

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1974/2011

ATAS/473/2013

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 16 mai 2013

3^{ème} Chambre

En la cause

Madame B _____, domiciliée à ARCHAMPS, France,
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Eric
MAUGUE

recourante

contre

AXA WINTERTHUR, sise chemin de Primerose 11, LAUSANNE;
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Jean-
Michel DUC

intimée

Siégeant : Karine STECK, Présidente; Violaine LANDRY-ORSAT et Christine LUZZATTO , Jugés assesseurs

EN FAIT

1. Madame B_____ (ci-après : l'assurée), née en 1965, était employée en qualité de coiffeuse par l'entreprise individuelle X_____ - C_____ et assurée à ce titre contre les accidents professionnels et non-professionnels auprès d'AXA WINTERTHUR (ci-après : l'assurance), lorsque, le 11 avril 2010, elle a chuté de son vélo et s'est réceptionnée sur son membre supérieur droit en extension.
2. Le 15 avril 2010, l'assurée a consulté son médecin-traitant, le Dr L_____, lequel a diagnostiqué une décompensation de la tendinopathie de la coiffe de l'épaule droite (cf. rapport établi le 23 juillet 2010).

Les douleurs persistant, l'assurée a consulté la Dresse M_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, à la demande de laquelle une arthrographie-imagerie par résonance magnétique (arthro-IRM) de l'épaule droite été effectuée le 14 juin 2010, qui a mis en évidence : une discrète hypertrophie synoviale intra-articulaire, une discrète altération dégénérative acromio-claviculaire sans signe d'instabilité, une tendinopathie du tendon supra-spinatus ainsi qu'une tendinopathie pré-insertionnelle du tendon sous-scapulaire, associée à une petite déchirure par désinsertion au niveau de sa face profonde localisée au tiers moyen.

3. Le 3 novembre 2010, une échographie de l'épaule droite a confirmé la petite déchirure pré-insertionnelle du tendon sous-scapulaire et la déchirure partielle de la face profonde du tendon supra-spinatus.
4. Compte tenu de l'échec du traitement conservateur et de l'incapacité de l'assurée à reprendre une activité professionnelle à plus de 50%, une exploration et réparation arthroscopique de la coiffe a été envisagée.
5. L'intervention a cependant été suspendue dans l'attente du résultat de l'expertise du Dr N_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, mandaté par l'assurance.
6. Cette expertise a été réalisée le 14 janvier 2011. A cette occasion, il a été procédé à un bilan radiologique de l'épaule droite qui n'a montré ni calcification en surprojection de l'espace sous-acromio-deltoidien des deux côtés, ni ostéophytose au bord inférieur de l'articulation acromio-claviculaire bilatérale pouvant favoriser un conflit sous-acromial ni encore de remaniement dégénératif.

Le Dr N_____ a retenu les diagnostics suivants : status neuf mois après probable entorse bénigne de l'épaule droite et tendinopathie chronique de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite (probablement aussi du côté gauche).

Selon l'expert, si l'action vulnérante (chute du vélo, même à basse vitesse, avec réception au sol sur la main et probable torsion concomitante de l'épaule en appui)

aurait certes pu léser un tendon de la coiffe, cette hypothèse devait être écartée, vu l'absence d'impotence fonctionnelle significative : alors même que le travail de coiffeuse était passablement astreignant pour les épaules, l'assurée avait continué à l'exercer durant les deux mois ayant suivi sa chute, délai trop important pour admettre une lésion tendineuse significative résultant du traumatisme du 11 avril 2010. De plus, les images radiologiques standard et l'IRM avaient mis en évidence des signes de surcharge chronique classique au niveau de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite (hétérogénéité tendineuse, réaction de la surface et de la zone sous-chondrale du trochiter) sans évidence claire de lésion récente, touchant les parties molles (déchirure, avec réaction inflammatoire ou cicatricielle, accompagnée par une bursite sous-acromial réactionnelle significative) ou l'os (œdème médullaire).

Se fondant sur ces constatations, le Dr N_____ a considéré que la relation de causalité naturelle entre l'événement du 11 avril 2010 et la pathologie à l'épaule droite (coiffe des rotateurs) ne pouvait être qualifiée que de possible, voire même exclue. Selon lui, l'événement en question avait surtout révélé un état pathologique sous-jacent (tendinopathie de la coiffe des rotateurs). L'expert a nié l'existence d'une lésion corporelle assimilée et notamment d'une déchirure.

S'agissant de la seule entorse/contusion, le Dr N_____ a considéré que le *statu quo ante/sine* avait été atteint dans les deux mois ; au-delà, la symptomatologie de l'épaule droite s'expliquait manifestement par la tendinopathie préexistante et aucune incapacité de travail en lien avec l'événement assuré n'était plus justifiée.

Par ailleurs, l'expert a estimé qu'il n'y avait pas lieu d'octroyer d'indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) vu l'absence de lésion anatomique macroscopique clairement imputable à l'événement du 11 avril 2010 et susceptible de modifier la biomécanique de l'épaule et de générer des troubles fonctionnels significatifs et durables.

7. Le 25 janvier 2011, l'assurée a subi une acromioplastie et une résection de l'articulation acromio-articulaire. Selon le rapport opératoire, une rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite a été constatée, qui a nécessité la réparation secondaire de trois tendons. Une fissure du tendon sous-scapulaire, une rupture de la face profonde du sus-épineux et une tendinopathie de la longue portion du biceps ont été observées.

Le Dr O_____, chirurgien, a confirmé avoir constaté une lésion de désinsertion de la face profonde du sus-épineux, tout à fait compatible avec une lésion traumatique. Il a relevé que, chez les personnes âgées de 40 à 50 ans, ce type de lésion était statistiquement plus souvent d'origine traumatique que dégénérative

- alors qu'elle était plus souvent d'origine dégénérative chez des patients âgés de plus de 50 ans .

8. Par courrier du 26 janvier 2011, l'assurance, se référant à l'expertise du Dr N_____, a informé l'assurée de son intention de mettre un terme à ses prestations avec effet rétroactif au 13 juin 2010, date au-delà de laquelle l'évolution irréversible de l'état antérieur aurait conduit au même résultat même sans accident.
9. Le même jour, le rapport du Dr N_____ a été transmis à la Dresse M_____, qui s'est déterminée par courrier du 4 février 2011 adressé au médecin-conseil de l'assurance :

Après avoir rappelé les plaintes de sa patiente, la Dresse M_____ a défendu l'avis qu'il fallait retenir le diagnostic de rupture partielle profonde du sus-épineux et du sous-scapulaire d'origine post-traumatique, même si l'assurée présentait un kyste au niveau du trochiter et un acromion crochu. A l'appui de sa position, le médecin a fait remarquer qu'il n'y avait aucune altération de la coiffe au niveau superficiel et que les douleurs de l'épaule étaient apparues immédiatement après l'accident, relativement conséquent, dont elle a jugé qu'il pouvait parfaitement entraîner une lésion partielle de la coiffe chez une personne âgée de 46 ans. Le médecin a ajouté que, depuis 2007, l'assurée n'avait jamais souffert d'impotence ou de symptômes ayant entraîné l'arrêt de ses activités sportives, une incapacité de travail ou une incapacité à effectuer les tâches quotidiennes.

10. Par courrier du 9 février 2011, l'assurée a manifesté son désaccord avec la position de l'assurance en invoquant les avis des Drs M_____ et O_____.
11. Par décision du 28 février 2011, l'assurance a confirmé la fin des prestations avec effet rétroactif au 13 juin 2010. Se référant à l'expertise du Dr N_____, elle a considéré que le *statu quo ante/sine* avait été atteint deux mois après l'accident, au-delà desquels l'état de l'épaule droite était manifestement imputable à une tendinopathie préexistante.
12. Le 23 mars 2011, l'assurée s'est opposée à cette décision en sollicitant une contre-expertise auprès du Dr P_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique.
13. Le 13 avril 2011, l'assurée a transmis à l'assurance un courrier du Dr P_____ du 18 mars 2011. Le médecin y relevait que si l'on ne pouvait nier un état antérieur, celui-ci n'avait été qu'occasionnellement symptomatique et n'avait jamais justifié de traitement avant l'accident. Le Dr P_____ relevait que, dans son rapport, le Dr N_____, commentant les radiographies exécutées à sa demande, avait conclu à une ostéophytose débutante à l'extrémité de l'acromion, de type III selon Bigliani, alors même que le radiologue avait quant à lui conclu à l'absence d'ostéophytose et de remaniement dégénératif à l'insertion du tendon du supra-épineux et du sous-scapulaire. Le Dr P_____ reprochait

par ailleurs au Dr N_____ d'occulter le fait qu'un accident pouvait décompenser de manière durable une lésion préexistante peu ou pas symptomatique. Le Dr P_____ précisait que l'existence d'une impotence fonctionnelle significative ne se rencontrait que dans les cas de lésions sévères. Selon lui, sans l'événement du 11 avril 2010, l'épaule de l'assurée aurait pu rester asymptomatique, en dehors de quelques épisodes douloureux transitoires. La profession de l'assurée n'était pas un risque face aux troubles dégénératifs de la coiffe des rotateurs, le travail nécessitant certes une grande ampleur des mouvements en hauteur mais ne pas de force importante en dehors du maniement du sèche-cheveux. Le Dr P_____ concluait qu'il n'était pas certain que le statu quo ante soit retrouvé un jour mais qu'avec un traitement chirurgical adéquat, on pouvait au moins attendre un statu quo sine.

14. Par décision sur opposition du 24 mai 2011, l'assurance a confirmé sa décision du 28 février 2011.

L'assurance a reconnu pleine valeur probante à l'expertise du Dr N_____, relevant que le Dr O_____ s'était contenté de déclarer que la lésion subie était compatible avec un traumatisme, sans tenir compte de la dynamique de l'accident et sans commenter l'avis du Dr N_____, que la Dresse M_____ avait raisonné selon le principe *post hoc ergo propter hoc* et que le fait que l'accident ait pu décompenser de manière durable une lésion préexistante selon une vraisemblance supérieure à 50% - comme allégué par le Dr P_____ n'était pas suffisant pour obliger l'assurance à prester, le rapport de causalité devant être établi au degré de la vraisemblance prépondérante.

15. Le 27 juin 2011, l'assurée a interjeté recours auprès de la Cour de céans en concluant, sous suite de dépens, à ce que le droit aux prestations lui soit reconnu au-delà du 13 juin 2010.

La recourante conteste notamment la valeur probante du rapport du Dr N_____. Elle invoque les avis des Drs M_____ et P_____ en faisant remarquer que ce dernier a conclu à la vraisemblance - à un degré supérieur à 50% - d'un lien de causalité entre ses troubles et l'accident.

16. Invitée à se déterminer, l'intimée, dans sa réponse du 18 août 2011, a conclu au rejet du recours.

L'intimée considère que l'expertise du Dr N_____ doit se voir reconnaître pleine valeur probante, même si les constatations de ce médecin contredisent celles du radiologue ayant effectué le bilan du 14 janvier 2011. L'interprétation de clichés radiographiques n'est pas aisée, même pour les spécialistes les plus expérimentés et, quoi qu'il en soit, la constatation litigieuse n'est que secondaire et ne permet pas de remettre en cause l'ensemble des éléments qui ont conduit au diagnostic retenu par l'expert, à savoir, notamment, la sclérose et la déformation du trochiter, les

formations kystiques sous-chondrales, l'absence d'impotence fonctionnelle significatives et l'anamnèse.

17. Le 15 septembre 2011, la recourante a persisté dans ses conclusions, précisant qu'avant l'accident, elle travaillait à 65% (trois jours par semaine, soit 27,3 heures au total) alors qu'après, elle a dû réduire son taux d'activité à 32,5% (soit un peu moins de 14 heures par semaine).

La recourante conteste également certains propos que le Dr N_____ lui a attribués dans son expertise. Elle allègue que, contrairement à ce qu'a relaté l'expert, elle pratiquait régulièrement l'escalade avant la naissance de son fils, il y a plus de 10 ans.

18. Dans sa duplique du 21 novembre 2011, l'intimée a également persisté dans ses conclusions. Elle a notamment relevé que c'était la première fois que la recourante contestait les propos que lui avait attribués le Dr N_____.

19. Une audience de comparution personnelle s'est tenue le 15 décembre 2011.

La recourante a précisé que, depuis l'intervention pratiquée début 2011, son état de santé a évolué de manière très favorable. Les séquelles sont désormais minimales, son épaule droite étant non algique. De plus, elle a récupéré ses amplitudes et l'amyotrophie n'est que relative. Son recours se limite par conséquent aux seuls frais d'intervention et de traitement. La recourante a expliqué que son assurance-maladie, la MUTUELLE DES FRONTALIERS, considère avoir couvert à tort les frais d'intervention et lui en réclame le remboursement. Enfin, restent en suspens les divers frais médicaux auxquels les médecins sursoient pour l'instant.

20. Le 23 janvier 2012, la recourante a produit le décompte des frais à sa charge, d'un montant total de 1'629.63 EUR et de 3'292 CHF, ainsi qu'un échange de correspondance avec son assurance-maladie.

21. Par écriture du 27 février 2012, l'intimée a persisté dans ses conclusions.

22. Le 5 septembre 2012, la Cour de céans a ordonné une expertise judiciaire, qu'elle a confiée au Dr Q_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

23. L'expert a rendu son rapport le 13 novembre 2012. Il a retenu les diagnostics suivants : *status* après tendinopathie de la coiffe des rotateurs et rupture partielle des sus-épineux et sous-scapulaire à l'épaule droite, *status* après réparation de la coiffe des rotateurs, ténodèse du long chef du biceps, acromioplastie et résection acromio-claviculaire.

L'expert a émis l'avis qu'il existait un état antérieur sous forme d'une zone de résorption osseuse (géode) accompagnant souvent le début de lésion partielle du

tendon de la coiffe des rotateurs en regard de cette lésion. Dans le cas de la recourante, cette lésion préexistante de la structure osseuse devait être considérée comme un phénomène physiologique de vieillissement et non comme un état maladif symptomatique. Il était toutefois probable que l'accident avait provoqué un agrandissement de cette lésion (rupture de la face profonde du sus-épineux, telle que décrite dans le protocole opératoire) ainsi qu'une fissure dans le tendon du sous-scapulaire.

Pour le Dr Q _____, le *statu quo ante* était presque atteint en automne 2011, mais en aucun cas avant l'opération.

L'expert a par ailleurs considéré que l'accident était tout à fait à même d'entraîner une déchirure de la coiffe des rotateurs, que ce soit une rupture du sus-épineux, du sous-scapulaire ou encore une combinaison des deux. Si l'accident n'avait provoqué qu'une contusion de la coiffe, celle-ci aurait probablement disparu après un délai de 3 à 6 mois mais la persistance des symptômes après un tel délai parlait en faveur de l'apparition d'une lésion structurelle supplémentaire liée à l'accident.

La réparation du tendon du supra-épineux, la ténodèse du long chef du biceps et l'acromioplastie représentaient des traitements appropriés, contrairement à la résection de l'articulation acromio-claviculaire - asymptomatique et indemne à l'IRM -, que l'expert a jugé non nécessaire. Par ailleurs, le traitement postopératoire, approprié, correspondait à un traitement standard après la pratique d'une telle intervention.

Enfin, le Dr Q _____ a relevé des incohérences dans le rapport du Dr N _____.

24. Par écriture du 15 janvier 2013, la recourante a persisté dans ses conclusions en faisant remarquer que l'expert partageait l'avis de ses médecins.
25. Quant à l'intimée, elle a également persisté dans ses conclusions.

Elle soutient que le Dr Q _____ applique le principe « post hoc ergo propter hoc », non valable en matière d'assurance-accidents, qu'il se fonde sur un dossier incomplet et qu'il n'apporte nullement la preuve d'une lésion anatomique aiguë de la coiffe des rotateurs consécutive à l'événement.

A l'appui de sa position, l'intimée produit un rapport complémentaire rédigé le 14 janvier 2013 par le Dr N _____. Ce dernier reproche au Dr Q _____ de se baser essentiellement sur des éléments subjectifs - à savoir l'absence de symptômes douloureux avant l'événement assuré -, rappelle que les lésions de la coiffe des rotateurs sont très fréquentes dans la population, souligne l'absence de déchirure franche et d'envergure, perpendiculaire au sens des fibres, qui permettrait de suspecter de manière hautement probable une lésion aiguë et fait

remarquer que la lésion du tendon du muscle sous-scapulaire, en tant que fissure « dans le tendon », est tout aussi caractéristique des lésions dégénératives. Il ajoute que l'absence de modification osseuse, à l'insertion des tendons, ne présuppose pas l'absence d'une tendinopathie adjacente. Le Dr N_____ conclut que le Dr Q_____ n'apporte pas la preuve d'une lésion anatomique aiguë de la coiffe des rotateurs consécutive à l'événement assuré, les éléments radiologiques décrits correspondant parfaitement à ceux usuellement rencontrés dans les tendinopathies chroniques de la coiffe des rotateurs.

26. Par écriture du 1^{er} février 2013, la recourante a reproché au Dr N_____ son manque d'impartialité.
27. Par courrier du 13 février 2013, le Dr Q_____ a persisté dans les conclusions de son expertise, précisant que la lésion de la coiffe des rotateurs de la recourante n'était pas exclusivement d'origine dégénérative.
28. Le 22 février 2013, la recourante a encore produit un courrier de la Dresse M_____ du 11 février 2013.

Le médecin y relève que les différents médecins consultés font état d'une tendinopathie, c'est-à-dire une pathologie du tendon pouvant être causée par une usure, par des troubles dégénératifs à l'utilisation normale ou par un choc entraînant une tendinopathie post-traumatique. Le médecin en tire la conclusion que seules les circonstances permettent de faire la part des choses, compte tenu du caractère descriptif des diagnostics. La Dresse M_____ confirme également ne pas avoir constaté, sur les radiographies effectuées à la demande du médecin traitant, juste après l'accident, de signe d'arthrose, à l'exception d'une sclérose du trochiter. Le médecin émet l'avis qu'on ne peut généraliser à toute la population de 40 ans le fait que des troubles dégénératifs surviennent, d'autant plus que les lésions de la coiffe des rotateurs sont très fréquentes chez les patients âgés de plus de 60 ans avec des lésions asymptomatiques. Enfin, la Dresse M_____ rappelle qu'avant l'accident, la recourante travaillait comme coiffeuse et pratiquait régulièrement la varappe. En d'autres termes, son épaule était suffisamment saine pour une pratique régulière d'un sport et l'exercice d'une profession faisant appel à des efforts répétés en isométrique de l'épaule droite.

29. Par écriture du 4 mars 2013, l'intimée a persisté dans ses conclusions.
30. Le 22 mars 2013, l'intimée a produit un courrier rédigé le 18 mars 2013 par le Dr Q_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur ainsi qu'en chirurgie de la main, médecin conseil de l'intimée et frère du Dr Q_____, expert mandaté par la Cour de céans.

Le Dr Q_____ conteste l'appréciation de son frère en invoquant les motifs suivants :

- l'âge de l'assurée,

- l'action vulnérante - choc axial à travers le membre supérieur droit, suivi d'une contusion latérale de l'épaule droite sans notion de mouvements d'abduction brusques contre résistance ni de mouvements passifs extrêmes de l'épaule –, peu susceptible de solliciter un tendon de la coiffe des rotateurs au-delà de son point de rupture,

- l'absence d'impotence fonctionnelle de type pseudo-paralysie dans un premier temps,

- l'absence d'incapacité de travail dans un premier temps,

- le fait que les deux tendons (sus-épineux et sous-scapulaire) ont une action antagoniste et sont ainsi peu susceptibles de se rompre simultanément lors d'une action vulnérante simple, cette association de lésions étant en plus retrouvée dans les troubles purement dégénératifs de la coiffe des rotateurs

- le fait que l'intervention chirurgicale du 25 janvier 2011 ne se soit pas limitée à la réparation d'un seul tendon lésé, mais à une série de gestes chirurgicaux classiquement pratiqués en cas de lésions dégénératives.

Le Dr Q_____ qualifie les conclusions du Dr N_____ de cohérentes et conteste celles de son frère, le Dr Q_____, auquel il reproche d'avoir eu recours au principe « post hoc, ergo propter hoc ».

Le médecin-conseil de l'assurance conclut qu'il est hautement vraisemblable que l'assurée présentait au niveau de son épaule droite un état de prédisposition labile et précaire suffisant pour qu'il faille compter, à tout moment, avec une détérioration, que ce soit en raison d'une dynamique de la pathologie elle-même ou d'une réaction à un événement bénin, telle qu'une contusion axiale et/ou latérale de l'épaule.

31. Par écriture du 9 avril 2013, la recourante a persisté dans ses conclusions.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA; RS 832.20).

La compétence de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3).

3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.
4. Le litige ne porte plus que sur la prise en charge des frais de traitement de la recourante suite à l'évènement du 10 avril 2010, en particulier des frais de l'intervention chirurgicale (arthroscopie) du 25 janvier 2010, des frais de traitement et les consultations médicales. Singulièrement, il convient de déterminer s'il existe un lien de causalité naturelle entre l'évènement du 10 avril 2010 et les lésions ayant entraîné les frais en question.
5. L'art. 6 al. 1 LAA prévoit que les prestations de l'assurance-accidents obligatoire sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

Par accident au sens de cette disposition, 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). Le droit aux prestations suppose notamment entre l'évènement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet évènement 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 que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte. Savoir si l'évènement assuré et l'atteinte en question 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 à la lumière de la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 129 V 177 consid. 3.1 p. 181, 402 consid. 4.3 p. 406).

Si un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet évènement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par

l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (*statu quo sine*; RAMA 1992 no U 142 p. 75 consid. 4b; FRÉSARD/MOSER-SZELESS, l'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2ème éd., n. 80 p. 865). Le seul 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 événement (raisonnement «*post hoc ergo propter hoc*»; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb p. 341 s.; RAMA 1999 no U 341 p. 408 s., 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.

6. Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA, le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. En vertu de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 9 al. 2 OLAA, qui prévoit que certaines lésions corporelles sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. Ces lésions corporelles sont les suivantes : a) les fractures, b) les déboîtements d'articulations, c) les déchirures du ménisque, d) les déchirures de muscles, e) les élongations de muscles, f) les déchirures de tendons, g) les lésions de ligaments et h) les lésions du tympan.

Cette liste est exhaustive (ATF 116 V 136 consid. 4a p. 140, 145 consid. 2b p. 147).

D'après la jurisprudence, une déchirure de la coiffe des rotateurs constitue une déchirure de tendons au sens de l'art. 9 al. 2 let. f OLAA. Elle est assimilée à un accident, même si elle fait suite à un événement en soi relativement ordinaire, insuffisant pour entraîner à lui seul une déchirure en l'absence d'une atteinte dégénérative préexistante (ATF 123 V 43 ; voir également ATF U 162/06 du 10 avril 2007, consid. 5.1).

La notion de lésion corporelle assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. Aussi les assureurs-accidents LAA doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait souvent être couvert par l'assurance-maladie. 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 129 V 466; 123 V 43 consid. 2b p. 44 s.; 116 V 145 consid. 2c p. 147 s.; 114 V 298 consid. 3c p. 301). Il faut qu'un facteur extérieur soit une cause possible de la lésion, au moins à titre partiel, pour qu'une lésion assimilée à un accident soit admise. Cela étant, lorsqu'une lésion mentionnée à l'art. 9 al. 2 OLAA est survenue sans avoir été déclenchée par un facteur extérieur soudain et

involontaire, elle est manifestement imputable à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, de sorte qu'il appartiendra à l'assurance-maladie d'en prendre en charge les suites (ATF 123 V 44 consid. 2b; ATF 116 V 147 consid. 2c; ATF 114 V 301 consid. 3c; ATFA non publié U 162/06 du 10 avril 2007, consid. 4.2). Ainsi, à l'exception du caractère "extraordinaire" de la cause extérieure, toutes les autres conditions constitutives de la notion d'accident doivent être réalisées (ATFA non publié U 315/03 du 23 novembre 2004, consid. 2.2).

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 (ATFA non publié U162/2006 du 10 avril 2004, consid. 4.2; ATFA non publié U 220/02 du 6 août 2003, consid. 2).

7. En vertu du principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux.

En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

Une expertise présentée par une partie n'a pas la même valeur que des expertises mises en œuvre par un tribunal ou par un assureur-accidents conformément aux règles de procédure applicables. En vertu des principes énoncés par la jurisprudence concernant l'appréciation des preuves, le juge est toutefois tenu d'examiner si elle est propre à mettre en doute, sur les points litigieux importants, l'opinion et les conclusions de l'expert mandaté par le tribunal ou par l'assureur-accidents. (ATF 125 V 351, consid. 3c).

Quant au médecin-traitant, le juge peut et doit tenir compte du fait que selon l'expérience, le médecin-traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 353, consid. 3b/cc et les références).

8. a) En l'espèce, il est établi - et au demeurant non contesté - que l'accident a déclenché les symptômes ressentis par la recourante et que les examens pratiqués pour rechercher l'origine de ces symptômes ont mis en évidence une rupture de la face profonde du sus-épineux ainsi qu'une fissure du tendon du sous-scapulaire, atteintes susceptibles d'être reconnues comme des lésions corporelles assimilées à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 let. f OLAA pour autant qu'elles résultent, possiblement, d'un facteur extérieur. Il n'est pas non plus contesté que la recourante présentait un état dégénératif préexistant, asymptomatique, au niveau de l'épaule droite.

La seule question qui se pose est dès lors celle de savoir si la rupture de la face profonde du sus-épineux et/ou la fissure du sous-scapulaire peuvent être exclusivement attribuées à l'atteinte dégénérative préexistante ou s'il est possible que l'accident assuré ait, à tout le moins, contribué à déclencher les symptômes. Dans le premier cas, le retour à un *statu quo sine/ante* s'examine au degré de la vraisemblance prépondérante alors que, dans le second, ledit retour doit être manifeste. Dans ce contexte, il convient encore de rappeler que, dans le cas d'une lésion corporelle assimilée à un accident, les assureurs-accidents LAA peuvent être amenés à assumer un risque qui, en raison de la distinction difficile entre maladie et accident, devrait souvent être couvert par l'assurance-maladie.

Il convient d'abord de déterminer quelle valeur probante accorder à l'expertise du Dr Q _____, mandaté par la Cour de céans.

b) L'expertise du Dr Q _____ du 13 novembre 2012 repose sur une étude complète et circonstanciée de la situation médicale. Elle a été établie en pleine connaissance du dossier médical, des plaintes exprimées par l'assurée et de l'anamnèse. Les considérations médicales sont clairement exprimées et les conclusions du rapport dûment motivées et explicites. La Cour de céans considère ainsi que cette expertise est convaincante et qu'elle répond à tous les réquisits pour lui voir attribuer, du point de vue formel, une pleine valeur probante.

Selon l'expertise précitée, les diagnostics sont les suivants: *status* après tendinopathie de la coiffe des rotateurs et rupture partielle des sus-épineux et sous-scapulaire à l'épaule droite ainsi que *status* après réparation de la coiffe des rotateurs, ténodèse du long chef du biceps, acromioplastie et résection acromio-claviculaire.

Pour l'expert, le tendon supra-épineux de l'épaule droite présentait probablement, avant l'accident assuré - une lésion partielle, asymptomatique, responsable du

développement d'un kyste intra-osseux. La chute à vélo a cependant probablement provoqué un agrandissement de cette lésion, sous forme d'une rupture de la face profonde du sus-épineux, telle que décrite dans le protocole opératoire, ainsi qu'une fissure du sous-scapulaire. Le caractère traumatique de cette dernière lésion est d'autant plus vraisemblable qu'il n'y a pas de zone de modification osseuse en regard de l'insertion de ce dernier tendon. En d'autres termes, l'accident du 11 avril 2010 a très probablement joué un rôle dans la survenance de l'atteinte.

Partant, selon l'expertise du 13 novembre 2012, le lien de causalité naturelle entre l'accident et la rupture et la fissure des tendons est probable, de sorte que l'atteinte à l'épaule doit être qualifiée de lésion assimilée à un accident.

c) L'intimée oppose à l'avis du Dr Q_____ ceux des Dr N_____ et Q_____, qui considèrent tous deux que l'atteinte dont souffre la recourante est d'origine purement dégénérative.

Force est de constater que ces médecins justifient le fait que l'atteinte à la coiffe des rotateurs de la recourante est d'origine purement dégénérative par le fait qu'elle ne peut être purement traumatique. Ils ne se posent cependant pas la question de savoir si l'accident a pu aggraver l'atteinte dégénérative préexistante et provoquer la rupture des tendons en question. Or, la question est justement celle de savoir si l'atteinte est purement dégénérative ou, en d'autres termes, si l'accident assuré n'a, à aucun moment, pu favoriser la lésion compte tenu du terrain préexistant prédisposant.

Dans ce contexte, il y a lieu de constater que le Dr N_____ lui-même a admis, dans son rapport du 14 janvier 2011, que la chute avait pu léser un tendon de la coiffe. Il n'a nié le lien de causalité entre l'accident et la lésion du tendon qu'en raison de l'absence d'impotence fonctionnelle significative ou marquée suite à l'accident en question. Force est toutefois de constater qu'il y a bel et bien eu impotence fonctionnelle significative puisque la recourante a dû réduire son taux d'activité de 27 heures à moins de 14 heures par semaine en raison des douleurs – tant diurnes que nocturnes – apparues après l'accident. Elle n'a en outre plus pris de nouveaux rendez-vous et n'a plus été en mesure d'adopter les positions continues ou statiques d'élévation du bras (cf. rapport du Dr N_____ du 14 janvier 2011), montant sur un escabeau afin d'éviter les positions douloureuses (cf. rapport du Dr Q_____ du 13 novembre 2012). Il y a donc bel et bien eu des conséquences en termes de limitations fonctionnelles dans l'exercice de l'activité habituelle.

Partant, la Cour de céans considère que les avis des Drs N_____ et Q_____ ne sont pas suffisants pour écarter les conclusions de l'expert judiciaire. Quand bien même les observations des médecins consultés par l'intimée vont dans le sens d'une atteinte dégénérative, cela ne suffit toutefois pas encore

pour établir de façon manifeste le caractère *exclusivement* dégénératif de ces lésions, même s'il est certes probable qu'une atteinte dégénérative a exercé une influence déterminante sur la survenance des lésions constatées, (voir dans le même sens : ATF non publié 8C_698/2007 du 27 octobre 2008).

c) Au vu de ce qui précède, il y a lieu de considérer que la rupture partielle des sus-épineux et sous-scapulaire doit être assimilée à un accident aussi longtemps que son origine malade ou dégénérative, à l'exclusion de toute origine accidentelle, ne peut être tenue pour manifeste. Le retour à un *statu quo ante* ou l'évolution vers un *statu quo sine* ne s'examine ainsi pas en se fondant sur la vraisemblance prépondérante mais doit être manifeste.

Or, conformément à l'avis du Dr Q_____, ce n'est que durant l'automne 2011 que le *statu quo ante/sine* a été presque atteint. Par conséquent, l'intimée n'était pas légitimée à mettre un terme à ses prestations avec effet au 13 juin 2010.

L'assurance sera donc condamnée à prendre en charge les frais médicaux au-delà du 14 juin 2010. Le recours est partiellement admis et les décisions des 28 février et 24 mai 2011 annulées.

La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de ~~1'500~~* 2'500 fr. lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA).

***rectification d'une erreur matérielle le 05.06.2013/SKA/SEC**

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

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule les décisions d'AXA WINTERTHUR des 28 février et 24 mai 2011.
4. Condamne AXA WINTERHTUR à prendre en charge les frais médicaux au-delà du 14 juin 2010.
5. Condamne l'intimée à payer à la recourante la somme de 2'500 fr. 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