RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/471/2020 **ATAS/86/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 9 février 2021

15ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée _____, GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Thierry STICHER	recourante

contre

AXA ASSURANCES SA, Section dommages corporels RC, General-Guisan-Strasse 40, WINTERTHUR, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Patrick MOSER	intimée

Siégeant : Marine WYSSENBACH, Présidente; Andres PEREZ et Christine TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1965, travaillait en tant que nettoyeuse, depuis le 1er avril 1995, pour la société B_____ SA, à Genève. Elle était, à ce titre, assurée contre les accidents professionnels et non-professionnels auprès d'AXA ASSURANCES SA (ci-après : l'assurance ou l'intimée).

2. Le 21 février 2017, elle a été victime d'un accident sur son lieu de travail. Selon la déclaration de sinistre de son employeur, du 24 février 2017, l'assurée avait vu la porte d'un ascenseur se refermer trop vite sur elle et heurter son épaule gauche. L'épaule gauche avait été coincée entre les portes de l'ascenseur, à la suite de quoi l'assurée souffrait de douleurs à l'épaule gauche. Des anti-inflammatoires et du repos lui avaient été prescrits. L'assurée n'avait pas été en incapacité de travail.

3. Une radiographie de l'épaule gauche (face, neer et axiale) réalisée le 24 février 2017 à la permanence des Eaux-Vives n'avait pas mis en évidence de lésion traumatique osseuse, les rapports articulaires étaient préservés, une discrète arthropathie dégénérative acromio-claviculaire gauche été visible ainsi qu'une petite zone de sclérose au niveau trochiter encore non spécifique. Il n'y avait pas de calcification tendineuse. Le reste du status était en accord avec l'âge de l'assurée (rapport de la docteure C_____).

4. En raison de la persistance de douleurs et d'une impotence fonctionnelle, l'assurée s'était soumise à une échographie de l'épaule gauche le 13 mars 2017. Cet examen indiquait un aspect très irrégulier du tendon supra-spinatus lequel montrait une déchirure partielle très importante touchant la partie bursale et intermédiaire, sans signe d'hypotrophie ou d'infiltration graisseuse du muscle, mais une bursite sous-acromiale réactionnelle avec épaississement de la paroi et épanchement liquidien interne. Les autres tendons de la coiffe des rotateurs ne montraient pas de signe de déchirure ou de calcification. Le tendon long chef du biceps était bien en place dans la gouttière, sans signe d'anomalie de sa structure interne. Il n'y avait pas de signe d'instabilité, ni de signe de tendinopathie, pas d'épanchement ou d'hypertrophie synoviale du récessus synovial bicipital. Il y avait une atteinte dégénérative débutante acromio-claviculaire, sans signe d'instabilité décelable à l'échographie. En conclusion, le rapport relatif à cet examen retenait une importante tendinopathie du tendon supra-spinatus associée à une déchirure partielle touchant les deux tiers superficiels et une bursite sous-acromiale réactionnelle (rapport du docteur D_____).

5. L'assurée s'est rendue à la Clinique des Grangettes le 6 avril 2017. Elle a été mise en arrêt de travail et a été adressée au docteur E_____, médecin spécialisé en chirurgie orthopédique et traumatologique FMH. Celui-ci a examiné l'assurée le 11 avril suivant. Il ressort de l'anamnèse dressée par ce médecin que l'assurée a, lors de l'accident du mois de février 2017, tenté de dégager son bras gauche lorsqu'il était coincé entre les portes d'un ascenseur défectueux, en tirant sur ledit bras. Le

diagnostic de ce praticien était une lésion subtotale du tendon sus-épineux de l'épaule gauche. Avant l'accident, l'épaule gauche de l'assurée était asymptomatique et les symptômes étaient surtout marqués par une réaction inflammatoire due à la lésion tendineuse, laquelle s'était probablement produite lorsque l'assurée avait tiré sur son bras et moins probablement par la contusion directe des portes contre le bras. Il proposait une suture chirurgicale du tendon (rapport du Dr E_____ du 11 avril 2017)

6. Malgré des doutes sur la causalité naturelle entre l'accident et l'atteinte à l'épaule, un état dégénératif antérieur ayant été observé par des médecins consultés par l'assurée, l'assurance a accepté de prendre en charge l'intervention proposée par le Dr E_____ et de verser des indemnités durant l'incapacité de travail de l'assurée.

7. L'assurance a sollicité l'avis de l'un de ses médecins-conseil, le docteur F_____, spécialiste en chirurgie orthopédique FMH, lequel a retenu que l'accident du 21 février 2017 n'avait causé qu'une simple contusion, avec un statu quo sine trois mois après la survenance de l'accident (rapport du 18 mai 2017), soit le 21 mai 2017, date au-delà de laquelle la symptomatologie qui perdurait était en relation avec une pathologie dégénérative banale de l'épaule. En effet, la mise en évidence à l'échographie d'une déchirure partielle du susépineux, pathologie éminemment banale pour la classe d'âge de 50 ans, n'était que possible sur le plan de la causalité en matière d'assurance-accident, de sorte qu'il considérait que cette déchirure était d'origine dégénérative et non accidentelle.

8. L'opération chirurgicale proposée par le Dr E_____ a été pratiquée le 22 juin 2017 par ce praticien à la Clinique des Grangettes. Le rapport opératoire relevait qu'avaient été pratiqués une ténotomie du tendon long chef du biceps à sa base avec Arthrocare, une suture du tendon sus-épineux et une acromioplastie. Le diagnostic du médecin était une lésion transfixiante des deux tiers antérieurs du tendon sus-épineux et une instabilité dynamique postérieure du tendon long chef du biceps de l'épaule gauche. A la suite de cette intervention, l'assurée a souffert d'une infection par un germe (low grade) qui a dû être traitée par une longue cure d'antibiotiques.

9. L'employeur de l'assurée l'a licenciée pour le 28 février 2018, sans qu'elle n'ait repris le travail.

10. Le Service médical de l'assurance a confié un mandat d'expertise au docteur G_____, chirurgien orthopédique FMH, expert médical certifié SIM (Swiss Insurance Medicine) et lui a transmis l'intégralité du dossier médical. Ce dernier a examiné l'assurée et le dossier et a constaté une rupture du tendon du sus-épineux, sans lien de causalité avec l'accident. Un choc direct sur le moignon de l'épaule ne pouvait pas entraîner par lui-même une lésion de la coiffe des rotateurs. Les plaintes de l'assurée étaient la conséquence d'un mécanisme d'écrasement au niveau de l'épaule gauche, suivi d'un possible effort de traction pour retirer le bras coincé dans l'ascenseur, soit d'un mécanisme qui n'était pas reconnu habituellement comme « vulnérant » pour la coiffe des rotateurs. Le diagnostic était

dès lors une contusion simple de l'épaule gauche dont les effets en lien de causalité avec l'accident était limités à trois mois. Les douleurs persistantes étaient liées à l'état antérieur préexistant. Il ne s'agissait en outre pas d'une lésion assimilée au sens de l'art. 6 al. 2 LAA, dans la mesure où l'étiologie dégénérative préexistante était retenue comme causale pour plus de 50 % (rapport du 20 mars 2018).

11. Invité à se déterminer sur ce rapport, le Dr E_____ l'a contesté, le 7 mai 2018. L'événement traumatique, par traction forte sur l'épaule, et l'absence de symptômes avant l'événement parlaient en faveur d'une probabilité supérieure à 50% d'une atteinte traumatique et/ou d'une lésion assimilée traumatique. Dans le cadre de lésions transfixiantes ou partielles asymptomatiques, la prévalence de lésion dégénérative était inférieure selon la littérature médicale.

12. Dans le cadre du suivi post-opératoire, l'assurée s'est soumise à une arthrographie et arthro-IRM de l'épaule gauche le 5 septembre 2018. Cet examen n'a pas montré de signe de déchirure ou de lésion transfixiante post-plastie en regard des tendons de la coiffe des rotateurs, pas de conflit sous-acromial ni de chondropathie transfixiante (rapport du docteure H_____).

13. Par courrier du 19 mars 2019, l'assurée a contesté l'avis de l'assurance et a sollicité une décision formelle.

14. Par décision du 19 juillet 2019, l'assurance a mis un terme au versement de ses prestations avec effet au 20 mai 2017, date du statu quo sine, tout en précisant qu'elle renonçait à demander le remboursement des prestations versées jusqu'au 31 décembre 2018. L'incapacité de travail postérieure au 21 mai 2017 devait être traitée comme un cas de maladie.

15. Par courrier du 12 septembre 2019, complété le 18 septembre 2019, l'assurée a formé opposition contre cette décision en invoquant que l'assurance aurait dû examiner son obligation de prester sous l'angle de l'art. 6 al. 2 LAA et qu'elle n'avait pas démontrer le caractère strictement maladif de la lésion. Elle sollicitait l'annulation de la décision litigieuse et le versement des prestations de l'assurance. Pour appuyer son opposition, elle a transmis, par pli du 18 septembre 2019, une prise de position du Dr E_____ selon laquelle il ressortait de la littérature médicale qu'il n'était pas possible d'attribuer ses lésions à une origine strictement ou majoritairement maladive.

16. Par décision sur opposition du 15 janvier 2020, l'assurance a maintenu sa position. Le refus de prestations était fondé compte tenu de l'absence de lien de causalité entre l'accident et les atteintes à l'épaule. Le fait que les épaules soient devenues symptomatiques après l'accident n'était pas pertinent. De même, la question de l'application du principe lié aux lésions assimilées à un accident (art. 6 al. 2 LAA) n'était pas applicable, en raison de la présence d'un évènement accidentel au sens de l'art. 6 al. 1 LAA.

17. Par acte du 5 février 2020, l'assurée a fait recours devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : chambre des assurances sociales, CJCAS

ou chambre de céans) contre la décision sur opposition en concluant à son annulation et à la constatation du fait que l'intimée devait prendre en charge les conséquences de l'accident du 21 février 2017 et verser les prestations correspondantes, au titre de l'assurance-accident, sous suite de frais et dépens. Rappelant les arguments de son opposition et les avis médicaux émis par son médecin-traitant, elle ajoutait que ce dernier ne possédait aucun intérêt financier à la présente cause, dans la mesure où il n'allait pas la réopérer, de sorte qu'il pouvait donner son avis en toute liberté, au contraire du Dr G_____ qui était un salarié de l'assurance, dont il retirait une part importante de revenu et envers qui elle avait un devoir de subordination et de fidélité. Elle sollicitait une expertise judiciaire et l'audition en confrontation des docteurs E_____ et G_____ et, si par impossible la chambre de céans parvenait à la conclusion que l'art. 6 al. 1 LAA devait à lui seul trouver application, elle concluait à ce que la chambre de céans dise que le lien de causalité entre l'accident et la lésion avait été démontré. L'assurance-accident ne pouvait pas mettre fin aux prestations d'assurances que lorsque l'accident ne constituait plus une cause, même partielle, des atteintes à la santé, ce qui n'était pas démontré en l'espèce.

18. Par mémoire du 25 mai 2020, l'intimée a conclu au rejet du recours. Il n'y avait pas lieu de compléter l'instruction qui était exhaustive (documents médicaux complets, rapports d'imagerie médicale et avis des médecins récoltés et soumis au médecin-conseil et à l'assurée, expertise réalisée). Les médecins avaient d'ores et déjà pu faire valoir leur point de vue. Les plaintes de la recourante avaient été entendues, décrites, examinées et discutées. Les conclusions de l'expert, lesquelles étaient superposables à celles du Dr F_____ (contusion simple de l'épaule gauche avec un statu quo sine 3 mois plus tard), étaient cohérentes et convaincantes. Son rapport remplissait les conditions jurisprudentielles permettant de lui reconnaître une pleine force probante. Nul ne contestait par ailleurs l'arthrose acromio-claviculaire mise en évidence par l'imagerie, soit l'élément dégénératif préexistant. La critique portant sur l'absence de référence à la littérature médicale dans le travail de l'expert n'était pas pertinente, le médecin-traitant de l'assurée devant admettre qu'il ne disposait d'aucune preuve scientifique objective susceptible d'étayer sa propre thèse, laquelle allait à l'encontre de l'opinion des juges du Tribunal fédéral (cf. arrêt 8C_446/2019). Un événement accidentel s'étant produit le 21 février 2017, l'obligation de verser des prestations était fondée sur l'art. 6 al. 1 LAA ; l'art. 6 al. 2 LAA ne trouvant pas application. En effet, en l'absence d'un lien de causalité naturel entre un accident et une lésion figurant dans la liste de l'art. 6 al. 2 LAA, il n'était pas nécessaire d'examiner l'obligation de verser des prestations sous l'angle de cette disposition (en ce sens : arrêt 8C_22/2019 du 24 septembre 2019, destiné à la publication).

19. La recourante a répliqué le 15 juin 2020, contestant la valeur probante de l'avis du médecin choisi comme expert et alléguant une violation de son droit d'être entendu dans le cadre de l'expertise décidée par l'intimée. Elle a produit le projet

d'acceptation de rente d'invalidité de 100 % dès le 1er mai 2018 et de 50 % dès le 1er février 2019.

20. Le 7 juillet 2020, l'intimée à produit sa duplique. Le grief tiré de la violation du droit d'être entendu dans le cadre de l'expertise était infondé, dans la mesure où l'assurée a été avisée de la mise sur pied d'une expertise, du nom de l'expert, de son droit de demander sa récusation et des questions, sans qu'elle n'émette de réaction. Il était admis que l'expert choisi par ses soins possédait les qualifications professionnelles nécessaires pour se prononcer. L'opinion du Dr E_____ ne remplissait en revanche pas les conditions matérielles d'une expertise au sens de la jurisprudence. L'examen de l'octroi d'une de l'assurance-invalidité était différente de celui faite dans le cadre de prestation de l'assurance-accident.

21. Après ces échanges d'écritures, 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), 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. Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente, par une partie disposant de la qualité pour recourir et représentée par un mandataire dûment constitué, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA, par renvoi de l'art. 1 al. 1 LAA).

3. La question litigieuse est celle de savoir s'il existe, au-delà du 21 mai 2017, un lien de causalité naturelle et adéquate entre les troubles de l'épaule gauche de la recourante et l'évènement du 21 février 2017.

4. En principe, les prestations de l'assurance-accidents obligatoire sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle (art. 6 al. 1 LAA). L'assurance-accidents obligatoire n'alloue des prestations que s'il existe un lien de causalité à la fois naturelle et adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et 3.2).

5. Tout événement est une cause au sens de la causalité naturelle, lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière ou au même moment. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de la

personne assurée, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 142 V 435 consid. 1, 129 V 177 consid. 3.1; arrêt du Tribunal fédéral 8C_781/2017 du 21 septembre 2018 consid. 5.1). Parmi les causes déterminantes au sens de l'art. 6 al. 1 LAA figurent également les circonstances sans lesquelles l'atteinte à la santé ne serait pas survenue au même moment. Un événement traumatique ayant provoqué un dommage génère dès lors également une obligation de prestations, quand bien même le dommage en question serait apparu tôt ou tard sans cet événement assuré et celui-ci ne représente par conséquent une « condition sine qua non » que sous l'angle du moment de l'apparition du dommage. En revanche, il n'en va pas de même lorsque l'accident ne représente qu'une cause purement occasionnelle ou due au hasard, qui concrétise un risque actuel dont la réalisation devait être attendue à tout moment, sans que le rapport de cause à effet entre l'accident survenu et le dommage subi n'en soit influencé en lui-même (la revue Sozialversicherungsrecht / Droit des assurances sociales [SVR] 2012 UV n° 8 c. 4.2.1).

6. Si un accident aggrave ou même révèle une prédisposition maladive, l'assureur-accidents peut refuser ses prestations uniquement si l'accident ne représente pas la cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé, à savoir lorsque cette dernière ne procède plus que, et exclusivement, de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas si l'assuré recouvre un état (maladif) de santé soit tel qu'il existait juste avant l'accident (statu quo ante), soit tel qu'il serait advenu tôt ou tard, fatalement, en fonction de l'évolution de la prédisposition maladive (statu quo sine; arrêt du Tribunal fédéral 8C_22/2019 du 24 septembre 2019 consid. 5.1 publié à l'ATF 146 V 51). Lorsqu'un accident se produit en présence d'un état maladif préexistant et qu'il est établi au plan médical que ni le statu quo ante, ni le statu quo sine ne pourront plus jamais être rétablis, il existe une aggravation durable (SVR 2019 IV n° 9 c. 3.2). De même qu'en ce qui concerne l'existence du lien de causalité naturelle à la base de l'obligation de prestations, la cessation de l'influence causale des origines accidentelles d'une atteinte à la santé doit être établie avec une vraisemblance prépondérante, degré de preuve usuel en droit des assurances sociales. La simple possibilité d'une disparition totale des effets d'un accident ne suffit pas. Comme il s'agit là d'un fait susceptible de supprimer le droit aux prestations, le fardeau de la preuve en incombe - contrairement à la question de l'existence d'un lien de causalité naturelle fondant l'obligation de prester - non pas à la personne assurée, mais à l'assureur-accidents (arrêt du Tribunal fédéral 8C_22/2019 du 24 septembre 2019 consid. 5.1 publié à l'ATF 146 V 51).

7. Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA, l'assurance alloue aussi ses prestations pour les lésions corporelles suivantes, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie : les fractures (let. a), les déboîtements d'articulations (let. b), les déchirures du ménisque (let. c), les déchirures de muscles (let. d), les élongations de muscles (let. e), les déchirures de tendons (let. f), les lésions de ligaments (let. g) et les lésions du tympan (let. h). Après l'annonce d'une

lésion listée à l'art. 6 al. 2 LAA, l'assureur-accidents doit instruire les circonstances précises de sa survenance. Si la lésion figurant dans la liste est due à un accident au sens de l'art. 4 LPGA, l'assureur-accidents est tenu de verser des prestations jusqu'à ce que l'accident ne représente plus la cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé, mais que celle-ci est désormais exclusivement imputable à des causes étrangères à l'accident. Si, à l'inverse, les critères définissant la notion d'accident au sens de l'art. 4 LPGA ne sont pas remplis, l'assureur-accidents est en principe tenu de verser des prestations pour une lésion listée à l'art. 6 al. 2 LAA dans sa version en vigueur depuis le 1er janvier 2017, à moins qu'il ne puisse apporter la preuve que la lésion est due de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie (ATF 146 V 51 consid. 9.1).

8. Dans un arrêt 8C_22/2019 du 24 septembre 2019 publié aux ATF 146 V 51, le Tribunal fédéral a examiné les répercussions de la modification législative relative aux lésions corporelles assimilées à un accident. Il s'est notamment penché sur la question de savoir quelle disposition était désormais applicable lorsque l'assureur-accidents avait admis l'existence d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA et que l'assuré souffrait d'une lésion corporelle au sens de l'art. 6 al. 2 LAA. Il a admis que dans cette hypothèse, l'assureur-accidents devait prendre en charge les suites de la lésion en cause sur la base de l'art. 6 al. 1 LAA. En revanche, en l'absence d'un accident au sens juridique, le cas devait être examiné sous l'angle de l'art. 6 al. 2 LAA (ATF 146 V 51 consid. 9.1 p. 70).

9. Enfin dans un arrêt 8C_446/2019 du 22 octobre 2019 consid. 5.2.2 et 5.2.3, le Tribunal fédéral a considéré qu'un traumatisme direct de l'épaule (chute, contusion, impact) ne pouvait pas être retenu à titre de mécanisme d'une lésion traumatique de la coiffe des rotateurs (dont fait aussi partie le tendon).

10. A teneur de l'art. 44 LPGA, si l'assureur doit recourir aux services d'un expert indépendant pour élucider les faits, il donne connaissance du nom de celui-ci aux parties. Celles-ci peuvent récuser l'expert pour des raisons pertinentes et présenter des contre-propositions.

11. L'évaluation finale d'un médecin-conseil ou d'un médecin employé d'un assureur social ne constitue pas une expertise au sens de l'art. 44 LPGA, mais s'apparente davantage au type de rapports médicaux que les services médicaux régionaux (SMR) établissent pour le compte de l'assurance-invalidité (AI) et qui ont pour seule fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. Ils ne sont en conséquence pas soumis aux mêmes exigences formelles que les expertises médicales ou les examens médicaux auxquels il arrive également au SMR de procéder. Pour autant, on ne saurait leur dénier d'emblée toute valeur probante, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci (arrêt du Tribunal fédéral 9C_105/2009 du 19 août 2009 consid. 4.2). Une telle valeur probante leur sera en tous les cas reconnue si le

dossier qui a servi de base à leur établissement contient suffisamment d'appréciations médicales résultant d'un examen personnel de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.3 avec références citées).

12. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective et décider s'ils permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre. En particulier, le juge ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans avoir examiné l'ensemble des preuves disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2, 125 V 351 consid. 3a). La valeur probante d'un rapport médical dépend du fait que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Ainsi, ni la provenance du moyen de preuve, ni l'appellation du mandat confié au médecin (rapport ou expertise) ne sont déterminantes pour la force probante d'un tel document (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2, 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a).

13. La chambre de céans relève à titre liminaire que l'intimée ne conteste pas le fait que les conditions d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA sont remplies en regard de l'accident du 21 février 2017. Il n'y a donc pas lieu d'examiner le cas sous l'angle de l'art. 6 al. 2 LAA, en particulier la let. f de cette disposition légale qui prévoit que l'assureur-accidents, à défaut d'une preuve libératoire dûment rapportée, est tenu d'allouer ses prestations en cas de déchirure tendineuse.

    Se pose en revanche la question de savoir si c'est à juste titre que l'intimée a nié la persistance au-delà du 21 mai 2017 d'un lien de causalité naturelle entre les plaintes résiduelles de l'assurée à son épaule gauche et l'événement incriminé du 21 février 2017, le fardeau de la preuve incombant à l'intimée.

14. La recourante fait grief à l'intimée de s'être référé aux prises de position de son médecin-conseil et du médecin expert en assurance qu'elle a interrogés, en refusant de prendre en compte les avis médicaux de son propre médecin-traitant. Elle lui reproche en outre d'avoir interrogé le Dr G_____ en violation de son droit d'être entendu, les conditions de l'art. 44 LPGA et remet en cause la valeur probante de l'avis de ce dernier.

15. Se ralliant aux conclusions du Dr G_____, médecin-conseil qu'elle a interrogé sur ce cas, lequel rejoignait l'avis du médecin-conseil préalablement interrogé, le Dr F_____, l'intimée a considéré que les douleurs à l'épaule gauche invoquées par la recourante n'étaient plus, à compter du 21 mai 2017, en lien de causalité avec l'événement du 21 février 2017, l'événement incriminé n'ayant provoqué qu'une

simple contusion qui guérissait en trois mois. Des dégénérescences préalables à l'accident étaient à l'origine de la persistance des douleurs de la recourante. L'intimée était fondée dès lors à nier l'hypothèse défendue par le médecin-traitant de la recourante d'une lésion post-traumatique sous forme de déchirure du tendon pour retenir le caractère dégénératif de la lésion.

16. La chambre de céans constate que pour prendre sa décision, l'intimée disposait d'un rapport du Dr G_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologique qui a été choisi en qualité d'expert par ses soins compte tenu de l'opposition de son assurée à la décision d'arrêter les prestations au 21 mai 2017, expertise à laquelle l'assurée s'est prêtée après avoir été avisée de ses droits de demander la récusation de l'expert notamment. Le Dr G_____ a pour sa part été invité à se prononcer sur les éléments médicaux en lien avec l'accident du 21 février 2017 y compris sur l'avis du médecin-traitant de la recourante et a examiné par lui-même la recourante, dans le cadre de son mandat.

    En outre, à la forme, l'appréciation rendue par le Dr G_____ répond aux réquisits posés par la jurisprudence du Tribunal fédéral. Le rapport comprend une anamnèse médicale et décrit les plaintes de la patiente ainsi que le déroulement de l'accident. Il répond aux questions de l'intimée axées principalement sur la causalité accidentelle. L'avis exprimé est celui d'un spécialiste en la matière, qui a eu connaissance des pièces au dossier disponible qu'il a discuté d'un point-de-vue médical, après avoir examiné la recourante et posé son propre diagnostic. Il n'a pas remis en cause les douleurs de l'assurée mais les a expliquées par une atteinte dégénérative du tendon. Les circonstances de l'accident y compris la problématique d'un écrasement et d'une traction du bras lors de l'accident ont été à tout le moins évoquées. Les conclusions corroborent l'avis exprimé par le Dr F_____. Le fait que ces conclusions s'écartent de l'avis du médecin-traitant ne saurait priver le rapport du Dr G_____ de sa valeur probante, laquelle devra être appréciée par la chambre de céans.

    Les griefs invoqués par la recourante contre le rapport du Dr G_____ sont partant infondés pour ce qui est de la forme et du droit d'être entendu.

    Cela étant, la chambre de céans appréciera ci-après ce rapport et toutes les pièces au dossier au regard des griefs élevés sur le fond.

17. Au vu de ce qui a été retenu ci-dessus au sujet du rapport du Dr G_____, les conclusions de la recourante tendant à un complément d'instruction par la chambre de céans seront rejetées par appréciation anticipée des preuves. La chambre de céans dispose de l'intégralité des documents médicaux et partant des avis de chaque médecin ayant pris position sur ce cas. Il lui appartient d'apprécier les preuves au dossier, lesquelles apparaissent suffisantes et pertinentes pour juger de ce cas. La confrontation entre deux médecins est inutile, ces derniers s'étant déjà abondamment prononcé sur le cas et sur l'avis médical opposé au leur. Une expertise judiciaire n'est pas propre à déterminer la valeur probante des différents

documents soumis à la chambre de céans, lesquels étant, comme déjà dit, suffisamment documentés et motivés pour être apprécier par la chambre de céans.

18. Sur le fond, il est incontesté que l'événement du 21 février 2017 répond à la notion d'accident. Quant au diagnostic, les radiographies de l'épaule gauche (face, neer et axiale) réalisées le 24 février 2017 ont mis en évidence une discrète arthropathie dégénérative acromio-claviculaire. L'IRM a conduit à la même constatation. Le rapport préopératoire retient lui aussi une arthrose acromio-claviculaire, de sorte qu'il est établi qu'un état maladifs dégénératifs existait avant l'accident, bien que la recourante ne s'en soit jamais plaint.

    Il n'en demeure pas moins que la lésion du tendon de l'épaule gauche (déchirure du tendon du sus-épineux) a également été établi par les examens et images réalisés à la suite de l'accident.

    Si le spécialiste consulté par la recourante a estimé que cette lésion était le résultat de l'accident et non d'une atteinte dégénérative, le médecin-conseil consulté par l'intimée et le Dr G_____ ont retenu quant à eux le caractère manifestement maladif ou dégénératif de la lésion du tendon, en particulier parce qu'un seul choc direct sur le moignon de l'épaule ne pouvait pas conduire à une telle déchirure. L'expert se référait à l'arrêt du Tribunal fédéral 8C_446/2009, au sujet des chocs à l'épaule. L'hypothèse de l'écrasement avec traction du bras en extension (avec port d'un sac de courses) telle que retenue par le médecin de la recourante n'a cependant pas été à proprement parler prise en compte par l'expert, ce dernier étant parvenu rapidement à la conclusion que dans cette hypothèse également, il était plus probable (supérieur à 50 %) que l'atteinte dégénérative soit à l'origine de la lésion, en se référant uniquement à l'âge de l'assurée.

    Il ressort cependant de la chronologie des faits que l'assurée a immédiatement ressenti des douleurs à l'épaule gauche et présenté une impotence fonctionnelle à cette épaule. Si les douleurs ressenties n'ont conduit à un arrêt de travail dès la survenance de l'accident, c'est en raison du refus de l'assurée qui craignait de perdre son emploi. Néanmoins, son état a nécessité des examens dès le mois de mars, un traitement médicamenteux, un arrêt de travail dès le mois d'avril et une intervention chirurgicale. Il n'est pas remis en cause que les symptômes touchant l'épaule gauche de l'assurée se sont manifestés consécutivement à l'accident et jamais avant et que les examens pratiqués ont mis en évidence une déchirure tendineuse au niveau de la coiffe des rotateurs. Par ailleurs l'arthropathie n'était que débutante. Partant, même à supposer l'implication chez l'assurée d'un état maladif antérieur, l'intimée est tenue de prendre en charge les suites de cet événement aussi longtemps que le statu quo sine n'est pas rétabli.

19. Dans la mesure où elle a pris en charge les suites de l'événement assuré avant de revoir sa position en se fondant sur les avis de son médecin-conseil et du médecin comme expert, les explications de ces derniers ne convainquent pas pour fonder ex nunc et pro futuro l'arrêt des prestations au 21 mai 2017. Ils n'établissent pas que

l'accident n'aurait joué aucun rôle dans la déchirure et qu'un état préexistant maladif en serait la cause exclusive, mais se contentent de se référer à l'âge de l'assurée, le diagnostic d'une arthrose acromio-claviculaire débutante et un arrêt du Tribunal fédéral qui ne visait pas le cas d'un écrasement avec traction du bras.

Leurs avis ne sont pas propres à prouver ou considérer que l'accident aurait provoqué une aggravation passagère d'un état antérieur, totalement asymptomatique et débutant. Le fait que l'assurée a toujours travaillé dans le domaine du nettoyage et fait des travaux manuels sans présenter d'impotence fonctionnelle jusqu'alors, est un indice fort en faveur d'un lien de causalité entre son accident et la lésion, indice qui ne peut être remis en cause par des prises de position générales sur son âge ou sa pathologie qualifiée de débutante. Les rapports du médecins-conseils et du médecin associé de l'intimée choisi comme expert ne peuvent être lus comme établissant qu'il n'y a pas de lien de causalité entre l'accident et la lésion du tendon.

La chambre de céans constate en conséquence qu'il n'y a pas, au dossier, d'avis médicaux probants quant à la disparition du lien de causalité entre l'accident du 21 février 2017 et les atteintes présentées par l'assurée.

20. Au vu de ce qui précède, le recours est admis et la décision attaquée annulée.

21. La chambre de céans confirmera que le droit aux prestations de la recourante persiste au-delà du 21 février 2017.

22. La recourante qui obtient gain de cause a droit à des dépens, lesquels sont arrêtés à CHF 1'500.-.

23. La procédure est gratuite.

***

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision du 15 janvier 2020.
4. Dit que la recourante a droit aux prestations de l'intimée au-delà du 21 février 2017.
5. Alloue à la recourante des dépens de CHF 1'500.- à la charge de l'intimée.
6. Dit que la procédure est gratuite.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	La présidente
Marie NIERMARECHAL	Marine WYSSENBACH

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