

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3092/2009

ATAS/628/2010

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 8

du 27 mai 2010

En la cause

Madame G _____, domiciliée à CAROUGE, comparant avec
élection de domicile en l'Etude de Maître Jacques EMERY

recourante

Contre

LA MOBILIERE SUISSE SOCIETE D'ASSURANCES SA, sise
Bundesgasse 35, BERNE, comparant avec élection de domicile en
l'étude de Maître Philippe GRUMBACH

intimée

**Siégeant : Jean-Louis BERARDI, Président suppléant; Teresa SOARES et Luis ARIAS,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. G_____ (née en 1951) travaillait depuis le mois de mai 2001 comme aide-soignante à domicile pour le compte de la société X_____ AG. A ce titre, elle était assurée contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Mobilière Suisse, Société d'assurances (ci-après: LA MOBILIERE).

Le 14 mars 2003, la prénommée a ressenti une douleur aiguë à l'épaule gauche au moment où elle tentait de retenir une patiente qui s'affaissait. Elle a été reconnue incapable de travailler du 9 au 16 mai 2003 et du 26 mai au 26 juin 2003, puis a cessé toute activité à compter du 1er août 2003. Les investigations médicales ont révélé qu'elle souffrait d'un conflit sous-acromial, avec bursite sous-acromio-deltoïdienne et tendinite de la face bursale du tendon du sus-épineux sans signe de déchirure. Après avoir été traitée dans un premier temps par infiltrations, l'assurée a subi une acromioplastie arthroscopique le 13 février 2004, effectuée par le Pr L_____, médecin-chef de service au Service de chirurgie orthopédique des H.U.G.

Par décision du 9 juillet 2004, LA MOBILIERE a refusé d'allouer des prestations au motif que l'atteinte à la santé n'était pas survenue à la suite d'un accident ou d'une lésion assimilée à un accident, car lever une patiente était, pour l'assurée, une tâche routinière normale. L'opposition formée par la Swica, Assurance-maladie SA (ci-après: la Swica), a été rejetée le 15 septembre 2004.

Par courrier du 26 août 2004, l'employeur a résilié le contrat de travail pour le 31 octobre suivant, invoquant une réorganisation de la société.

2. Aussi bien la Swica que G_____ ont déféré la décision sur opposition au Tribunal cantonal des assurances sociales (TCAS), qui, après avoir joint les causes, a, par jugement du 25 avril 2005, rejeté les recours.
3. Par arrêt du 22 mai 2006 (U 220/05), le Tribunal fédéral a rejeté le recours interjeté par l'assurée. En substance, la Haute Cour a constaté que les examens médicaux réalisés à la suite de l'événement litigieux avaient permis d'établir que la recourante ne présentait pas de déchirure d'un tendon, mais tout au plus une tendinite et une bursite dans le cadre d'un conflit sous-acromial. Ces lésions ne figurant pas au nombre des affections énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA, elles ne pouvaient être par conséquent assimilées à un accident. Par ailleurs, les circonstances qui avaient donné naissance à l'atteinte dommageable à l'épaule gauche, puis conduit à l'interruption de toute activité lucrative et à une intervention chirurgicale, ne relevaient pas d'un accident au sens juridique du terme, faute du caractère extraordinaire du facteur extérieur dommageable.

4. La Swica, respectivement LA MOBILIERE (en qualité d'assurance-maladie perte de gain), ont versé des indemnités journalières jusqu'au 5 juillet 2005 (cf. mémoire de réponse du 23 septembre 2009, p. 4, § 10 ; courrier de Me EMERY du 10 janvier 2010 ; duplique du 4 mars 2010, p. 9, § 40). Depuis lors, l'assurée émarge à l'assistance de l'Hospice général.
5. Entre-temps, le 23 avril 2004, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal d'assurance-invalidité (OAI) tendant à l'octroi d'une rente. Elle a en particulier invoqué souffrir d'une déchirure des tendons de l'épaule gauche, hernie discale de la colonne vertébrale, arthrose, ulcère de l'estomac, trouble dépressif récurrent et problèmes cardiaques. En outre, elle présentait une incapacité de travail entière depuis le 1^{er} août 2003 « à ce jour ».
6. D'après le rapport du Dr M_____, chirurgien orthopédiste traitant (depuis août 2003), du 11 mai 2004, la patiente présentait une incapacité totale de travail depuis le 1^{er} août 2003, en raison d'un conflit sous-acromial gauche et d'algodystrophies. Ces atteintes existaient depuis son accident du 14 mars 2003. La patiente se plaignait de douleurs à l'épaule gauche surtout en charge. Sa capacité de travail était nulle dans son ancienne activité. Une activité adaptée était exigible, mais le début de celle-ci devait être discuté dans 3 à 5 mois, compte tenu du status postopératoire. L'état de santé s'améliorait.
7. Selon ses déclarations, le 13 juin 2004, l'assurée a fait une (nouvelle) chute avec réception sur l'épaule gauche et syndrome douloureux important, malgré la prise d'anti-inflammatoire à titre spontané.

Cet évènement n'a toutefois été annoncé à LA MOBILIERE que le 23 novembre 2007 (cf. ci-dessous, § 28).

8. Dans un rapport du 20 juillet 2004 (dernière consultation : avril 2004), le Pr Pierre-Jaques L_____, médecin-chef de service au département de Département de chirurgie orthopédique des H.U.G., a diagnostiqué un impingement avec tendinopathie probable du sus-épineux de l'épaule gauche.
9. Dans son rapport destiné à l'OAI du 12 septembre 2004 (dernier examen : 30 août 2004), le Dr N_____, rhumatologue traitant, a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, un status après acromioplastie arthroscopique à l'épaule gauche existant depuis février 2004, ainsi qu'un glaucome (Sans répercussion sur la capacité de travail : douleurs diffuses évocatrices d'un symptôme douloureux chronique depuis plusieurs années ; ulcère gastrique et épigastralgies chroniques). Malgré cette intervention orthopédique, les douleurs étaient persistantes. Par ailleurs, il existait une exacerbation des douleurs diffuses chroniques touchant la région lombaire, la hanche gauche et l'épaule droite. L'état de santé était stationnaire. Dans l'activité d'infirmière, la capacité de travail était nulle depuis mai 2003 ; dans une activité adaptée, en particulier sans

charge lourde avec le membre supérieur gauche, la capacité de travail était de 100%.

10. Dans un questionnaire de LA MOBILIERE du 13 septembre 2004, le Dr M_____ a posé le diagnostic de conflit sous-acromial épaule gauche. L'amélioration des mobilités articulaires était lente, avec récupération de 80% de la fonction. Les amplitudes articulaires étaient meilleures, mais il persistait des douleurs qui empêchaient la patiente de soulever des charges ou d'effectuer des mouvements répétitifs avec son épaule. Une reprise du travail pourrait être envisagée d'ici un délai de 6 à 8 semaines selon l'évolution clinique. Elle devait éviter de porter des charges de plus de 5 kg et d'effectuer des mouvements répétitifs avec son membre supérieur gauche. Le pronostic était favorable.

11. A la demande de l'OAI, l'assurée a séjourné à la Clinique romande de réadaptation, du 20 au 22 février 2006. Selon l'expertise du Dr O_____, chirurgien orthopédiste, du 6 mars 2006 (qui s'est adjoint les services de la Dresse P_____, psychiatre), l'assurée présentait les atteintes suivantes, avec répercussion sur la capacité de travail : cervicalgies sur troubles dégénératifs modérés (M 47), conflit sous acromial de l'épaule gauche (M 75.5), lombalgies chroniques sur sévère discopathie (L5-S1 M 51.2), coxarthrose bilatérale modérée et périarthrite de hanche gauche (M 16.0). Sans répercussion sur la capacité de travail : dysthymie (F34.1) et trouble somatoforme douloureux persistant (F 45.4) chez une personnalité limite (F 60.9) dans un contexte de divorce et de difficultés existentielles multiples, glaucome (H 40.9), dolichocôlon (Q 43.8). S'agissant plus particulièrement de l'épaule gauche, des radiographies en 4 incidences et une ultrasonographie, effectuées le 6 février 2006, montraient une très discrète altération dégénérative au niveau de la gléno-humérale, avec sclérose de l'os sous-chondral et ébauche de réaction ostéophyttaire au bord inférieur de la glène, ainsi qu'une petite fissuration du sus-épineux gauche, mais sans solution de continuité (ie : sans rupture). Sur le plan thérapeutique, le traitement avait été bien conduit. La recherche d'un conflit sous-acromial montrait une manœuvre de Neer positive à gauche. Il n'y avait pas de signe évident de souffrance des muscles de la coiffe des rotateurs ou du long-chef du biceps, ni d'atrophie musculaire ou d'enflure. L'intervention chirurgicale de février 2004 pratiquée sur l'épaule gauche, semblait avoir été couronnée d'un certain succès. Il n'y avait aucune proposition particulière à formuler. Par ailleurs, l'assurée était totalement incapable de travailler dans son ancienne profession depuis mai 2003. Dans une activité adaptée (notamment sans activités lourdes et répétitives au niveau de l'épaule gauche, ni longs déplacements, avec possibilité d'alterner les positions assis/debout), la capacité de travail était entière.

De son côté, la Dresse P_____ a posé le diagnostic de dysthymie et de trouble somatoforme douloureux persistant chez une personnalité limite dans un

contexte de divorce et de difficultés existentielles multiples (expertise psychiatrique du 22 février 2006).

12. Dans un avis du 28 avril 2006, le SMR a retenu les diagnostics suivants, avec répercussion sur la capacité de travail : lombalgies chroniques sur sévères discopathies ; cervicalgies sur troubles dégénératifs modérés, conflit sous-acromial de l'épaule gauche, coxarthrose bilatérale modérée et périarthrite de hanche gauche. Dans l'activité habituelle, l'incapacité était totale depuis mai 2003.
13. Dans un projet de décision du 8 novembre 2006, l'OAI a informé l'assurée qu'il envisageait de lui octroyer une rente entière d'invalidité limitée dans le temps, soit du 1^{er} mai 2004 au 30 avril 2006. Pour la période postérieure, aucune rente n'était allouée, compte de la possibilité pour l'assurée d'exercer à 100% une activité adaptée, dès le 1^{er} février 2006, ainsi que d'un taux d'invalidité de 3,5%.
14. Par pli du 27 novembre 2006, l'assuré s'est opposée contre ce projet, faisant valoir que son état de santé se péjorait tant sur le plan physique que psychique.
15. Dans un courrier du 27 novembre 2006, le Dr M_____ a indiqué que la patiente avait bénéficié d'une acromioplastie de décompression le 13 février 2004, dans le contexte d'une tendinopathie avec conflit sous-acromial et que l'évolution n'était pas favorable. Un nouveau bilan radiologique avait montré une lésion partielle de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche. Il semblait en outre déraisonnable d'estimer la capacité professionnelle à 100% dès le 1^{er} février 2006.
16. Le 29 novembre 2006, la patiente a été opérée par le Pr L_____.

Dans son compte-rendu opératoire, du 1^{er} décembre 2006, ce praticien a diagnostiqué une rupture intra-tendineuse du sus-épineux de l'épaule gauche. L'intervention avait consisté en une excision de la zone de tendinopathie, une suture T-T et T-O, ainsi qu'une acromioplastie antérieure.

Auparavant, dans un courrier du 17 octobre 2006, le Pr L_____ avait indiqué que, suite à son examen clinique de l'épaule gauche du 25 septembre 2006, une arthro-IRM avait été réalisée (le 5 octobre suivant), qui avait mis en évidence une tendinopathie sévère du tendon du sus-épineux avec géodes dans la région trochitérienne.

Selon un rapport « rectificatif de l'arthro-IRM de l'épaule gauche du 5 octobre 2006 », établi par le Service de radiodiagnostic des H.U.G. le 5 décembre 2006, la patiente avait bénéficié d'une acromioplastie gauche en février 2004 et subi « *un traumatisme trois mois plus tard* ». Les conclusions de l'IRM parlaient en faveur d'une tendinopathie sévère insertion distale du tendon du sus-épineux ; discrètes érosions du versant postérieur du trochiter ; signes d'une discrète tendinopathie du

tendon du sous-épineux ; signes de bursite sous-acromio-deltoïdienne ; arthrose acromio-claviculaire.

17. Dans un rapport du 12 janvier 2007, le Dr Q_____, chiropraticien, a indiqué que la patiente l'avait consulté à plusieurs reprises de novembre 2002 à octobre 2003, puis de février 2006 à ce jour pour des douleurs lombaires chroniques avec irradiations dans les membres supérieurs, ainsi que des douleurs également chroniques cervicales et dorsales. L'intensité des douleurs avaient augmenté de 2002 à 2006. Elles avaient été aggravées par la présence d'une rupture intratendineuse du sus-épineux gauche opérée le 29 novembre 2006.
18. Par décision du 19 juillet 2007, l'OAI a confirmé sa position du 8 novembre 2006.
19. Suite au recours interjeté par l'assurée, cet Office a annulé ladite décision, et décidé de reprendre l'instruction de la cause. A la suite de quoi, le TCAS a déclaré le recours sans objet, par arrêt du 3 octobre 2007.
20. L'OAI a confié une nouvelle expertise au Dr R_____, rhumatologue. Selon le rapport d'expertise du 11 mars 2008, l'expertisée avait signalé, s'agissant de l'épaule gauche, qu'une aggravation de l'altération douloureuse de la mobilité s'était produite aux alentours de l'été 2006, qui avait justifié des nouvelles séances de physiothérapie (sans influence sur les symptômes). Dès lors, elle s'était à nouveau adressée au Pr L_____. Sur la base d'une nouvelle arthro-IRM relevant une tendinopathie sévère du tendon du sus-épineux avec géode dans la région trochantérienne, le Pr L_____ avait réalisé, une excision de la zone de tendinopathie, une suture de la coiffe des rotateurs et une nouvelle acromioplastie le 29 novembre 2006. L'expert a posé les diagnostics suivants : cervico-dorso-pseudo-sciatalgies gauches chroniques ; troubles disco-dégénératifs pluri-étagés du rachis cervical ; discarthrose L5-S1 ; status après suture de la coiffe des rotateurs et acromioplastie de l'épaule gauche le 16 février 2004 et le 29 novembre 2006. A la suite de l'intervention du 16 février 2004, il existait une persistance d'une altération douloureuse de la mobilité de l'épaule gauche justifiant la poursuite des mesures de rééducation fonctionnelle tant à sec qu'en piscine, de même que la prise de médicaments antalgiques, anti-inflammatoires et des infiltrations de cortisone articulaires. Bien que fluctuants, ces symptômes étaient restés stationnaires jusqu'à février ou l'été 2006. Suite à l'intervention du 29 novembre 2006, les douleurs n'étaient plus présentes au repos, mais uniquement à la mobilisation. S'agissant plus particulièrement des épaules, il n'y avait pas de douleurs à la palpation acromio-claviculaire ou scapulo-humérale des deux côtés. La mobilité de l'épaule droite était complète avec une élévation de 180°, une abduction de 160 et une rotation externe de 60°. Le testing de la coiffe des rotateurs était normal des deux côtés. Il existait une discrète altération de la mobilité de l'épaule gauche marquée par une élévation et une abduction de 160°. L'incapacité de travail était totale dans l'ancienne activité. Dans une activité adaptée (légère, sans port de charges au-delà

de 10 kg, ni mouvements répétitifs impliquant le rachis ou l'épaule gauche), la capacité était de 90%, compte tenu d'une diminution de rendement due au déconditionnement physique, à la fatigabilité, ainsi qu'au retentissement de la vitesse d'exécution des tâches impliquant le dos et le membre supérieur gauche.

21. Dans un avis du 26 mars 2008, le SMR a estimé que cette dernière expertise avait confirmé les conclusions de l'expertise du Dr O_____ du 6 mars 2006, avec une évaluation presque identique de l'exigibilité, à savoir 90%, au lieu de 100% dans un poste adapté, dès septembre 2004, conformément à la date retenue par le Dr N_____ dans son rapport du 12 septembre 2004. Dans l'ancienne profession d'infirmière, l'incapacité était totale depuis mars ou mai 2003.
22. Se fondant sur ce dernier avis, l'OAI a rendu second un projet de décision le 18 avril 2008 (envoyé à Me Jaques EMERY, conseil de l'assurée), confirmant sa décision d'octroi de rente limitée dans le temps du 19 juillet 2007 et refusant toute prestation, dès le 1^{er} mai 2006, compte tenu d'un degré d'invalidité de 13,1 % seulement. Une aide au placement était réservée. Un délai de 30 jours était accordé pour faire valoir toutes observations éventuelles.
23. Par courrier du 28 avril 2008, Me EMERY a requis copie de l'expertise sur laquelle l'OAI s'appuyait pour fonder « cette décision ». Cet Office s'est exécuté le 29 avril suivant.
24. Le 7 mai 2008, l'assurée a écrit à l'OAI et au Tribunal de céans, déclarant faire recours contre ce projet de décision, au motif que son état de santé s'était aggravé sur le plan psychique et physique. Elle a produit un certificat complémentaire du Dr M_____ du 6 mai 2008, attestant qu'il suivait la patiente depuis le 19 août 2003 pour des douleurs à l'épaule droite (recte : gauche), survenues à la suite d'un accident dans son activité d'infirmière d'aide domicile. L'examen clinique et radiologique avait alors mis en évidence une atteinte non transfixiante de la coiffe des rotateurs traitées comme une tendinite, avec clairement un échec du traitement conservateur. Depuis lors, de nombreux traitements n'avaient pas amélioré la situation. L'évolution n'étant pas favorable, la patiente avait été adressée à l'Hôpital cantonal où elle avait bénéficié le 28 novembre 2006 d'une réparation et suture du tendon du sus-épineux avec une acromioplastie antérieure. Malheureusement, il persistait une douleur et une diminution de la force, nécessitant encore actuellement la prise d'une antalgie et d'antidépresseurs. De ce fait, une expertise pluridisciplinaire (faisant appel à des médecins orthopédiste, neurochirurgien, rhumatologue, psychiatre et ophtalmologue) méritait d'être discutée pour apprécier de manière objective l'état actuel de sa patiente.
25. Par arrêt du 4 juin 2008, le TCAS a déclaré le recours irrecevable, motif pris que le préavis de l'OAI du 18 avril 2008 ne pouvait être considéré comme une décision au sens de la loi.

26. Dans un avis du 20 janvier 2009, le SMR a préconisé la mise en œuvre d'une seconde expertise psychiatrique.
27. A ce jour, la procédure d'instruction AI est toujours en cours.
28. Parallèlement à cette procédure, l'assurée, par courrier de son avocat du 23 novembre 2007, a déposé une demande de reconsidération auprès de LA MOBILIERE. En substance, elle a fait valoir qu'elle avait fait une (nouvelle) chute le 21 (recte : 13) juin 2004, qui avait été traitée par le Dr M_____, lequel n'avait alors rien remarqué. En revanche, une arthro-IRM de novembre 2006 avait révélé une déchirure intra-tendineuse. Elle a en outre versé à la procédure un courrier du Pr L_____ du 14 juin 2007, constituant, selon elle, un « moyen de preuve nouveau » qui ne pouvait pas être produit pendant la procédure qui avait abouti à l'arrêt du Tribunal fédéral du 22 mai 2006.

Dans ce courrier, le Pr L_____, répondant à la question de Me EMERY de savoir si « *les constatations récentes découlaient d'une chute de la patiente le 21 (recte : 13) juin 2004* », a indiqué qu'il était « *extrêmement difficile de répondre à cette question (...). Lors de l'arthroscopie du 13 février 2004, les tendons n'étaient pas déchirés (...). J'ai revu Mme G_____ le 25 septembre 2006, la patiente se plaignait toujours de douleurs au niveau de l'épaule gauche, notamment lorsqu'elle soulevait sa petite-fille, cela lui occasionnait d'importantes douleurs au niveau de son épaule gauche (...). La mise en évidence de la déchirure intra-tendineuse a eu lieu après cette deuxième chute vérifiée par le Dr M_____* ». A la question suivante (« *Dans la négative, existe-t-il une vraisemblance prépondérante que ces déchirures proviennent de l'accident ci-dessus mentionné ou s'agit-il de déchirures spontanées ?* », le Pr L_____ a précisé : « *Dans ces conditions, on pourrait admettre qu'il y a une vraisemblance prépondérante que ces déchirures proviennent de l'accident du 21 (recte : 13) juin 2004* ».

29. Par courrier du 18 décembre 2007, LA MOBILIERE a relevé que le prétendu accident survenu le 21 (recte : 13) juin 2004 n'était pas lié à celui survenu le 14 mars 2003, de sorte que l'assurée ne pouvait pas se prévaloir des règles sur la révision et que seule une demande de reconsidération, sur laquelle elle n'entendait pas entrer en matière, entrerait en ligne de compte.
30. Par courrier du 19 décembre 2007, l'assurée a prié LA MOBILIERE de considérer sa lettre du 23 novembre 2007 comme un avis de sinistre, précisant que sa créance n'était pas prescrite et que la chute du 21 (recte : 13) juin 2004 était survenue alors qu'elle était encore couverte par cet assureur. Faute d'exams approfondis et d'IRM préalables, la cause de l'incapacité de travail ne lui avait été révélée que par le certificat du Pr L_____ du 14 juin 2007, selon lequel il était par ailleurs impossible que les déchirures constatées aient été spontanées.

31. Dans une lettre du 12 août 2008, l'assurée a fait valoir que ses prétentions tendant au versement d'indemnités journalières étaient fondées. A son avis, sans la déchirure accidentelle du 21 (recte : 13) juin 2004, elle aurait pu sans aucun doute reprendre le travail, le diagnostic initial étant celui d'une tendinopathie modérée.
32. Dans un projet de décision du 15 août 2008, LA MOBILIERE a refusé d'allouer les prestations réclamées, estimant qu'il n'avait pas été établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'évènement du 21 (recte : 13) juin 2004 avait eu un caractère accidentel. A cet égard, elle a relevé que, dans son rapport du 13 septembre 2004, le Dr M_____ n'en avait pas parlé et que c'était uniquement lors de l'intervention chirurgicale du 29 novembre 2006 qu'il en avait été question pour la première fois. Par ailleurs, lors de l'évènement du 21 (recte : 13) juin 2004, l'assurée était totalement incapable de travailler pour cause de maladie, depuis le 1^{er} mai 2003, ce qui était par ailleurs toujours le cas. En présence d'une cause d'incapacité durable, indépendante de l'accident, l'assureur-accident n'était de toute façon pas tenu de prendre en charge les conséquences financières de l'empêchement de travailler, l'assurée ne subissant aucune perte de gain du fait de l'accident.
33. Dans une attestation du 3 septembre 2008, le Dr M_____ a confirmé avoir vu la patiente en consultation le 21 juin 2004 pour une chute sur l'épaule gauche survenue le 13 juin 2004. Un bilan radiologique avait démontré l'absence de fracture et de lésion tendineuse et le diagnostic de contusion à l'épaule gauche avait été posé.
34. Dans une attestation du 10 octobre 2008 adressée à Me EMERY, le Pr L_____, revenant sur son courrier du 14 juin 2007, a « réitéré son affirmation », selon laquelle il existait une vraisemblance prépondérante que les déchirures constatées provenaient de l'accident du 21 (recte : 13) juin 2004. Ce médecin estimait en outre que « s'il n'y avait pas eu lésion anatomique, sous forme d'une déchirure intra-tendineuse, Madame G_____ aurait très probablement pu reprendre dans les semaines qui ont suivi cet évènement accidentel son activité professionnelle ».
35. Par courrier du 16 octobre 2008, l'assurée a maintenu que l'évènement du 13 juin 2004 était la cause de son incapacité de travail, en se prévalant de l'attestation précitée du Dr M_____ du 3 septembre 2008. Par ailleurs, LA MOBILIERE ne pouvait présumer, sur la base du seul dossier AI, qu'elle se trouvait en incapacité de travail pour cause de maladie avant cet accident, l'assurance-invalidité ne s'attachant pas à déterminer la cause de l'incapacité de travail, mais se limitant à constater l'existence d'une incapacité de travail durable. Selon elle, il existait une vraisemblance prépondérante que les déchirures constatées lors de l'opération du 29 novembre 2006 étaient la cause de la prolongation de l'incapacité de travail après l'accident du 13 juin 2004 et qu'elle aurait pu normalement reprendre le travail

quelques semaines après cet accident s'il n'y avait alors pas eu une déchirure intratendineuse.

36. Par décision du 2 avril 2009, reçue le lendemain, LA MOBILIERE, qui avait entre-temps pris connaissance du dossier AI de l'assurée, a maintenu sa position.
37. Par acte du 4 mai 2009, l'assurée a formé opposition contre cette décision. Elle a reproché à l'assureur d'avoir mis en doute la réalité de ses dires quant à la chute survenue le 21 (recte : 13) juin 2004, dans la mesure où cela revenait à dire que le Dr M_____ avait établi un faux certificat. Si cet accident n'avait pas été signalé plus tôt, c'est parce qu'il n'avait donné lieu à aucune investigation approfondie. Le Dr M_____ n'ayant rien constaté de significatif, il n'avait pas mentionné ladite chute dans ses rapports ultérieurs. En revanche, il résultait de l'attestation du Pr L_____ du 10 octobre 2008 que l'intervention qu'il avait pratiquée en février 2004 aurait dû permettre à l'assurée de reprendre une activité professionnelle dans les mois qui l'avaient suivie, ce qui n'avait pas été le cas. Le dossier AI ne faisait mention d'aucun accident survenu postérieurement qui aurait pu expliquer ces déchirures, qui ne pouvaient par ailleurs être spontanées selon le rapport du Pr L_____ du 14 juin 2007. En outre, le rôle de l'AI n'était pas de déterminer le lien de causalité naturelle entre un accident et la capacité de travail. En l'occurrence, l'OAI s'était limité à retenir la persistance et l'altération douloureuse de la mobilité de l'épaule gauche. Il existait donc un faisceau d'indices concordants tendant à établir que les déchirures constatées lors de l'arthroscopie de novembre 2006 et révélée par l'IRM pratiquée en septembre 2006 ne pouvaient qu'être la conséquence d'un accident dûment enregistrée par le Dr M_____, le 21 juin 2004. En conclusion, il existait un lien de causalité naturelle entre l'accident du 13 juin 2004 et la prolongation de l'incapacité de travail de l'assurée.
38. Par décision du 22 juin 2009, reçue le 24 juin suivant, LA MOBILIERE a rejeté ladite opposition. Elle a en particulier fait valoir que lors de l'évènement du 13 juin 2004, l'assurée était incapable de travailler depuis le 14 mars 2003 et avait d'ailleurs perçu à ce titre une rente entière d'invalidité jusqu'au 30 avril 2006 en tout cas. Au surplus, l'opposante n'avait pas uniquement fait état de douleurs à l'épaule gauche, mais de multiples autres atteintes à la santé (en particulier lombalgies). Le Pr L_____ ne s'était ainsi pas intéressé aux motifs d'incapacité de travail qui n'avaient aucun lien avec l'évènement de juin 2004. Il s'ensuivait que le lien de causalité naturelle entre les douleurs de l'assurée et l'évènement du 21 (recte : 13) juin 2004 n'avait pas été établi avec une vraisemblance prépondérante. D'ailleurs, dans son courrier du 14 juin 2007, le Pr L_____ avait lui-même estimé qu'il était extrêmement difficile de répondre à cette question. De plus, l'assurée n'avait jamais fait état de cette chute pendant plus de trois ans et les douleurs à l'épaule gauche s'étaient aggravées aux alentours de l'été 2006, soit plus de deux ans après l'évènement du 13 juin 2004.

39. Dans son recours déposé le 25 août 2009, l'assurée a conclu à l'annulation de ladite décision, respectivement à l'octroi par LA MOBILIERE de prestations d'assurance pour les suites de la chute du 13 juin 2004. Reprenant son argumentation antérieure, elle a précisé que la portée de l'évènement accidentel du 13 juin 2004 ne lui était pas apparue immédiatement, son attention et celle de ses médecins étant à l'époque focalisée sur les procédures centrées sur les séquelles de l'évènement du 14 mars 2003. Cette situation expliquait qu'elle n'en avait fait état qu'après lesdites procédures. La persistance des douleurs à l'épaule gauche, voire leur aggravation, l'avait amenée à consulter à nouveau le Pr L_____ en 2006, lequel avait fait procéder à l'arthro-IRM qui avait mis en évidence l'existence d'une déchirure intra-tendineuse. C'est en cherchant à comprendre les circonstances dans lesquelles la péjoration de l'état de son épaule avait pu intervenir que ses médecins s'étaient souvenus de la chute du 13 juin 2004. Ce second évènement accidentel était ainsi la cause de la déchirure diagnostiquée en 2006 et devait être considéré comme la cause prépondérante de son incapacité de travail depuis juin 2004. Par ailleurs, il résultait de l'appréciation médicale du Pr L_____ du 10 octobre 2008 que la déchirure intra-tendineuse constatée lors de l'IRM de septembre 2006 ne pouvait s'expliquer avec vraisemblance que par un évènement de type accidentel, soit en l'occurrence la chute du 13 juin 2004. En outre, le degré de vraisemblance prépondérante exigeait uniquement que le rapport de cause à effet entre l'évènement accidentel et les conséquences dommageables soit suffisamment probable, même s'il n'était pas la cause unique ou prépondérante de l'atteinte à la santé. Sur le plan de l'incapacité de gain, le lien de causalité naturelle ne pouvait être nié, en cas de retour au statu quo ante ou d'atteinte du statu quo sine, que pour autant que l'on pût admettre que l'état de maladie aurait perduré de toute façon. Or, l'état actuel de la procédure AI laissait penser que l'atteinte à la capacité de travail et de gain due à la maladie avait pris fin au 30 avril 2006 au plus tard. S'il restait *« peut-être à vérifier que l'atteinte à la capacité de gain consécutive à la déchirure du tendon de l'épaule gauche l'emportait à nouveau sur les autres atteinte à la santé dès juin 2004 »*, il ne pouvait par contre être question de contester toute obligation de prise en charge du cas par LA MOBILIERE.

A l'appui de son recours, elle a produit un certificat du Dr M_____ du 13 août 2009, précisant que son examen clinique du 21 juin 2004 avait révélé des mobilités limitées de l'épaule gauche, avec une élévation à 120°, abduction 110°, rotation externe 30°, rotation interne D12 ; douleurs diffuses au testing de la coiffe des rotateurs ; acromio-claviculaire indolore ; douleurs à la palpation du relief de l'omoplate ; aucune instabilité gléno-humérale ; pas de trouble neurologique ou vasculaire. A l'époque, une échographie de l'épaule avait objectivé la présence d'une inflammation tendineuse de la coiffe, sans rupture. Le traitement avait consisté en une infiltration de Xylocaïne© et Diphronos© dans l'espace sous-acromial avec une amélioration des douleurs pendant environ une semaine.

40. Par décision du 21 juillet 2009, le Vice-Président du Tribunal de première instance a mis la recourante au bénéfice de l'assistance juridique complète dans le cadre de la procédure de recours devant le Tribunal de céans.
41. Dans sa réponse du 23 septembre 2009, LA MOBILIERE a conclu au rejet du recours, reprenant en substance l'argumentation développée dans ses précédentes écritures. Elle a encore fait valoir que le courrier du Pr L_____ du 14 juin 2007 était contradictoire et dénué de toute valeur probante, ce d'autant que ce médecin avait appliqué le principe « post hoc ergo propter hoc », insuffisant à établir un lien de causalité naturelle avec une vraisemblance prépondérante. Le Pr L_____ avait d'ailleurs considéré qu'il était extrêmement difficile de répondre à la question de savoir si les déchirures intra-tendineuses découlaient de la chute de juin 2004. Par ailleurs, dans son certificat du 6 mai 2008, le Dr M_____ n'avait pas mentionné la chute du 13 juin 2004, alors qu'il avait pourtant précisé l'existence des problèmes ophtalmologiques et dépressifs. Un tel lien n'existait pas d'avantage entre l'évènement du 13 juin 2004 et la perte de gain de l'assurée. En effet, cette dernière était déjà totalement incapable de travailler dans son ancienne profession d'infirmière depuis août 2003. De plus, la recourante n'avait pas démontré à satisfaction de droit que l'atteinte à son épaule gauche serait la condition sine qua non de son incapacité de travailler dans toute autre profession adaptée. En particulier, le Dr N_____ avait estimé que l'assurée pouvait reprendre une activité professionnelle (adaptée) dès septembre 2004. Il n'y avait donc pas d'incapacité de gain suite à l'évènement de juin 2004.
42. Par réplique du 4 décembre 2009, la recourante a persisté dans ses conclusions, tendant principalement à l'octroi d'indemnités journalières pour la période du 16 juin 2004 au 30 novembre 2006. Elle a également requis l'assistance judiciaire pour la procédure d'opposition devant LA MOBILIERE. Selon elle, le diagnostic posé par le Dr O_____ dans son expertise du 6 mars 2006 était « probablement faux dans la mesure où il n'avait effectué aucune IRM et qu'il n'avait de ce fait pas pu retenir la déchirure intra-tendineuse révélée par un IRM pratiqué à la fin du mois de septembre 2006 à l'Hôpital cantonal de Genève ». Par ailleurs, le diagnostic psychiatrique était également « probablement faux » dans la mesure où un trouble douloureux présupposait l'existence de douleur sans substrat organique, ce qui n'était pas le cas en l'espèce. De plus, l'expertise du Dr S_____ du 11 mars 2008 contenait une inexactitude dans la mesure où il avait estimé qu'il y avait eu une aggravation de la symptomatologie durant l'été 2006. Or, les douleurs à l'épaule gauche avaient toujours été constantes depuis le 13 juin 2004. Par ailleurs, n'ayant pas effectué d'IRM, le Dr M_____ n'avait pas diagnostiqué la déchirure du tendon du sus-épineux. Selon celui-ci, la persistance des douleurs ne pouvait ainsi s'expliquer que par des troubles somatoformes douloureux. Il l'avait donc envoyée chez un psychiatre, le Dr T_____. Les douleurs étant devenues insupportables, la demanderesse avait pris l'initiative de consulter à nouveau le Pr L_____, sans passer par son médecin traitant. C'est finalement l'IRM

pratiquée au mois de septembre 2006 (recte : octobre) qui avait permis de déceler la cause de ses souffrances. Par ailleurs, l'OAI n'avait toujours pas rendu de décision, étant toutefois précisé qu'une expertise était en cours.

Concernant l'évènement du 13 juin 2004, la recourante a précisé qu'elle se promenait en direction de la route de Frontenex, lorsque, par inattention, elle avait heurté une sorte de petit muret entourant un arbre situé au bord du trottoir ; elle avait alors perdu l'équilibre et chuté sur l'épaule gauche. Sans la survenance de ce second évènement accidentel, elle aurait dû, dans le cours ordinaire des choses, pouvoir reprendre son activité d'aide-soignante. L'incapacité de travail en découlant avait totalement contribué à l'empêcher de reprendre toute activité professionnelle, ce qui lui donnait droit à des indemnités journalières dès le troisième jour qui suivait celui de l'accident. Par ailleurs, les réponses du Pr L _____ n'étaient pas contradictoires, celui-ci ayant indiqué qu'il ne pouvait se prononcer de manière certaine sur la question de savoir si un lien de causalité naturelle entre l'accident du 13 juin 2004 et la déchirure du tendon du sus-épineux diagnostiqué le 29 novembre 2006 pouvait être établi avec certitude. Selon lui, la chronologie des deux évènements ne suffisait pas à établir avec certitude un lien de causalité naturelle entre eux. En revanche, les constatations effectuées pas ce spécialiste permettaient d'attester que les déchirures constatées ne sauraient être spontanées et qu'en raison du seul accident connu et dûment attesté par le Dr M _____, il existait une vraisemblance prépondérante entre l'accident du 13 juin 2004 et les déchirures « diagnostiquées par l'IRM » du 28 septembre 2006 et confirmées par l'arthroscopie du 28 novembre suivant. Par ailleurs, l'assurée n'avait annoncé le sinistre qu'après avoir acquis la conviction avec le Pr L _____ que l'accident de juin 2004 avait pu provoquer ces déchirures. S'agissant du lien de causalité naturelle entre l'évènement du 13 juin 2004 et le dommage financier, l'art. 16 LAA prévoyait le versement d'une indemnité journalière, dès le 3ème jour d'incapacité qui suivait l'accident, indépendamment de la question de savoir si elle disposait d'une capacité de travail exigible dans une autre profession. Elle avait ainsi droit à une indemnité journalière dès le 16 juin 2004. Le fait qu'elle ait perçu, pour la période du 1^{er} mai 2004 au 30 avril 2006, une rente d'invalidité n'empêchait pas qu'elle puisse percevoir des indemnités journalières pour ce second accident (art. 20 al. 2 LAA), dont les conséquences médicales n'avaient été diagnostiquées que tardivement. Contrairement à ce que prétendait l'intimée, en juin 2004, elle ne présentait pas une incapacité de travail totale pour d'autres causes que celles que l'accident litigieux. Il résultait en particulier du rapport du Dr O _____ du 6 mars 2006 que ses plaintes étaient localisées surtout dans l'épaule gauche. Les déchirures du tendon de l'épaule non traitées étaient à elles seules de nature à entraîner une incapacité de travail à 100% dans une activité d'aide-soignante, puisqu'elles empêchaient de porter toute charge. Même si le diagnostic posé par l'assurance-invalidité était inexact, il n'en demeurait pas moins vrai que c'étaient les douleurs qui se focalisaient au niveau de

l'épaule qui étaient à l'origine de la décision de l'OAI d'allouer une rente AI de mai 2004 au 30 avril 2006. Enfin, depuis décembre 2006, on pouvait considérer que le traitement médical de l'épaule était terminé. Il restait dès lors à déterminer si, depuis le mois de décembre 2006, elle pouvait prétendre à une rente LAA et à une atteinte à l'intégrité, étant précisé que l'AI retenait une invalidité de 13,1 %, ce qui donnait en principe droit à une rente LAA. Cette procédure n'était toutefois pas terminée, il convenait d'attendre le résultat des investigations en cours pour se déterminer.

43. Par courrier du 4 janvier 2010, le Tribunal de céans a demandé au Pr L_____ de lui indiquer pour quel motif la déchirure intra-tendineuse constatée par l'arthro-IRM du 5 octobre 2006 ne pouvait-elle pas avoir été provoquée spontanément en l'occurrence (au vu notamment des antécédents médicaux de la patiente), mais plus vraisemblablement par l'accident du 13 juin 2004. Il lui a également demandé de préciser ce qu'il entendait par la mention, dans son courrier du 14 juin 2007, de « la mise en évidence de la déchirure intra-tendineuse a eu lieu après cette deuxième chute *vérifiée* par le Dr M_____ ».
44. Dans un courrier du 2 février 2010 (transmis à la connaissance des parties le 18 février suivant), le Pr L_____ a indiqué que la patiente avait ressenti des douleurs au niveau de l'épaule gauche en essayant de rattraper une patiente âgée en train de tomber, le 14 mars 2003. Il considérait comme vraisemblable que la coiffe des rotateurs, sur un mouvement brusque, ait pu être lésée à ce moment-là (alors que la patiente était âgée de 53 ans), entraînant ensuite la symptomatologie et les interventions. L'accident était clairement défini, ainsi que le moment. A partir de 50 ans, il n'était pas une fatalité que chaque être humain doive avoir une coiffe des rotateurs dégénérée, et qu'invariablement toute coiffe douloureuse soit l'objet d'une dégénérescence. En conséquence, il y avait clairement eu un événement déclenchant et c'était cet événement déclenchant qui avait entraîné la première lésion de la coiffe des rotateurs, nécessitant ensuite deux interventions. S'agissant de la seconde question, le Pr L_____ a estimé que le Dr M_____ était plus à même d'y répondre.
45. Dans sa duplique du 4 mars 2010, LA MOBILIERE a conclu au rejet de la demande. S'agissant de l'évènement du 13 juin 2004, elle a fait valoir que le Dr M_____ avait posé le diagnostic de simple contusion de l'épaule gauche et qu'en tant que spécialiste en chirurgie orthopédique, celui-ci aurait procédé à des investigations complémentaires si des soupçons de lésions tendineuses avaient existé.

De plus, selon le rapport du Dr M_____ du 13 septembre 2004, l'acromioplastie de l'épaule gauche effectuée le 13 février 2004 avait permis une amélioration lente des mobilités articulaires, avec récupération de 80% de la fonction. Toutefois, en février 2006, les radiographies avaient mis en évidence une

très discrète altération dégénérative et une ébauche d'une réaction ostéophytaire au bord inférieur de la glène. A cette époque, l'assurée souffrait ainsi à nouveau d'un début de bec osseux, respectivement d'un conflit sous-acromial de l'épaule gauche. Il ressortait du résumé d'hospitalisation du 7 décembre 2006 que la déchirure intra-tendineuse s'inscrivait dans le cadre de l'évènement du 14 mars 2003. Bien plus, dans son courrier du 2 février 2010, le Pr L_____ avait retenu que l'évènement du 14 mars 2003 avait entraîné deux interventions. La MOBILIERE considérait ainsi que l'irritation de la coiffe des rotateurs, qui avait débuté en mars 2003, avait évolué défavorablement malgré l'acromioplastie du mois de février 2004 et qu'elle avait entraîné une rupture intra-tendineuse du sus-épineux probablement en été 2006, ce qui constituait l'une des suites d'un conflit sous-acromial. Par ailleurs, les constatations du Pr L_____ du 14 juin 2007, selon lesquelles il était probable que les déchirures provenaient de l'accident du 21 (recte : 13) juin 2004 et qu'il s'agissait de déchirures spontanées, étaient contredites par l'expertise du Dr O_____ du 6 mars 2006, lequel avait relevé que l'assurée souffrait d'un conflit sous-acromial, sans faire mention d'une rupture d'un tendon, mais tout au plus d'une fissuration du tendon du sus-épineux. Si l'évènement du 13 juin 2004 avait entraîné une rupture du tendon du sus-épineux, le Dr O_____ l'aurait relevé. De plus, l'avis du Pr L_____ du 10 octobre 2008, selon lequel la patiente aurait très certainement (recte : probablement) pu reprendre son ancienne activité professionnelle s'il n'y avait pas eu de lésion anatomique (sous la forme d'une déchirure intra-tendineuse), ne tenait pas compte des autres affections de l'assurée (affections dégénératives au niveau vertébral et au niveau des hanches), en raison desquelles les experts mandatés par l'AI avaient considéré que l'assurée ne pouvait reprendre son ancienne activité. Ce faisant, le Pr L_____ avait en réalité appliqué un raisonnement post hoc, ergo propter, insuffisant pour établir un rapport de causalité naturelle entre l'évènement du 13 juin 2004 et l'atteinte à la coiffe des rotateurs ayant nécessité une intervention en novembre 2006. Au surplus, dans son courrier du 2 février 2010, le Pr L_____ faisait « bien évidemment » référence à l'évènement du 14 mars 2003, puisqu'il ne mentionne pas l'évènement du 13 juin 2004. Bien plus, ce praticien parlait de coiffe des rotateurs dégénérée ou encore de dégénérescence. En affirmant qu'il y avait eu clairement un évènement qui avait déclenché ensuite deux interventions, à savoir les acromioplasties des 13 février 2004 et 29 novembre 2006, le Pr L_____ confirmait ainsi que la rupture intra-tendineuse du sus-épineux de l'épaule gauche était d'origine dégénérative, vraisemblablement liée à l'évènement du 14 mars 2003, pris en charge par la Swica, et non pas à celui du 13 juin 2004.

Par ailleurs, il n'existait pas de rapport de causalité adéquate entre l'évènement du 13 juin 2004 et la perte de gain de l'assurée, singulièrement son incapacité de travailler (y compris dans une autre profession) qui perdurait à ce jour. En effet, la recourante était déjà incapable de travailler depuis le 1^{er} mai 2004, date à partir de

laquelle elle avait perçu une rente d'invalidité entière limitée dans le temps, et cela en raison d'une cause durable, indépendante de l'accident, à savoir de cervicalgies sur troubles dégénératifs modérés, un conflit sous-acromial de l'épaule gauche, des lombalgies chroniques sur sévère discopathie et une coxarthrose bilatérale modérée et périarthrite de hanche gauche.

LA MOBILIERE a encore indiqué avoir versé à l'assurée des indemnités journalières du 26 juin 2003 au 5 juillet 2005, en qualité d'assurance-maladie perte de gain soumise à la loi sur le contrat d'assurance. Ainsi, lors de l'évènement du 13 juin 2004, l'intéressée percevait des indemnités pour cause de maladie. En outre, une rente d'invalidité entière limitée dans le temps, couvrant notamment cette date, lui avait été versée à titre rétroactif.

46. Par arrêt du 2 février 2010 (ATAS/109/2009), le Tribunal de céans (dans une autre composition) a rejeté la demande d'assistance juridique complète formée par la recourante pour la procédure de première instance devant LA MOBILIERE (cf. supra, § 42). Il a en substance considéré que les chances de succès de la recourante étaient notablement plus faibles que les risques de succomber. En effet, celle-ci n'avait annoncé son accident que 3 ans après les faits et n'avait donné aucune description dudit accident. Elle n'avait pas suivi de traitement suite à cet évènement et n'avait ressenti des douleurs que 2 ans plus tard. Son médecin traitant, le Dr M_____ n'en faisait pas mention dans son rapport de septembre 2004, ni dans celui de mai 2008, et n'avait délivré à cet égard des attestations à la recourante qu'en septembre 2008 et en août 2009. Par ailleurs, le Pr L_____ n'avait posé, en 2007, que des hypothèses, puisqu'il indiquait d'une part qu'il est extrêmement difficile de répondre à la question de l'existence d'un lien de causalité entre l'évènement de juin 2004 et les déchirures intra-tendineuses et concluait "qu'on pourrait admettre qu'il y a une vraisemblance prépondérante" entre lesdites déchirures et l'accident, cela sans motiver nullement son point de vue. Les médecins de la Clinique romande de réadaptation n'avaient, en mars 2006, pas non plus fait mention de cet évènement de juin 2004 et avaient considéré pour le surplus que la recourante pouvait reprendre une activité adaptée à plein temps (cf. expertise du 6 mars 2006) ; le Dr R_____, dans le cadre de son examen pour l'assurance-invalidité de mars 2008, ne mentionnait pas non plus cet accident et retenait en outre une capacité de 90% dans une activité respectant les limitations fonctionnelles.

Cet arrêt n'a pas été attaqué au Tribunal fédéral, si bien qu'il est entré en force.

47. Dans ses déterminations du 19 avril 2010, la recourante a en particulier conclu à ce que LA MOBILIERE soit condamnée à lui verser une indemnité journalière correspondant à 80% du salaire assuré, du 16 juin 2004 au 31 décembre 2007, sur la base d'une incapacité de travail de 100%. Elle a également requis que LA MOBILIERE instruisse le droit à la rente LAA depuis le 1^{er} janvier 2008,

respectivement calcule son atteinte à l'intégrité. Préparatoirement, elle a demandé l'apport de son dossier AI, précisant à cet égard que la rente d'invalidité lui avait été allouée principalement en raison des douleurs à l'épaule et que la procédure n'était pas terminée, une nouvelle expertise médicale étant en cours. Elle a également sollicité l'audition du Dr M_____ afin d'éclaircir la question des répercussions de l'accident du 13 juin 2004 sur sa santé et sa capacité de travail, singulièrement de déterminer si une radiographie et les investigations effectuées à ce moment auraient pu révéler la déchirure des tendons.

La recourante a tout d'abord souligné que les déchirures intra-tendineuses ne pouvaient être détectées que par une arthro-IRM (soit celle pratiquée le 25 septembre 2006 par le Pr L_____), ce que n'avait pas fait le Dr M_____. En outre, l'acromioplastie pratiquée le 13 février 2004 aurait dû déployer ses effets après quelques semaines, selon l'attestation du Pr L_____ du 10 octobre 2008. Toutefois, selon l'expertise du Dr U_____ du 11 mars 2008 (contredisant celle du Dr O_____ du 6 mars 2006), les suites de cette acromioplasties étaient restées marquées par la persistance d'une altération douloureuse de la mobilité de l'épaule gauche justifiant la poursuite de mesures de rééducation fonctionnelles en piscine de même que la prise de médicaments antalgiques anti-inflammatoires et des infiltrations cortisoniques articulaires. Les symptômes étaient restés stationnaires jusqu'à l'expertise du Pr O_____, devenant même insupportables aux alentours de l'été 2006. En outre, la chute du 13 juin 2004 avec réception sur l'épaule gauche avaient entraîné un syndrome douloureux important, comme l'avait attesté le Dr M_____ dans son certificat du 13 août 2009. Le diagnostic du Dr M_____ du 13 septembre 2004, selon lequel l'opération de février 2004 avait apporté une amélioration était clairement infirmé par son attestation du 6 mai 2008, à teneur de laquelle l'examen clinique et radiologique avait mis en évidence une atteinte non transfixiante de la coiffe des rotateurs traitée comme une tendinite avec clairement un échec du traitement conservateur ; de nombreux traitements tels que la physiothérapie, infiltrations anti-inflammatoires antalgiques, acupuncture, n'avaient pas amélioré la situation. Par ailleurs, un examen superficiel avait fait poser au Dr O_____ avait fait poser le diagnostic d'un petit conflit sous-acromial de l'épaule gauche objectivée par une petite fissure du sous-épineux gauche sans solution de continuité. De plus, les examens pratiqués n'avaient décelé aucune dégénérescence de tendons, ce qui n'aurait pas manqué d'être le cas, si, comme l'affirmait l'intimée, les tendons se seraient spontanément déchirés. En outre, l'imagerie d'une arthro-IRM telle que pratiquée le 25 septembre 2006 était beaucoup plus précise qu'un examen aux ultrasons.

La recourante a également nié avoir déclaré au Dr R_____ qu'elle avait ressenti une aggravation des douleurs à l'épaule gauche en été 2006 : les douleurs étant présentes depuis février 2004, malgré l'intervention du Pr L_____ de février 2004 qui aurait normalement dû supprimer les douleurs. Dans son rapport

du 14 juin 2007, ce dernier avait indiqué que lorsqu'il avait revu la patiente le 25 septembre 2006, celle-ci se plaignait toujours de douleurs au niveau de l'épaule gauche. Elle a en outre contesté le point de vue de LA MOBILIERE, selon lequel l'accident survenu au moins de juin 2004 n'avait entraîné aucune aggravation de la symptomatologie. Par ailleurs, l'ultrason de l'épaule gauche du mois de février 2006 montrait des images compatibles avec une petite fissuration du sus-épineux gauche sans solution de continuité qui ne justifiait aucune intervention ; d'autre part, cet examen n'avait révélé aucune dégénérescence des tissus. LA MOBILIERE ne pouvait ainsi prétendre que les déchirures du tendon observées en septembre 2006 seraient très vraisemblablement la conséquence d'une dégénérescence des tissus. La seule explication possible était que l'arthro-IRM, beaucoup plus fiable, pratiquée au mois de septembre 2006, avait révélé les déchirures des tendons. Le rapport du Pr L_____ du 14 juin 2007, qui attribuait lesdites déchirures aux événements de mars 2003 et juin 2004, paraissaient ainsi logiques et plus fiables que l'expertise du Dr O_____ du 6 mars 2006.

Elle a par ailleurs fait valoir que les autres affections de nature dégénératives ne l'avaient pas empêchée de travailler comme infirmière à domicile depuis 2001 jusqu'à son accident ; d'autre part, ses affections étaient principalement localisées à l'épaule gauche. Elle a également contesté que, dans son courrier du 2 février 2010, le Pr L_____ ait contredit ses rapports antérieurs. Ce praticien y affirmait au contraire clairement qu'il y avait eu un facteur déclenchant qu'il avait pu lui-même constater lors de sa première consultation du 1^{er} septembre 2003. Il ne se prononçait pas sur les séquelles de la deuxième chute du mois de juin 2004 et renvoyait au Dr M_____ qui avait été consulté après cet accident au mois de juin 2004. En revanche, il estimait vraisemblable qu'une deuxième chute avait fragilisé la zone sensible de l'épaule gauche et avait pu entraîner déchirure du tendon. Par ailleurs, le refus du Tribunal de céans d'accorder l'assistance juridique (cf. ci-dessus, § 46) était en contradiction avec une décision de l'Assistance juridique du 15 décembre 2009 (jointe), supprimant la limitation des heures accordées dans ses précédents octrois. De plus, contrairement à ce qu'avait retenu le Tribunal dans son arrêt du 2 février 2010, l'accident du 13 juin 2004 ne saurait reposer sur une hypothèse puisqu'il avait donné lieu à un traitement médical dûment attesté par le Dr M_____ dans son certificat du 6 mai 2008. L'intensité des douleurs relevée depuis cet accident malgré la poursuite des mesures de rééducation fonctionnelle de même que la prise de médicaments antalgiques et anti-inflammatoires ne pouvait s'expliquer que par une déchirure du tendon du sus-épineux survenue lors de l'accident du 13 juin 2004. Si la Clinique romande de réadaptation n'avait pas mentionné cet événement dans son expertise du 6 mars 2006, elle n'avait toutefois procédé à aucun examen. Dans son courrier du 2 février 2010, le Pr L_____ affirmait que la dégénérescence de la coiffe des rotateurs n'était nullement une fatalité (due à l'âge), mais, dans le cas d'espèce, la conséquence d'un accident survenu le 14 mars 2003. Elle a encore insisté sur le fait que, depuis son accident de

juin 2004, les douleurs avaient augmenté, ce qui ne pouvait se comprendre que par une déchirure des ligaments survenue à ce moment-là, étant précisé que la lésion causée par l'accident du 14 mars 2003 avait été soignée par une arthroscopie au mois de février 2004. De plus, il était hautement invraisemblable que les tendons se soient déchirés spontanément et inexplicablement en été 2006, aucun signe avant-coureur de dégénérescence des tendons n'ayant été décelé lors de l'expertise de mars 2006, en particulier par les ultrasons de l'épaule effectués en février 2006. Même si l'on devait admettre que les déchirures seraient la conséquence d'une dégénérescence des tissus, il n'en demeurerait pas moins qu'il existait un lien de causalité naturelle entre ces déchirures et l'accident du 14 mars 2003. Dans cette hypothèse, la recourante aurait droit au minimum à une indemnité journalière dès le mois de juin 2006 (recte : 2004) jusqu'à ce qu'il soit constaté qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de son état de santé et qu'une éventuelle mesure de réadaptation de l'assurance invalidité ait été menée à terme. En l'occurrence, ce n'était qu'à la fin 2007, et après avoir constaté que la physiothérapie ne donnait pas de résultats probants, que le Dr M_____ avait estimé qu'il fallait arrêter le traitement.

Enfin, rien ne permettait d'affirmer qu'elle n'aurait pas été en mesure de travailler si elle n'avait pas été affectée par les altérations de son épaule, étant entendu que les cervicalgies et lombalgies chroniques existaient en 1998 et ne l'avaient pas empêchée de travailler jusqu'en 2001. Au demeurant, sa capacité de travail comme infirmière était nulle en raison de son impossibilité de supporter des charges lourdes (patients) à cause de son affection à l'épaule. LA MOBILIERE devait donc au minimum lui verser une indemnité journalière correspondant au 80% du salaire antérieur à l'accident de mars 2003 « jusqu'à ce que les conditions de paiement de cette indemnité ne soient plus réalisées ».

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 5 de la Loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) qui sont 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. Interjeté en temps utile auprès de l'autorité compétente et dans les formes prescrites, par une partie directement touchée dans ses intérêts juridiquement protégés par la décision querellée, le présent recours est recevable, compte tenu de la suspension des délais entre le 15 juillet et le 15 août (art. 38 al. 4 let. b et 56 ss LPGA).

Il sied toutefois de relever que l'opposition du 4 mai 2009 à la décision de LA MOBILIERE du 2 avril 2009, reçue le lendemain (cf. mémoire du 4 mai 2009, p. 1, § 1), paraît avoir été formée tardivement, soit en dehors du délai de 30 jours prévu par l'art. 52 al. 1 LPGA. Toutefois, dans la mesure où, dans la procédure sur opposition subséquente, la décision du 2 avril 2009 a fait l'objet d'un nouvel examen au fond par l'intimée, aboutissant à la décision litigieuse, il se justifie d'entrer néanmoins en matière sur le présent recours (comp. arrêt du 16 mars 2001, U 259/00, consid. 2b).

3. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-accidents dès le 13 juin 2004, singulièrement sur l'existence d'un lien de causalité naturelle entre celui-ci et la rupture intra-tendineuse du sus-épineux de l'épaule gauche attestée par le Pr L_____ dans son compte-rendu opératoire du 1^{er} décembre 2006.
4. La loi fédérale sur la partie générale des assurances sociales (LPGA) du 6 octobre 2000, entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2003, n'est pas applicable au présent litige, dès lors que le juge des assurances sociales n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse ([ATF 127 V 467](#) consid. 1; [121 V 366](#) consid. 1b).
5. Selon la jurisprudence, 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 181](#) consid. 3.1, 406 consid. 4.3.1, 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références).
6. 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.

La jurisprudence a souligné à cet égard que 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*) (cf. RAMA 1992 no U 142 p. 75 consid. 4b; Maurer, *Schweizerisches Unfallversicherungsrecht*, p. 469 nos 3 et 4; Debrunner/Ramseier, *Die Begutachtung von Rückenschäden*, Berne 1990, p. 52; *Die Zusammenarbeit von Richter und Arzt in der Sozialversicherung*, Bulletin des médecins suisses 71/1990, p. 1093). 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.

7. 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 et qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. 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 (ATF 129 V 466). Ainsi, dans le cas où l'influence d'un facteur extérieur, soudain et involontaire ne peut être clairement exclue – à savoir qu'elle serait seulement possible –, que l'art. 9 al. 2 OLAA impose d'assimiler les lésions tendineuses à un accident. Il s'agit d'éviter de mener systématiquement de longues procédures et expertises médicales en vue d'établir la question de la causalité naturelle en cas d'atteintes figurant dans la liste par cette disposition, étant admis qu'un certain nombre de cas en soi du ressort de l'assurance-maladie sont mis à la charge de l'assurance-accidents (arrêt du 10 avril 2007, U 162/06 consid. 5.2.2 ; ATF 129 V 466 consid. 3).
8. La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même maladie qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives

lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a p. 138 et les références). Il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'accident. A cet égard, la jurisprudence considère que plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, et plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (arrêt 8C_596/2007 du 4 février 2008, consid. 3 ; RAMA 1997 no U 275 p. 191 consid. 1c).

9. 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 (arrêt 8C_124/2007 du 20 mai 2008, consid. 2.2). L'apparition de douleurs à la suite d'un accident constitue donc au mieux un indice en faveur d'un rapport de causalité naturelle (arrêt du 9 avril 2010, 8C_406/2009, consid. 3.2.3).
10. Le juge apprécie librement les preuves, sans être liés par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Il doit ainsi 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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et 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 certificat médical n'est ni son origine ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe en particulier 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 (ATFA du 6 juin 2003, cause I 483/02, consid. 5.1).

En outre, 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. Il conviendra ainsi d'attacher plus de poids aux constatations faites par exemple par un spécialiste d'un centre d'observation de l'assurance-invalidité ou d'une clinique orthopédique universitaire, qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (cf. ATF 125 V 353 consid. 3b/cc).

Il n'existe par ailleurs 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 322 consid. 5a ; arrêt du Tribunal fédéral H 139/06 du 5 octobre 2006 consid. 2.2).

11. L'autorité administrative et le juge doivent constater d'office les faits déterminants, c'est-à-dire toutes les circonstances dont dépend l'application des règles de droit (ATF 117 V 261 consid. 3 p. 263 ; T. LOCHER Grundriss des Sozialversicherungsrecht, Bern 2003, t.1, p. 443). Ils sont en particulier tenus d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il paraît nécessaire de clarifier des aspects médicaux (ATF 117 V 282 consid. 4a, p. 283 ; RAMA 1985 p. 240 consid.4 ; LOCHER loc. cit.).

Le juge dispose d'une large liberté dans le choix des preuves qu'il entend administrer. Cette liberté est le corollaire de l'obligation à sa charge d'établir les faits déterminants pour l'issue du litige (art. 61 let. c LPGA). S'agissant d'une expertise médicale, il a en principe la possibilité soit de commettre lui-même un expert soit de renvoyer la cause à l'administration pour qu'elle mette en œuvre une expertise (ATFA du 7 août 2003, cause I 656/02, consid. 3.3 ; RAMA 1993 p. 136).

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; KIESER, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b).

12. En l'espèce, il n'y a pas lieu de douter de la vraisemblance de la chute dont l'assurée déclare avoir été victime, le 13 juin 2004. En effet, dès le 21 juin 2004, celle-ci a consulté son orthopédiste traitant, en raison de ladite chute. Le Dr M_____ a dûment certifié ce fait dans son attestation du 3 septembre 2008, dont le tribunal de céans n'a par ailleurs aucune raison de remettre en cause. LA MOBILIERE ne conteste d'ailleurs pas (ou plus) la survenance de cet évènement.

En revanche, le tribunal n'est pas en mesure d'évaluer, en l'état du dossier, s'il existe, au degré de la vraisemblance prépondérante, un lien de causalité naturelle entre l'accident dont la recourante a été victime le 13 juin 2004 et la rupture intratendineuse du sus-épineux de l'épaule gauche attestée par le Pr L_____ dans son compte-rendu opératoire du 1^{er} décembre 2006.

En effet, si elle vrai que, dans son courrier à Me EMERY du 14 juin 2007, ce spécialiste a indiqué qu'il était extrêmement difficile de répondre à la question de savoir si les déchirures constatées découlaient de la chute du 13 juin 2004, il s'avère que, ce faisant, le Pr L_____ répondait en fait à la question de savoir si l'existence d'un tel lien pouvait être établie *avec certitude* en l'occurrence. Les explications fournies à cet égard par le mandataire de la recourante apparaissent plausibles, sinon la seconde question de Me EMERY et la réponse subséquente du Pr L_____ (« *Dans la négative, existe-t-il une vraisemblance prépondérante que ces déchirures proviennent de l'accident ci-dessus mentionné ou s'agit-il de déchirures spontanées ?* ». « *Dans ces conditions, on pourrait admettre qu'il y a une vraisemblance prépondérante que ces déchirures proviennent de l'accident du 21 (recte : 13) juin 2004* ») n'auraient pas lieu d'être. Dans un courrier du 10 octobre 2008, le praticien dissipé tout doute sur ce point en « réitérant » son point de vue, selon lequel il existait une vraisemblance prépondérante que ces déchirures provinssent dudit accident. Par ailleurs, interpellé par le tribunal, le Pr L_____, dans son courrier du 2 février 2010, n'a pas véritablement étayé son point de vue, se bornant à indiquer, de manière toute générale, qu'« *à partir de 50 ans, il n'était pas une fatalité que chaque être humain doive avoir une coiffe des rotateurs dégénérée, et qu'invariablement toute coiffe douloureuse soit l'objet d'une dégénérescence. En conséquence, il y avait clairement eu un évènement déclenchant et c'était cet évènement déclenchant qui avait entraîné la première lésion de la coiffe des rotateurs, nécessitant ensuite deux interventions* ».

Certes, ces avis ne sont pas suffisamment motivés. Ils ne sauraient cependant être écartés sans autre, dans la mesure où, pris dans leur semble, ils font un lien entre les chutes des 14 mars 2003 et 13 juin 2004 et les interventions des 13 février 2004 et 29 octobre 2006. Or, il n'est effectivement pas a priori inconcevable, comme le soutient la recourante (sans d'ailleurs être démentie par l'intimée sur ce point), que la chute du 13 juin 2004, intervenue sur une épaule fragilisée par l'acromioplastie effectuée le 13 février précédent, ait pu provoquer les lésions tendineuses constatées lors de l'opération du 29 octobre 2006. A cet égard, on rappellera que, dans son rapport du 11 mai 2004, le Dr M_____ avait estimé que le début d'une reprise du travail dans une activité adaptée devrait être discuté dans 3 à 5 mois (soit entre août et octobre 2004), « *compte tenu du status opératoire* », et que tant le SMR (avis du 26 mars 2008) que l'expert O_____ (rapport du 6 mars 2006) ou le Dr N_____ (rapport du 12 septembre 2004) ont admis que l'assurée ne disposait d'une capacité de travail (de 90%) dans une activité de remplacement qu'à partir de septembre 2004. De plus, ces avis émanent du

spécialiste, par ailleurs médecin-chef du Service de chirurgie orthopédique des H.U.G, qui a opéré la patiente à deux reprises, soit le 13 février 2004 (acromioplastie arthroscopique de l'épaule gauche), puis le 29 novembre 2006 (excision de la zone de tendinopathie, suture T-T et T-O, acromioplastie antérieure). Ce praticien était ainsi le mieux à même d'apprécier les incidences d'une nouvelle chute de sa patiente sur l'épaule gauche, survenue dans l'intervalle, et trois mois à peine après la première intervention.

En outre, lors de son examen clinique du 21 juin 2004, le Dr M_____ avait dûment relevé l'existence de douleurs diffuses au testing de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche, en raison de la chute du 13 juin précédent. Le traitement avait alors consisté en infiltrations dans l'espace sous-acromial avec une amélioration des douleurs après une semaine. Or, l'apparition de douleurs à la suite d'un accident constitue un indice en faveur d'un rapport de causalité naturelle (arrêt précité du Tribunal fédéral du 9 avril 2010, 8C_406/2009, consid. 3.2.3). De son côté, l'expert R_____ a attesté une persistance, depuis lors, de l'altération douloureuse de la mobilité de l'épaule gauche justifiant la poursuite des mesures de rééducation fonctionnelle tant à sec qu'en piscine, de même que la prise de médicaments antalgiques, anti-inflammatoires et des infiltrations de cortisone articulaires. Bien que fluctuants, ces symptômes sont restés stationnaires jusqu'à février ou l'été 2006 (cf. rapport d'expertise du 11 mars 2008).

Dans ce contexte, il faut également mentionner que l'épaule gauche n'était effectivement (toujours) pas asymptomatique avant l'accident du 13 juin 2004 (cf. rapport du Dr M_____ du 11 mai 2004). En particulier, après avoir examiné sa patiente au mois d'avril 2004 (soit postérieurement à l'acromioplastie arthroscopique effectuée le 13 février précédent), le Pr L_____ avait diagnostiqué un impingement avec tendinopathie probable du sus-épineux de l'épaule gauche (rapport du 20 juillet 2004). De son côté, le Dr N_____ a également attesté que, malgré l'intervention orthopédique du 13 février 2004, les douleurs étaient persistantes, avec même une exacerbation de celles-ci lors de l'examen clinique du 30 août 2004 (cf. rapport du 12 septembre 2004, mentionnant improprement une exacerbation des douleurs de l'épaule *droite*).

Il est vrai que l'assurée n'a pas annoncé le cas à LA MOBILIERE aussitôt après le 14 juin 2004, mais plus de trois ans plus tard. On ne saurait toutefois en inférer pour autant l'absence de douleurs consécutivement à cet accident. Au demeurant, on ne peut exclure qu'aux yeux de l'assurée les suites médicales et asséculogiques de sa première chute du 14 mars 2003 aient pu scotomiser cet évènement, dès lors qu'il existait déjà une première déclaration formelle d'accident. On peut ainsi comprendre que la recourante n'ait pas pensé à faire une seconde annonce d'accident, ce d'autant qu'elle avait mentionné cet évènement à son médecin traitant, le 21 juin 2004 (comp. arrêt du 6 août 2003, U 310/02).

Dans son expertise du 6 mars 2006, le Dr O _____ mentionne certes que les radiographies et l'ultrasonographie de l'épaule gauche effectuées en février 2006 avaient mis en évidence une petite fissuration du sus-épineux, mais sans solution de continuité (ie : sans rupture). Ce constat n'exclut toutefois pas pour autant l'existence d'une rupture effective (le cas échéant, partielle) du tendon. En effet, les échographies apprécient généralement mal les ruptures (partielles) de la coiffe des rotateurs et une arthro-IRM est alors indispensable (<http://www.labrha.com/coiffe-des-rotateurs.aspx>) En l'espèce, il apparaît même que l'arthro-IRM (outil permettant pourtant une analyse plus fine que les radiographies), réalisée le 5 octobre 2006, n'avait pas permis de mettre clairement en évidence une rupture du tendon du sus-épineux proprement dite, mais, de manière plus indifférenciée, une tendinopathie. Ce n'est que durant l'intervention subséquente du 29 novembre 2006 que la déchirure en cause a finalement pu être clairement objectivée par le Pr L _____.

D'un autre côté, d'après LA MOBILIERE, les déchirures constatées auraient leur origine dans le conflit sous-acromial dont souffrait alors la patiente. Pareille appréciation, d'ordre médical, n'est toutefois corroborée par aucune pièce médicale en l'occurrence. De surcroît, l'assurance a interprété de manière erronée le courrier du Pr L _____ du 10 février 2010, en affirmant que ce dernier avait parlé d'une coiffe des rotateurs dégénérée chez la patiente. Ce spécialiste semble en effet dire le contraire, puisqu'il relève que toute personne âgée de plus de cinquante ans (à l'instar de la recourante) ne doit pas nécessairement avoir une coiffe des rotateurs dégénérée.

Au surplus, l'intimée n'a versé au dossier aucun document médical (le cas échéant, de son médecin-conseil) qui aurait permis d'exclure un lien de causalité entre la chute du 13 juin 2004 et les déchirures du tendon en cause.

Elle n'a pas davantage démontré que les lésions tendineuses seraient manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, au sens où l'entend l'art. 9 al. 2 let. f OLAA, auquel cas celles-ci ne pourraient être assimilées à un accident. C'est le lieu de rappeler que c'est précisément dans l'hypothèse où l'influence d'un facteur extérieur, soudain et involontaire ne peut clairement être exclue que cette disposition impose d'assimiler les lésions tendineuses à un accident (ATF 129 V 466, consid. 3).

13. Dans ces conditions, il convient de renvoyer la cause à l'intimée, afin qu'elle complète l'instruction de la cause sur le plan médical, en particulier par la mise en œuvre d'une expertise orthopédique et rhumatologique.
14. Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis en ce sens que la décision du 2 avril 2009, respectivement la décision sur opposition du 22 juin 2009, sont annulées

et la cause renvoyée à LA MOBILIERE pour nouvelle décision au sens des considérants.

15. La recourante obtenant (partiellement) gain de cause avec l'assistance d'un avocat, une indemnité de 2'500 fr. lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA).
16. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement et annule les décisions du 2 avril et 22 juin 2009.
3. Renvoie le dossier à l'intimée pour nouvelle décision au sens des considérants.
4. Condamne l'intimée à verser à la recourante 2'500 fr. à titre de 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 suppléant

Irène PONCET

Jean-Louis BERARDI

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