

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2081/2014

ATAS/725/2015

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 29 septembre 2015**

**2<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Madame A\_\_\_\_\_, à Genève, comparant avec élection de domicile  
en l'étude de Maître Monique STOLLER FÜLLEMANN

recourante

contre

SUVA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCES EN CAS  
D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, Lucerne, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Didier ELSIG

intimé

**Siégeant : Raphaël MARTIN, Président ; Maria COSTAL et Christian PRALONG,  
Juges assesseurs**

---

### EN FAIT

1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le \_\_\_\_\_ 1960, travaille en qualité d'agent de propreté auprès des Hôpitaux universitaires de Genève. À ce titre, elle est assurée contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la SUVA, Caisse nationale suisse en cas d'accidents (ci-après : la SUVA).
2. L'assurée a annoncé à la SUVA un accident survenu le 6 février 2013 : elle avait glissé en marchant et était tombée sur son épaule gauche.
3. Le 14 février 2013, la SUVA a informé l'assurée qu'elle prenait en charge les suites de l'accident non professionnel du 6 février 2013. Elle a mis l'assurée au bénéfice d'indemnités journalières dès le 9 février 2013.
4. Dans un rapport du 9 avril 2013, le docteur B\_\_\_\_\_, médecin généraliste, a diagnostiqué une déchirure étendue de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche. Il avait constaté un hématome et des contusions, ainsi qu'une limitation de l'abduction à l'horizontale. Il a certifié une incapacité de travail totale dès le 11 février 2013, date des premiers soins.
5. Le 12 mars 2013, l'assurée a subi une intervention chirurgicale de l'épaule gauche pratiquée par le docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique.
6. À la demande de la SUVA, le Dr C\_\_\_\_\_ lui a transmis son rapport d'intervention du 14 mars 2013. Il confirmait le diagnostic de grande déchirure de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche. Son opération avait consisté en une acromioplastie, une réinsertion du haut du tendon sous-scapulaire, et une ténodèse du long chef du biceps. Le tendon du sous et sus-épineux présentait une ancienne déchirure très rétractée, non réductible. Le tissu étant de mauvaise qualité, il avait renoncé à sa réinsertion.
7. Le 23 mai 2013, l'assurée a été auditionnée par la SUVA.  
  
Elle a déclaré que le 6 février 2013, alors qu'elle marchait sur un chemin de terre glacé, elle avait glissé et s'était réceptionnée violemment sur l'épaule gauche. Elle n'avait jamais souffert auparavant de cette épaule. Sa profession impliquait l'utilisation de balais et de serpillères, ce qui faisait beaucoup travailler ses bras. Actuellement, elle manquait de force et parvenait seulement à lever son bras gauche avec un angle maximum de 45 degrés. Elle ne parvenait pas non plus à l'étendre ou à le mettre dans son dos. Elle était suivie par le Dr C\_\_\_\_\_, son chirurgien, et par le Dr B\_\_\_\_\_, son médecin généraliste.
8. Dans un rapport du 30 mai 2013, partiellement illisible, le Dr C\_\_\_\_\_ a fait état d'une mobilisation difficile, atteignant 50° en abduction, d'une lente rémission et d'un pronostic favorable. Il ignorait quand l'assurée pourrait reprendre son travail.
9. Par pli du 16 septembre 2013, l'assurance-invalidité a informé la SUVA que l'assurée avait repris son activité professionnelle à 50% le jour même.

10. Par rapport du 10 octobre 2013, le Dr B\_\_\_\_\_ a confirmé une évolution clinique favorable.
11. Invité par la SUVA à se déterminer, le docteur D\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement et spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a indiqué le 17 octobre 2013 que la rupture tendineuse était ancienne, selon le rapport opératoire du Dr C\_\_\_\_\_. Il souhaitait toutefois obtenir un rapport IRM avant de se prononcer sur un éventuel *statu quo sine*.
12. Le 14 novembre 2013, la SUVA a obtenu copie d'un rapport d'examen radiographique et échographique établi le 12 février 2013 par le docteur E\_\_\_\_\_, radiologue, constatant un volumineux ostéophyte sous acromial, une déchirure complète du tendon du muscle sus-épineux, et une déchirure partielle (tiers supérieur) du tendon du muscle sous-scapulaire.
13. Par rapport du 19 novembre 2013, le médecin d'arrondissement a estimé que le *statu quo sine* pouvait être fixé le jour même, compte tenu des lésions mises en évidence sur le rapport du 12 février 2013 et de la bonne évolution clinique, qui avait permis à l'assurée de reprendre son travail.
14. Par décision du 27 novembre 2013, la SUVA a mis un terme au versement de ses prestations dès le 16 décembre 2013. S'appuyant sur le rapport de son médecin d'arrondissement, elle a estimé que l'accident du 6 février 2013 ne jouait plus de rôle dans les troubles présentés par l'assurée.
15. Le 20 décembre 2013, l'assurée, représentée par un conseil, a contesté cette décision et sollicité l'octroi de prestations au-delà du 15 novembre (recte : décembre) 2013.

Elle avait souffert d'une recrudescence de douleurs en novembre 2013 et d'une rupture subséquente du tendon opéré, démontrée par une IRM réalisée le 13 décembre 2013. Selon son médecin généraliste, l'accident du 6 février 2013 était la cause de cette nouvelle rupture tendineuse. Partant, il ne se justifiait pas, à ce stade, de retenir un quelconque *statu quo sine*.

Elle a joint :

- un certificat du Dr C\_\_\_\_\_ du 3 octobre 2013, attestant d'une capacité de travail nulle dès le 6 février 2013, de 50% dès le 16 septembre 2013 et entière dès le 3 novembre 2013 ;
- un certificat du 19 décembre 2013 du Dr F\_\_\_\_\_, médecin du travail, indiquant que la récupération était plus lente qu'escomptée, qu'une imagerie avait été sollicitée par le chirurgien, et que l'assurée pouvait continuer à travailler, mais en observant certaines restrictions ;
- un rapport du 23 janvier 2014 du Dr B\_\_\_\_\_, médecin généraliste. Il certifiait que l'accident du 6 février 2013 avait provoqué la rupture d'un tendon de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche, soit le tiers supérieur du muscle sous-

scapulaire, précisant toutefois que les autres lésions constatées lors de l'opération de mars 2013 étaient apparemment antérieures à l'accident, selon le rapport du chirurgien C\_\_\_\_\_. L'accident était la cause d'un tiers des atteintes présentées après l'accident, les autres tendons constituant la coiffe des rotateurs s'étant fragilisés progressivement puis rompus de manière atraumatique. L'évolution depuis l'intervention de février 2013 avait d'abord été favorable, avant qu'une IRM ne mette en évidence, en décembre 2013, une nouvelle rupture du tendon opéré. Selon lui, cette seconde rupture était une conséquence de l'accident. Il était trop tôt pour juger de la récupération fonctionnelle de l'épaule, laquelle ne pourrait être évaluée qu'environ six mois après la seconde opération. Vu l'usure des tendons, des ruptures spontanées étaient à craindre.

16. Invité par la SUVA à se prononcer une nouvelle fois sur le dossier, le médecin d'arrondissement a rendu un rapport le 9 avril 2014.

Il a maintenu que le *statu quo sine* avait été atteint le 19 novembre 2013, dans la mesure où le traumatisme avait mis en évidence une lésion dégénérative et ancienne de l'épaule, conformément au rapport opératoire du Dr C\_\_\_\_\_ et au bilan clinique, évoquant une épaule dégénérative et un ostéophyte sous-acromial.

17. Par décision subséquente du 11 juin 2014, la SUVA a fait siennes les conclusions de son médecin d'arrondissement et rejeté l'opposition de l'assurée. Elle a observé que la chute était banale, qu'une évolution post-opératoire favorable avait permis une reprise du travail en novembre 2013, et que le Dr B\_\_\_\_\_ admettait que les tendons de la coiffe des rotateurs s'étaient fragilisés avec le temps puis rompus sans traumatisme.

18. Par acte du 11 juillet 2014, complété le 5 septembre 2014, l'assurée a interjeté recours auprès de la chambre de céans, en concluant, sous suite de dépens, à l'annulation de la décision du 11 juin 2014. Elle a également requis l'audition des Drs G\_\_\_\_\_ et B\_\_\_\_\_.

Elle a sollicité la prise en charge des suites de l'accident au-delà du 15 décembre 2013, en contestant derechef l'évolution favorable retenue par le médecin d'arrondissement. Elle avait en effet consulté son chirurgien en novembre 2013, pour une recrudescence de douleurs et de limitations fonctionnelles.

Elle a ajouté que suite à son opération de janvier 2014, elle avait subi une nouvelle incapacité de travail de longue durée, et que, selon ses médecins, la rupture subséquente du tendon opéré en mars 2013 était une conséquence de l'accident.

Elle a joint :

- un rapport opératoire du 16 janvier 2014 du Dr G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, dont il résulte qu'elle a subi le 9 janvier 2014, suite à une rupture secondaire de la coiffe des rotateurs, une nouvelle intervention d'arthroscopie de l'épaule gauche avec suture de la coiffe, acromioplastie décompressive et ténodèse du biceps ;

- un questionnaire médical rempli le 28 janvier 2014 par le Dr G\_\_\_\_\_, diagnostiquant une rupture du sus-épineux avec rétractation. L'accident de février 2013 était la cause certaine de ces lésions. Ses conclusions ne rejoignaient pas celles du médecin d'arrondissement, car il avait constaté le 6 janvier 2014 un « gros grattage à la mobilisation de l'épaule », des douleurs et une limitation de l'abduction et de l'élévation à 160 degrés. Son pronostic était excellent.

19. Dans sa réponse du 30 septembre 2014, l'intimée a conclu au rejet du recours.

Elle a maintenu sa décision de mettre fin aux prestations dès le 16 décembre 2013, en soutenant que la chute était banale, que l'évolution suivant l'opération du 12 mars 2013 avait été favorable et que l'assurée avait pu reprendre son travail à plein temps dès le 3 novembre 2013.

Elle a estimé que l'appréciation de son médecin d'arrondissement était probante et que les lésions constatées lors de l'opération du 12 mars 2013 étaient antérieures à l'accident. Le chirurgien C\_\_\_\_\_ avait mis en exergue une ancienne « déchirure très rétractée » pour laquelle une réduction n'avait pas été effectuée, tandis que le Dr B\_\_\_\_\_ avait estimé que les tendons de la coiffe des rotateurs s'étaient progressivement fragilisés puis rompus de manière atraumatique. Les allégations de la recourante et de ses médecins étaient fondées sur le principe *post hoc, ergo propter hoc*. Quant au Dr G\_\_\_\_\_, il se limitait à exprimer un avis divergeant, non motivé.

20. La recourante a répliqué le 17 novembre 2014, en persistant dans ses conclusions et en sollicitant la prise en charge de sa seconde opération de l'épaule et le maintien des indemnités journalières.

Elle a rétorqué que l'intimée devait prendre en charge les suites de l'accident du 6 février 2013, même si une atteinte dégénérative avait joué un rôle. En outre, il lui paraissait indiscutable que sa chute avait déclenché ses symptômes et que sa seconde opération chirurgicale était consécutive à la rupture du tendon opéré en 2013. Elle n'avait d'ailleurs présenté de limitations d'abduction de l'épaule qu'après l'accident.

Par ailleurs, elle a déploré qu'aucune instruction complémentaire n'ait été entreprise par l'intimé, malgré ses nouvelles douleurs survenues en novembre 2013.

21. L'intimée a dupliqué le 8 décembre 2014.

Elle a réitéré que la recourante fondait son argumentation sur le principe *post hoc, ergo propter hoc*, et que les examens et bilans opératoires figurant au dossier confirmaient une lésion dégénérative et ancienne de l'épaule.

Elle a souligné que selon la jurisprudence, on ne pouvait exiger d'un assureur-accidents la preuve négative qu'aucune atteinte à la santé ne subsistait ou que l'assurée était en parfaite santé.

S'agissant de l'instruction entreprise, elle l'estimait complète et maintenait dès lors ses conclusions en rejet du recours.

22. Dans ses écritures complémentaires du 6 janvier 2015, la recourante a persisté à nouveau dans les conclusions de son recours.

Elle a rétorqué qu'en présence d'une suppression du droit aux prestations, le fardeau de la preuve de la disparition du lien de causalité entre l'accident et l'atteinte incombait à l'assureur. Elle niait au demeurant s'être fondée sur un raisonnement de type *post hoc, ergo propter hoc*.

23. Cette écriture a été transmise à l'intimée pour information le 7 janvier 2015.

24. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

### **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 - E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> 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).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.
3. Le délai de recours est de 30 jours. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 al. 1 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 – LPA ; RS/GE E 5 10).
4. Le litige porte sur la question de savoir si les lésions présentées par la recourante au niveau de son épaule gauche doivent être prises en charge par l'intimée postérieurement au 15 décembre 2013.
5. 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 LPGA; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références).

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).

6. 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. 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).

---

c. 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. 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 117 V 359 consid. 5d/bb ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

7. Selon 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. Aux termes de l'art. 9 al. 2 let. f de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA; RS 832.202), édicté par l'autorité exécutive en vertu de cette délégation de compétence, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, les déchirures de tendons sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire. En vertu de cette disposition, les ruptures de la coiffe des rotateurs des épaules ont été assimilées par la jurisprudence 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 ; 123 V 43 consid. 2b).

La notion de lésion 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 en principe être couvert par l'assurance-maladie. Si, par contre, une telle lésion 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 et il appartient à l'assurance-maladie d'en prendre en charge les suites (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_357/2007 du 31 janvier 2008).

Lorsque le *statu quo ante vel sine* est établi, le droit aux prestations pour une lésion assimilée prend fin. Toutefois, des lésions assimilées à un accident le sont aussi longtemps que leur origine malade ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, n'est pas clairement établie. Il n'y a dès lors pas lieu de se fonder sur le degré de vraisemblance prépondérante pour admettre l'évolution d'une telle atteinte vers un *statu quo sine*. Sinon, on se trouverait à nouveau confronté, immédiatement après avoir admis l'existence d'une lésion assimilée à un accident, à la difficulté de distinguer entre l'origine accidentelle et malade de cette atteinte (cf. arrêts du Tribunal fédéral 8C\_846/2014 du 23 avril 2015 consid. 3.2 ; 8C\_578/2013 du 13 août 2014 consid. 2.2 ; 8C\_381/2014 du 11 juin 2014 consid. 3.2 ; 8C\_347/2013 du 18 février 2014 consid. 3.2 ; 8C\_698/2007 du 27 octobre 2008 ; 8C\_551/2007 du 8 août 2008 consid. 4.1.2 ; 8C\_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 2).

Ces règles sont également applicables lorsqu'une des lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA est survenue lors d'un événement répondant à la définition de

l'accident au sens de l'art. 6 al. 1 LAA. En effet, si l'influence d'un facteur extérieur, soudain et involontaire suffit pour ouvrir le droit à des prestations de l'assureur-accidents pour les suites d'une lésion corporelle mentionnée à l'art. 9 al. 2 OLAA, on ne voit pas, a fortiori, que cette réglementation spécifique ne doive pas trouver application dans l'éventualité où ce facteur revêt un caractère extraordinaire. Il faut néanmoins que la lésion corporelle (assimilée) puisse être rattachée à l'accident en cause car, à défaut d'un événement particulier à l'origine de l'atteinte à la santé, il y a lieu de conclure à une lésion exclusivement malade ou dégénérative (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_347/2013 du 18 février 2014 consid. 3.2 ; 8C\_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 3.2).

8. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe 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 des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité

---

d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, 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 351 consid. 3b/cc).

9. a. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

b. Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46), entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêts du Tribunal fédéral des assurances U 359/04 du 20 décembre 2005 consid. 2 ; U 389/04 du 27 octobre 2005 consid. 4.1 et U 222/04 30 novembre 2004 consid. 1.3).

c. Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni la maxime inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un

---

renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136). À l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87). La récente jurisprudence du Tribunal fédéral prévoyant que la Cour ordonne une expertise au besoin ne saurait en effet permettre à l'assurance de se soustraire à son obligation d'instruire (ATF 137 V 210 ; cf. notamment ATAS/588/2013 du 11 juin 2013 ; ATAS/454/2013 du 2 mai 2013 ; ATAS/139/2013 du 6 février 2013).

10. a. L'intimée considère que l'atteinte persistante dont souffre la recourante à l'épaule gauche n'est plus en lien de causalité avec l'accident du 6 février 2013. Elle se fonde sur les conclusions du Dr D\_\_\_\_\_, son médecin d'arrondissement, lequel a estimé qu'un *statu quo sine* pouvait être fixé au 19 novembre 2013.

La recourante conteste ce *statu quo sine* et invoque une recrudescence de douleurs en novembre 2013 et une rupture subséquente du tendon opéré, pour laquelle elle a subi une nouvelle intervention chirurgicale de suture de la coiffe des rotateurs le 9 janvier 2014. Elle se prévaut des rapports de ses médecins, émanant notamment des Drs B\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_.

b. Préalablement, on relèvera, d'une part, que le Dr E\_\_\_\_\_ a diagnostiqué le 12 février 2013 une déchirure complète du tendon du muscle sus-épineux et une déchirure partielle du tendon du muscle sous-scapulaire, et, d'autre part, que lors de ses premières déclarations à la SUVA, que rien ne permet de remettre en question, l'assurée a indiqué n'avoir jamais souffert de douleurs particulières à l'épaule gauche avant le mois de février 2013. Partant, il est constant que l'événement du 6 février 2013 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 déchirure de la coiffe des rotateurs, diagnostic qui a d'ailleurs été confirmé par les Drs C\_\_\_\_\_, B\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_. La présente cause concerne donc une lésion assimilée à un accident (ATF 123 V 43). C'est à juste titre que l'intimée a pris en charge les suites de l'événement, reconnaissant implicitement qu'une origine exclusivement dégénérative de cette lésion n'était pas manifeste.

c. Afin de se prononcer sur la persistance, au-delà du 19 novembre 2013, d'un lien de causalité naturelle entre l'atteinte de l'épaule gauche et l'événement du 6 février 2013, il convient d'examiner les principaux rapports figurant au dossier, lesquels peuvent être résumés comme suit.

- Le 14 novembre 2013, le médecin d'arrondissement de la SUVA a conclu qu'un *statu quo sine* pouvait être fixé le jour-même, compte tenu des lésions mentionnées dans le rapport du radiologue E\_\_\_\_\_ du 12 février 2013, et d'une bonne évolution clinique, laquelle avait permis la reprise de l'activité professionnelle.
- Le 9 avril 2014, ce même médecin a exposé que l'assurée avait été victime d'une chute banale de sa hauteur, et que le rapport opératoire du chirurgien

C\_\_\_\_\_ avait fait état d'une lésion dégénérative et d'une rétractation tendineuse importante, ce qui démontrait, selon lui, que le traumatisme avait « mis en évidence » une déchirure dégénérative ancienne.

- Le 23 janvier 2014, le Dr B\_\_\_\_\_, médecin généraliste, a estimé que l'événement du 6 février 2013 avait provoqué la rupture d'un seul tendon, soit le tiers supérieur du muscle sous-scapulaire. Une nouvelle rupture tendineuse avait été diagnostiquée grâce à une IRM en décembre 2013. Cette rupture était d'après lui consécutive à l'accident de 2013, contrairement à ce que laissait entendre le médecin d'arrondissement.
- Les 16 et 28 janvier 2014, le chirurgien G\_\_\_\_\_, qui a réalisé une seconde opération de l'épaule gauche le 9 janvier 2014, a fait état d'une rupture secondaire de la coiffe des rotateurs et d'une rupture du sus-épineux avec rétractation. Il a estimé que l'accident de février 2013 était la cause certaine de ces lésions. Il ne partageait pas les conclusions du médecin d'arrondissement, car il avait constaté « un gros grattage à la mobilisation de l'épaule », des douleurs et une limitation de l'abduction et de l'élévation.

Comme exposé ci-dessus, le médecin d'arrondissement de la SUVA a considéré que l'atteinte de l'épaule gauche avait évolué vers un *statu quo sine*, qu'il a fixé au 19 novembre 2013. Il a motivé sa conclusion de manière succincte, voire laconique, en relevant que l'assurée avait pu reprendre son travail à plein temps, que sa chute était banale, et que la première opération chirurgicale de mars 2013 avait mis en évidence une ancienne déchirure, de nature dégénérative, du tendon des muscles sous et sus-épineux.

d. Contrairement à ce que soutient l'intimée, la chambre de céans constate que la reprise de l'activité professionnelle à plein temps dès le 3 novembre 2013 ne constitue pas un argument décisif en faveur d'un *statu quo sine*, puisque malgré cette reprise, la recourante a continué à subir des douleurs et des limitations fonctionnelles de l'épaule gauche, raison pour laquelle elle a été réopérée le 9 janvier 2014 (cf rapports des Drs B\_\_\_\_\_, F\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_). En outre, bien que le Dr C\_\_\_\_\_ ait fait état d'une ancienne déchirure du tendon des muscles sous et sus-épineux, constatation qui a été reprise par le Dr B\_\_\_\_\_, on ne saurait considérer comme manifeste une origine exclusivement dégénérative de cette atteinte, eu égard aux conclusions claires du chirurgien G\_\_\_\_\_, lequel a estimé qu'elle résultait, de manière certaine, de la chute du 6 février 2013. Au demeurant, même s'il fallait retenir qu'une atteinte dégénérative avait joué un rôle important dans la survenance de la déchirure de la coiffe des rotateurs, cela ne justifierait quoi qu'il en soit pas l'admission d'un *statu quo sine*, dans la mesure où l'art. 9 al. 2 OLAA fait supporter à l'assureur-accidents les suites d'une telle lésion même lorsqu'elle a, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement dégénérative, à condition qu'une cause extérieure ait déclenché les symptômes dont souffre l'assurée, ce qui paraît en l'occurrence clair et n'est au demeurant pas contesté par l'intimée, qui a versé des prestations jusqu'au 15 décembre 2013 (arrêt du Tribunal

fédéral 8C\_347/2013, consid. 3.2 ss). Pour le surplus, le médecin d'arrondissement ne fait état d'aucun élément pertinent qui pourrait fonder un retour à un *statu quo* sept mois après l'accident, par exemple une dégénérescence similaire de l'épaule droite.

S'il paraît possible qu'une atteinte dégénérative ait exercé une influence dans la survenance des lésions de l'épaule gauche, il ne ressort pas du dossier, de manière manifeste, que les lésions subsistant au-delà 19 novembre 2013 et leurs symptômes résulteraient exclusivement de phénomènes dégénératifs. Or, d'après la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, on ne peut admettre qu'une lésion assimilée – malgré son origine en grande partie dégénérative – a fait place à l'état de santé dans lequel l'assuré se serait trouvé sans l'accident tant que le caractère désormais exclusivement dégénératif de l'atteinte n'est pas clairement établi.

Dans la mesure où les pièces versées à la procédure ne permettent pas, en l'état, de retenir un *statu quo sine*, la date fixée par l'intimée au 19 novembre 2013 n'est pas admissible. Partant, il appartiendra à l'intimée d'examiner à nouveau la date à partir de laquelle le *statu quo sine* aura été atteint, à teneur des principes applicables en cas de lésion assimilée. La cause lui sera ainsi renvoyée pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

11. Compte tenu de l'issue de la procédure et dans la mesure où les Drs B\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_ se sont déjà prononcés par écrit, l'audition sollicitée de ces médecins est rejetée, par appréciation anticipée des preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c).
12. Vu ce qui précède, le recours est partiellement admis.

La recourante a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, que la chambre de céans fixe en l'espèce à CHF 1'500.-, eu égard au nombre d'écritures (art. 61 let g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 – RFPA ; RS/GE 5 10.03).

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 et annule la décision du 27 novembre 2013 et la décision sur opposition du 11 juin 2014.
3. Renvoie le dossier à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants.
4. Condamne l'intimée à verser une indemnité de CHF 1'500 à la recourante, à titre de participation à ses frais et dépens.
5. Dit que la procédure est gratuite.
6. 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

Le président

Sylvie SCHNEWLIN

Raphaël MARTIN

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