avant de décrire ses constatations objectives. En substance, ses différents examens l'ont amené à conclure que la fonction de l'épaule droite correspondait approximativement à 80% de celle d'une épaule normale, observations corrélées par l'évaluation subjective de la recourante.

L'expert a retenu le diagnostic de lésion partielle sub-totale du tendon sus-épineux de l'épaule droite.

L'expert a dit partager les conclusions du Prof. F_____ quant à l'adéquation entre les circonstances de l'accident et les lésions subies, mais les a nuancées en soulignant, d'une part, qu'il est fort possible d'être atteint d'une lésion des tendons de la coiffe sans ressentir de symptômes, d'autre part, que l'on ne saurait déduire de manière catégorique de la localisation des lésions chez l'assurée qu'elles seraient forcément d'origine traumatique. S'il est vrai qu'une lésion partielle intra-articulaire du tendon sus-épineux est souvent observée dans le cadre d'un traumatisme, ce type de lésion est également présent chez les cas dégénératifs de patients âgés de plus de 40 ans. L'expert en tire la conclusion qu'on ne peut donc parler que d'une probabilité.

Quant au critère de l'âge, l'expert a expliqué que la probabilité d'avoir une lésion partielle ou transfixiante est inférieure à 4% jusqu'à l'âge de 40 ans, qu'entre 40 et 60 ans, elle est de 6 à 15 % pour des lésions transfixiantes et de 4 à 20 % pour des lésions partielles.

Par ailleurs, l'expert a indiqué ne pas être d'accord avec les conclusions des médecins-conseil selon lesquelles l'assurée n'aurait en l'occurrence pas souffert de pseudo-paralysie initiale, puisqu'elle a déclaré avoir ressenti des douleurs dans l'épaule droite sur l'instant et le soir après l'événement et qu'elle a décrit une difficulté à élever le bras le jour d'après. Il y a donc eu coïncidence entre le traumatisme et les symptômes décrits pendant les jours et semaines suivantes, correspondant aux phases traumatiques.

L'expert a également indiqué son désaccord avec l'affirmation selon laquelle l'IRM montrerait des lésions manifestement dégénératives. Il souligne que les images radiologiques, si elles peuvent contribuer à un diagnostic définitif, ne suffisent pas. Un tel diagnostic reste le résultat de l'ensemble de l'anamnèse, de l'examen clinique et des résultats d'examens complémentaires.

L'expert s'est également écarté clairement des conclusions du Dr M_____ auquel il a reproché d'avoir posé un diagnostic (de conflit sous-acromial) qui ne peut l'être qu'après un examen clinique du patient, alors que ce médecin n'a jamais examiné l'assurée, pas plus que ses deux collègues médecins-conseil.

Le Dr M_____ admet d'ailleurs que la lésion partielle tendineuse du sus-épineux peut avoir une origine traumatique mais infirme cette hypothèse par la symptomatologie initiale - argument réfuté par l'expert au motif que d'autres médecins ont corroboré que le début des douleurs remontait à la chute, d'une part, que le médecin-conseil ne s'est livré à aucun examen anamnestique ou clinique, d'autre part -, et par les constatations radiologiques. Or, selon l'expert, l'examen IRM ne permet en aucun cas de conclure de manière « pratiquement certaine » en faveur d'une lésion dégénérative préexistante.

L'expert s'est aussi écarté des conclusions du Dr I_____. Selon l'expert, il n'est pas particulièrement étonnant ou inhabituel qu'un délai d'un mois se soit écoulé entre l'événement et la première consultation. Si les douleurs apparaissent dans les 72 heures après un traumatisme, il n'y a pas de statistiques prouvant quel est le délai « normal » pour une consultation. On ne peut en particulier, selon l'expert, affirmer qu'une lésion tendineuse est toujours bruyante : certaines personnes supportent la douleur ou ne veulent pas consulter pour d'autres raisons.

L'expert souligne par ailleurs que, d'après la littérature, l'évolution du vieillissement d'un tendon se fait en plusieurs dizaines d'années et n'atteint pas toute la population de manière homologue. Pour conclure avec certitude que l'assurée faisait partie des rares personnes souffrant d'une dégénération tendineuse précoce, il aurait fallu, entre autres, un examen histopathologique et génétique de son tendon. S'il est vrai qu'on retrouve des changements dégénératifs dès l'âge de 30 ans, on ne peut généraliser cela à toute la population : en général, les symptômes se manifestent plutôt après 50 ans.

Quant à la présence de kystes sur le trochiter, l'expert fait remarquer que, chez l'assurée, ils se trouvent en « postérieur » et qu'ils sont donc non spécifiques. On ne saurait donc les associer à des lésions dégénératives typiques, d'autant que les quelques signes à l'IRM ne sont pas représentatifs d'une lésion dégénérative.

Selon l'expert, les arguments apportés contre une cause traumatique par les Drs D_____, M_____ et I_____ ne sont pas confirmés par la littérature scientifique.

Selon lui, la majorité des lésions tendineuses de la coiffe est d'origine multifactorielle. On peut déduire des faits épidémiologiques qu'à 42 ans, il était peu probable (0 à 25%) que l'assurée ait déjà une lésion du tendon du sus-épineux avant l'événement, alors que les lésions constatées à cet âge-là d'un point de vue traumatique atteignent une haute probabilité (plus de 75%). Dans ces conditions, on ne saurait conclure de manière quasiment certaine que la lésion de l'assurée serait d'origine malade.

Selon l'expert, la pratique régulière du yoga ou du Pilate par l'assurée jusqu'à l'accident n'aurait pas été compatible avec une lésion dégénérative ou malade aussi avancée.

Quant au statu quo sine, l'expert considère qu'il n'a pas été retrouvé. Il explique qu'un tendon a une capacité limitée à guérir sans opération et que cela n'arrive qu'en cas de lésions millimétriques. Le délai varie entre deux et six ans selon la base de départ. Les facteurs associés à une telle progression négative sont un âge de plus de 60 ans, la présence d'une rupture transfixiante, l'atteinte de plus d'un tendon et le degré de l'infiltration graisseuse initiale.

21. Par écriture du 10 mars 2016, la recourante a fait valoir qu'une pleine valeur probante devait être accordée à l'expertise et a persisté dans ses conclusions.
22. Le même jour, l'intimée a fait de même.

Elle reproche à l'expert de s'être basé, pour conclure à un accident, sur les seuls récit et dires de l'assurée. Elle relève que l'expert admet que la majorité des lésions tendineuses de la coiffe sont d'origine multifactorielle et en tire la conclusion que les examens cliniques objectifs ne permettent pas de déterminer la cause de la lésion à l'épaule et que le lien de causalité repose uniquement sur l'absence de facteurs de risques et les déclarations - contestées - de l'assurée selon lesquelles elle aurait souffert de douleurs à l'épaule après l'événement. Selon l'intimée, cela n'est pas suffisant pour en conclure à l'existence d'un lien de causalité.

EN DROIT

1. La recevabilité du recours et la compétence de la Chambre de céans ayant d'ores est déjà été admises, il n'y a pas lieu d'y revenir ici.
2. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de l'intimée de mettre un terme à ses prestations avec effet au 24 mars 2013, plus particulièrement sur le point de savoir si le lien de causalité naturelle s'est rompu trois mois après l'événement du 24 décembre 2012.
3. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPG; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références).
4. a. Aux termes de l'art. 6 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie

professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA). La notion d'accident se décompose ainsi en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés: une atteinte dommageable; le caractère soudain de l'atteinte; le caractère involontaire de l'atteinte; le facteur extérieur de l'atteinte; enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident (ATF 129 V 402 consid. 2.1; arrêt du Tribunal fédéral 8C_194/2015 du 11 août 2015 consid. 3).

b. L'art. 6 al. 2 LAA a conféré au Conseil fédéral la compétence d'étendre la prise en charge par l'assurance-accidents à des lésions assimilables à un accident. Aux termes de l'art. 9 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA; RS 832.202), adopté sur la base de cette disposition, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, les lésions corporelles suivantes, dont la liste est exhaustive, sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire : fractures (let. a), déboîtements d'articulation (let. b), déchirures du ménisque (let. c), déchirures de muscles (let. d), élongations de muscles (let. e), déchirures de tendons (let. f), lésions de ligaments (let. g) et lésions du tympan (let. h).

La notion de lésion assimilée à un accident, au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA, a pour but d'atténuer en faveur de l'assuré les rigueurs résultant de la distinction opérée par le droit fédéral entre maladie et accident. Aussi, les assureurs-accidents doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait en principe être couvert par l'assurance-maladie (ATF 123 V 43 consid. 2b). La jurisprudence a précisé les conditions d'octroi des prestations en cas de lésion corporelle assimilée à un accident. C'est ainsi qu'à l'exception du caractère "extraordinaire" de la cause extérieure, toutes les autres conditions constitutives de la notion d'accident doivent être réalisées (arrêt du Tribunal fédéral 8C_520/2009 du 24 février 2010 consid. 2). Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA sont assimilées à un accident même si elles ont, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 139 V 327 consid. 3.1; ATF 129 V 466; ATF123 V 43 consid. 2b et les arrêts cités).

5. En l'espèce, on relèvera que le fait que l'évènement du 24 décembre 2012 soit qualifié d'accident n'est pas véritablement contesté - même si certains médecins-conseil de l'intimée s'étonnent du délai écoulé entre l'évènement et la première consultation - puisque l'intimée a admis l'existence d'un lien de causalité naturelle jusqu'au 24 mars 2013. Qui plus est, une rupture du tendon a été diagnostiquée par le Dr C_____. Il y a donc en tous les cas lésion assimilée à un accident.

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

a. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci.

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

Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

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

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

Les lésions énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA seront assimilées à un accident aussi longtemps que leur origine malade ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, ne peut être tenue pour manifeste. Admettre, dans ce cadre, le retour à un statu quo ante ou l'évolution vers un statu quo sine en se fondant sur la vraisemblance prépondérante reviendrait à éluder cette disposition de l'OLAA. On se trouverait du reste à nouveau confronté, immédiatement après avoir admis l'existence de lésions assimilées à un accident, à la difficulté de distinguer entre l'origine dégénérative ou accidentelle de ces lésions (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 162/2006 du 10 avril 2004 consid. 4.2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 220/02 du 6 août 2003 consid. 2).

7. En l'espèce, l'intimée, s'appuyant sur l'avis de ses médecins-conseils et considérant que la recourante souffrait d'une tendinopathie dégénérative préexistante, a estimé que le statu quo sine avait été atteint au plus tard trois mois après l'accident, soit le 24 mars 2013, ce que la recourante conteste, en invoquant notamment l'avis du Prof. F_____.

Les Drs I_____ et F_____ ayant défendu leurs positions respectives de manière argumentée et convaincante, la Cour de céans a sollicité un expert judiciaire afin de pouvoir mieux évaluer les arguments avancés par les parties.

L'expert a rendu un rapport circonstancié, étayé, motivé et a longuement discuté les raisons pour lesquelles il retenait ou s'écarterait des conclusions formulées par les médecins s'étant précédemment exprimés. Son rapport remplit tous les réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître pleine valeur probante, ce qui n'est d'ailleurs pas contesté par les parties.

L'intimée reproche à l'expert de s'être basé sur les seuls dires de l'assurée. Elle relève que l'expert admet que la majorité des lésions tendineuses de la coiffe sont

d'origine multifactorielle et en tire la conclusion que les examens cliniques objectifs ne permettent pas de déterminer la cause de la lésion à l'épaule et que le lien de causalité repose uniquement sur l'absence de facteurs de risques et les déclarations - contestées - de l'assurée selon lesquelles elle aurait souffert de douleurs à l'épaule après l'événement. Selon l'intimée, cela n'est pas suffisant pour en conclure à l'existence d'un lien de causalité.

C'est oublier que, selon la jurisprudence rappelée supra, les lésions énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA sont assimilées à un accident aussi longtemps que leur origine malade ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, ne peut être tenue pour manifeste. Or, en l'occurrence, cette hypothèse est clairement réfutée par l'expert. Celui-ci a longuement et clairement détaillé les raisons pour lesquelles une origine dégénérative ou malade ne pouvait ici être considérée comme certaine. Qui plus est, il a constaté que la recourante n'avait pas recouvré la fonction normale de son épaule droite et que le statu quo n'avait donc pas été retrouvé.

C'est le lieu de rappeler que le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Dès lors, le lien de causalité naturelle doit être reconnu au-delà de la période de trois mois fixée par l'intimée. Sur ce point, le recours est admis.

8. a. Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

Le caractère adéquat du lien de causalité ne doit être admis que si l'accident revêt une importance déterminante par rapport à l'ensemble des facteurs qui ont contribué à produire le résultat considéré, notamment la prédisposition constitutionnelle. Cela étant, dans ce contexte, il sied encore de préciser que la causalité adéquate ne peut pas déjà être niée en raison d'une prédisposition constitutionnelle dès lors que la question de l'adéquation en général se détermine non seulement en tenant de personnes saines tant sur le plan psychique que physique mais également en tenant compte de personnes avec une prédisposition constitutionnelle (ATF 115 V 403 consid. 4b).

b. En l'espèce, il est patent que, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, une chute à ski était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance. Le lien de causalité adéquate doit donc également être admis.

9. Il ressort de ce qui précède que le recours doit être admis et la décision du 15 novembre 2013 annulée.

La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 4'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPG; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

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

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision du 15 novembre 2013.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour calcul des prestations dues.
5. Condamne l'intimée à verser à la recourante la somme de CHF 4'000.- à titre de participation à ses frais et dépens.
6. Dit que la procédure est gratuite.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Marie-Catherine SECHAUD

Karine STECK

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