



POUVOIR JUDICIAIRE

A/515/2019

ATAS/1237/2020

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 17 décembre 2020

5^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à PETIT-LANCY, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Thierry STICHER

recourante

contre

LA MOBILIÈRE SUISSE, SOCIÉTÉ D'ASSURANCES, sise
Bundesgasse 35, BERNE, comparant avec election de domicile en
l'étude de Maître Philippe GRUMBACH

intimée

**Siégeant : Philippe KNUPFER, Président; Toni KERELEZOV et Monique STOLLER
FÜLLEMANN, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le 14 novembre 1968, travaille depuis 1995 en qualité de concierge pour la ville de B_____. Elle est assurée contre les accidents auprès de La Mobilière Suisse société d'assurances (ci-après : l'assurance ou l'intimée).
2. En date du 3 février 2018, alors qu'elle skiait, un autre skieur lui a coupé la route, ce qui a entraîné sa chute. Elle a immédiatement ressenti une douleur au niveau de l'épaule gauche.
3. Pensant que la douleur disparaîtrait, l'assurée n'a pas tout de suite consulté un médecin. Constatant à la date de reprise de son travail que les douleurs étaient toujours présentes, elle a alors consulté, le 15 février 2018, la doctoresse C_____, généraliste, qui lui a prescrit des antidouleurs. L'accident du 3 février 2018 a été annoncé à l'assurance par l'employeur, en date du 27 février 2018.
4. Dans le questionnaire médical, l'assurée a indiqué qu'elle skiait régulièrement, qu'elle avait ressenti immédiatement des douleurs après sa chute, qu'elle pensait reprendre le travail à 50% dès le 5 mars 2018 et à 100% dès le 12 mars 2018.
5. Dans son rapport LAA destiné à l'assurance et daté du 12 mars 2018, la Dresse C_____ a indiqué, que selon les indications de la patiente, il s'agissait d'une chute à ski sur le côté avec majoration lente de la douleur à l'épaule gauche. S'agissant de ses constatations, elle mentionnait une rupture partielle possible du sus-épineux de l'épaule gauche et une pathologie de la coiffe gauche des rotateurs post-traumatique. L'incapacité de travail, était fixée à 100% depuis le 16 février 2018, probablement jusqu'au 11 mars 2018. S'agissant de la fin du traitement, la doctoresse avait indiqué « probablement dans six semaines ».
6. En raison de la persistance des douleurs, l'assurée n'a pas pu reprendre le travail. Elle a consulté le docteur D_____, rhumatologue qui a établi un rapport daté du 19 février 2018 et destiné à la Dresse C_____. Il écrivait que la douleur était survenue depuis la chute à ski de l'assurée et persistait malgré une antalgie par Tramadol. Les radiographies de l'épaule qui avaient été effectuées le 15 février 2018 montraient une discrète sclérose du trochiter sans autres anomalies. Après avoir effectué une échographie de l'épaule gauche de l'assurée, il avait constaté des berges légèrement irrégulières de l'acromio-claviculaire, l'absence d'épanchement gléno-huméral, l'épaississement de la bourse sous-acromiale sans épanchement, l'irrégularité corticale de l'enthèse du sous-épineux, le supra épineux était inhomogène dans son tiers moyen et le sous-scapulaire ainsi que le long chef du biceps avaient une apparence échographique normale.
7. Dans son rapport médical initial, destiné à l'assurance et daté du 14 mars 2018, le Dr D_____ a indiqué que l'état général de l'assurée était bon ; sous constatation objective, il y avait un Jobe pathologique, un Hawkins douloureux, et une abduction à 70°. Il renvoyait au rapport de radiologie et indiquait que sur l'échographie de l'épaule gauche qu'il avait réalisée le 19 février 2018, s'inscrivait une lésion du

supra-épineux, renvoyant pour plus de détails au rapport. Son diagnostic était une bursite sous acromiale et une possible lésion du tendon supra-épineux gauche. Comme thérapie, il préconisait des antalgiques et retenait une incapacité de travail à 100% jusqu'au 11 mars 2018. À la question de savoir si le traitement était terminé, il répondait qu'il n'y avait pas de nouveau contact avec la patiente à ce jour.

8. En date du 20 août 2018, une IRM a été pratiquée auprès du centre d'imagerie d'Onex ; dans un premier temps, le médecin radiologue, le docteur E_____, a indiqué dans son rapport du même jour ne pas avoir constaté de lésion transfixiante du tendon du sus-épineux, indiquant un « œdème sans rupture transfixiante » ; il a modifié par la suite cette observation et a conclu, dans un nouveau rapport qui annulait et remplaçait le précédent, qu'il existait une « désinsertion partielle du foot print avec fine rupture transfixiante oblique ». Le tendon du long biceps était « centré dans la gouttière bicipitale, sans lésion » ; il observait également sur les structures osseuses une encoche postéro-supérieure de la tête de l'humérus, avec remaniement géodique ; il n'y avait pas de lésion cartilagineuse ; une lame d'épanchement liquidien apparaissait dans la bourse sous- acromiale.
9. En date du 28 août 2018, l'assurée a consulté le docteur F_____, spécialiste en chirurgie de l'épaule et du coude qui, après avoir réalisé une échographie, a constaté une lésion partielle de la face articulaire de la partie antérieure du tendon sus-épineux de l'épaule gauche. Il a préconisé la réalisation d'une arthro-IRM, afin de déterminer les possibilités chirurgicales.
10. Après examen de l'IRM, en date du 29 août 2018, le Dr F_____ a confirmé à la Dresse C_____, la présence d'une lésion transfixiante de la coiffe des rotateurs supérieurs et a préconisé une réparation arthroscopique.
11. L'assurance a soumis le cas à son médecin-conseil, le docteur G_____, spécialiste en chirurgie orthopédique, qui, dans un rapport daté du 6 septembre 2018, se fondant sur le dossier médical et sans avoir examiné l'assurée, a estimé que les lésions constatées n'étaient pas d'origine traumatique. Il diagnostiquait une tendinopathie du sus-épineux, et une compression du sus-épineux par l'acromion. Selon lui, les lésions vues sur l'arthro-IRM n'étaient pas d'origine traumatique ; les lésions associées telles qu'une lésion tendineuse selon l'article 6 (LAA) n'étaient pas présentes. S'agissant d'une éventuelle relation de causalité entre les troubles de l'épaule et la chute à ski, le Dr G_____ estimait que le lien de causalité paraissait « plus petit que 50% » ; s'agissant d'un traitement médical il estimait qu'une hospitalisation pour une arthroscopie de l'épaule devait être évitée et que le geste médical devait pouvoir être effectué en ambulatoire. S'agissant de la durée de l'arrêt de travail, il estimait que si l'intervention arthroscopique avait lieu, le délai de six mois d'incapacité de travail après l'intervention, tel que l'avait estimé le Dr F_____, était exact. Il remarquait également que la mobilité semblait quasiment physiologique et que selon lui il n'y avait qu'une douleur, qui n'empêchait pas l'assurée de travailler. La lésion transfixiante n'était pas mise en évidence par l'arthro-IRM. Il doutait de l'existence de cette lésion transfixiante et suggérait qu'il

faudrait demander des précisions au Dr F_____ au sujet de cette lésion avant l'intervention, sachant qu'une lésion associée devait montrer une réelle déchirure et non pas des signes d'usure, comme visualisé sur l'arthro-IRM. Le Dr G_____ relevait encore que le tendon du biceps n'était pas déchiré, qu'il était dans sa gouttière normalement et qu'on pouvait se demander pourquoi une ténodèse était indispensable. Enfin, il notait que l'arthro-IRM ne mettait pas en évidence d'œdème intra osseux trahissant une éventuelle contusion, tout en précisant que le geste avait été fait six mois après la chute et que les signes d'œdème avaient donc pu disparaître. Selon le Dr G_____, le *statu quo sine* avait probablement été atteint six semaines après la contusion.

12. Se fondant sur l'avis du Dr G_____, l'assurance a informé l'assurée, en date du 10 septembre 2018, que le lien de causalité entre l'accident de ski et les troubles de l'épaule gauche qui persistaient n'était pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante et que le *statu quo sine* avait été atteint le 18 mars 2018. Dès lors, il appartenait à l'assurance-maladie de prendre en charge tout traitement postérieur à cette date.
13. L'assurée a contesté la prise de position de l'assurance.
14. Par courrier du 29 octobre 2018, adressé au conseil de l'assurée, le Dr F_____ a indiqué que le lien de causalité entre l'accident du 3 février 2018 et la lésion transfixiante était très vraisemblable, à hauteur de 80 %. Selon le Dr F_____, les éléments parlant en faveur d'une origine accidentelle étaient les suivants : le jeune âge de la patiente et l'absence de douleur juste avant l'accident, étant précisé que les lésions transfixiantes asymptomatiques du tendon sus-épineux étaient très rares à l'âge de 49 ans ; le mécanisme de la chute avec réception sur le moignon de l'épaule, qui était reconnu comme un mécanisme vulnérant pour les lésions tendineuses de la coiffe des rotateurs ; les images de l'arthro-IRM dans lesquelles on ne retrouvait pas d'éléments en faveur d'une lésion chronique, il n'y avait ni infiltration graisseuse significative, ni rétractation du tendon, alors qu'on observait les signes de lésion aiguë que sont la lésion transfixiante du tendon et la lésion de Hill Sachs parlant en faveur d'une luxation gléno- humérale.
15. Le médecin-conseil de l'assurance, le Dr G_____, a pris connaissance de l'avis du Dr F_____ puis a indiqué dans son rapport du 13 novembre 2018, que sa position ne changeait pas et que les troubles étaient de nature dégénérative et non liés à un accident. Selon lui, la radiographie de l'épaule gauche du 15 février 2018 ne montrait aucune lésion. Le Dr G_____ disait ne pas comprendre la lettre adressée par le Dr F_____ à la Dresse C_____, le 29 août 2018 dans laquelle ce dernier décrivait une lésion transfixiante de la coiffe des rotateurs supérieurs, alors qu'il n'y avait pas de passage de liquide de contraste. Il expliquait avoir fixé le *statu quo sine* à six semaines après la contusion en se basant tout d'abord sur l'anamnèse, soit la chute à ski qui n'avait pas mis en évidence un œdème intra osseux séquellaire de la contusion ; l'empreinte de Hill Sachs qui ne pouvait exister que lors d'une luxation ce qui faisait penser qu'il y avait eu un accident antérieur ; la description faite par le

radiologue de lésions plutôt dégénératives qui pouvaient être des phénomènes d'usure liés à la profession de la personne assurée ; une lésion très partielle du sus-épineux sur la partie articulaire du tendon, sans lésion transfixiante ; l'absence de lésion du biceps nécessitant une ténodèse ; des structures géodiques à l'insertion tendineuse parlant généralement pour des lésions dégénératives ou anciennes. Il ne voyait pas de lésion transfixiante du tendon contrairement à ce que le Dr F_____ avait décrit dans son e-mail du 29 octobre 2018 adressé au conseil de l'assurée ; il n'y avait pas d'infiltration graisseuse significative, ni de rétractation du tendon ; les signes de lésion décrits n'étaient pas aigus, ce qui ne trahissait pas la contusion directe de l'épaule lors de la chute. En conclusion, il confirmait sa précédente prise de position.

16. En date du 22 novembre 2018 l'assurance a rendu une décision niant le lien de causalité entre l'accident et les affections douloureuses de l'épaule gauche de l'assurée.
17. L'assurée s'est opposée à cette décision en date du 5 décembre 2018. Elle a contesté l'absence de lien de causalité et sollicité de l'assurance la prise en charge financière de l'opération chirurgicale qui devait se dérouler le 28 février 2019, afin de limiter la prolongation de son incapacité de travail. Elle a notamment fait valoir que, contrairement à l'avis du Dr G_____, les lésions de « Hill Sachs » dont elle souffrait, étaient d'origine accidentelle et non malade et étaient fréquentes, selon une revue médicale, à la suite d'accidents de ski.
18. En date du 9 janvier 2019, l'assurée a complété son opposition. Selon elle, les lésions du tendon étaient des lésions assimilées à un accident au sens de l'art. 6 al. 2 LAA, de sorte que le retour au *statu quo sine* devait être établi au degré de la certitude par l'assurance et non pas au degré de la vraisemblance prépondérante. L'avis du Dr G_____, sur lequel s'était fondée l'assurance, n'indiquait aucune certitude à ce sujet puisqu'il estimait que le lien de causalité était plus petit que 50 % après le 18 mars 2018, ce qui n'était pas suffisant au niveau de la certitude. Dès lors, l'opération chirurgicale qui était planifiée devait être prise en charge par l'assurance.
19. Par décision du 14 janvier 2019, l'assurance a rejeté l'opposition et a confirmé sa précédente décision du 22 novembre 2018 en reprenant les mêmes motivations. En substance l'assurance considérait qu'il ne s'agissait pas de lésions assimilées, en l'absence de rupture transfixiante de la coiffe des rotateurs ; de surcroît il n'existait aucun lien de causalité, au degré de la vraisemblance prépondérante, entre l'accident de ski et les troubles de l'épaule de l'assurée.
20. Par mémoire du 7 février 2019, le conseil de l'assurée a recouru contre la décision du 14 janvier 2019, concluant, préalablement, à ce qu'une expertise judiciaire soit ordonnée et principalement, à l'annulation de la décision attaquée, au motif que les troubles de l'épaule gauche dont souffrait l'assurée étaient dus à l'accident et cela après la date de *statu quo sine* fixée par l'assurance ; qu'il s'agissait de lésions

assimilées à un accident au sens de l'art. 6 al. 2 LAA et qu'il appartenait donc à l'assurance de démontrer au degré de la certitude l'absence de lien de causalité et la date du *statu quo sine*.

21. En date du 25 janvier 2019, le Dr F_____ a répondu aux arguments du Dr G_____ tels que développés dans son courrier du 13 novembre 2018, contestant point par point les éléments contenus dans ce dernier et a maintenu ses conclusions déjà communiquées à l'assurance, à savoir que les troubles de l'épaule étaient d'origine accidentelle.
22. Une nouvelle IRM a été pratiquée en date du 20 août 2018. Le médecin radiologue a constaté une désinsertion partielle du foot-print avec fine rupture transfixiante oblique du sus-épineux de l'épaule gauche.
23. En date du 25 janvier 2019, l'assurée a subi une opération chirurgicale auprès des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), pratiquée par le docteur H_____, chirurgien. Le diagnostic était une rupture du sus-épineux, une tendinopathie du long chef du biceps, un conflit sous-acromial et une arthropathie acromio-claviculaire. L'intervention était faite sous forme d'arthroscopie de l'épaule gauche avec suture du sus-épineux, ténodèse du long chef du biceps, acromioplastie et résection du centimètre externe de clavicule. Le compte rendu opératoire a permis de constater la présence de lésions des fibres profondes du sus-épineux de l'épaule gauche, une tendinopathie fissuraire du long chef du biceps. Après la réalisation d'une bursectomie de l'épaule gauche, le chirurgien a constaté une lésion transfixiante du sus-épineux.
24. Par e-mail du 28 janvier 2019 destiné au conseil de l'assurée, le Dr F_____ a répondu à la prise de position du Dr G_____. Selon lui, le Dr G_____ n'avait malheureusement pas analysé les images par lui-même et se basait sur des études scientifiques désuètes ; il n'y avait pas de lien entre un œdème du trochiter et d'éventuels accidents ; la présence de structures géodiques n'indiquait pas forcément une atteinte dégénérative. D'une façon générale le Dr F_____ considérait l'argumentation du Dr G_____ comme lacunaire, désuète et ne pouvant pas être prise en compte.
25. Le Dr G_____ s'est prononcé en date du 21 février 2019 sur l'email du Dr F_____ et sur l'arthroscopie pratiquée par le Dr H_____. Commentant l'arthroscopie, il notait que la lésion transfixiante était décrite en sous-acromial alors qu'en intra-articulaire il décrivait des lésions des fibres profondes du sus-épineux sans mentionner la lésion transfixiante. Le Dr G_____ s'étonnait de l'affirmation du Dr F_____ selon laquelle la présence de structures géodiques n'était pas un élément fiable. De plus, selon lui, le Dr F_____ semblait considérer que toutes les lésions de la coiffe des rotateurs avaient une origine traumatique. Selon le Dr G_____, il n'y avait pas de réelle lésion du sus-épineux et la lésion constatée était chronique dégénérative, révélée par un élément traumatique. S'il y avait une lésion,

elle devait être « très très petite ». En conclusion il contestait les arguments du Dr F_____ et maintenait la thèse de l'origine dégénérative des troubles de l'épaule.

26. Par mémoire de réponse du 8 avril 2019, l'assurance a confirmé les motivations et le dispositif de la décision querellée. Se fondant sur l'avis du Dr G_____, l'assurance considérait que la recourante souffrait uniquement d'une tendinopathie du sus-épineux avec compression du sus-épineux par l'acromion. Il n'y avait pas de rupture transfixiante, la mobilité semblait quasiment physiologique et avec une douleur qui ne devait cependant pas empêcher la recourante de travailler. Contrairement au Dr F_____, qui décrivait une lésion transfixiante du sus-épineux, le Dr G_____ constatait l'absence d'une réelle déchirure et ne voyait que des signes d'usure mis en évidence par l'arthro-IRM ; il ajoutait que le tendon du biceps ne montrait pas non plus de déchirure, ni de lésions SLAP, il était inséré normalement dans sa gouttière, sans signe d'atteinte traumatique de sorte qu'il ne voyait pas pourquoi une ténodèse s'avérait indispensable. Dès lors, l'assurance avait à bon droit refusé d'accorder sa garantie d'hospitalisation pour l'arthroscopie de l'épaule de la recourante, prévue le 12 septembre 2018. Le *statu quo sine* était maintenu à six semaines après l'accident.
27. Par réplique du 2 mai 2019, la recourante a considéré qu'elle avait été victime d'une lésion assimilée à un accident au sens de l'art. 6 al. 2 LAA. Ce diagnostic était confirmé, selon elle, par la nouvelle analyse des images de l'IRM du 20 août 2018 effectuée par le Dr E_____, ce dernier corrigeant son précédent rapport en ajoutant qu'il constatait la présence d'une fine lésion transfixiante oblique. Ce diagnostic était confirmé par le compte-rendu de l'opération du 25 janvier 2019 dans laquelle le chirurgien visualisait une lésion transfixiante du sus-épineux. De surcroît, il était rappelé que les images avaient été soumises par l'assurance à un autre médecin-conseil que le Dr G_____, il s'agissait du docteur I_____, spécialiste en chirurgie orthopédique, qui mentionnait qu'il avait été nécessaire de se faire assister d'un radiologue de chez CIMED (Centre d'imagerie médicale) à Fribourg, pour interpréter les images de l'IRM. Or, le diagnostic du Dr I_____ était une désinsertion partielle avec fine rupture transfixiante du sus-épineux, ce qui confirmait la présence d'une lésion assimilée à un accident. La recourante critiquait encore le fait que le Dr G_____ s'était contenté de remarques très générales et avait posé des questions qu'il avait laissées sans réponse quant à l'interprétation des images, qu'il n'avait pas vues. Ces éléments ne permettaient pas de se prononcer sur un éventuel retour à un *statu quo sine vel ante*.
28. L'intimée a dupliqué en date du 29 mai 2019, niant qu'il s'agissait d'une lésion assimilée à un accident en se fondant sur les analyses et constats des médecins-conseils, les Drs G_____ et I_____. Ce dernier avait ainsi écrit dans son rapport du 2 avril 2019 que les lésions décrites étaient « d'origine dégénérative » et n'avaient « pas de lien avec l'événement du 3 février 2018 ». La preuve libératoire avait été apportée bien au-delà de la vraisemblance prépondérante quant à l'absence

de causalité entre l'accident et les lésions dégénératives qui avaient été observées. L'assurance confirmait ses conclusions, à savoir le rejet du recours.

29. L'assurée a été entendue en comparution personnelle par la chambre de céans, en date du 24 septembre 2020. Elle était née au Portugal, mais avait vécu en France et était venue en Suisse à l'âge de 22 ans, année où elle s'était mariée, soit en 1990. Elle avait travaillé comme employée de chambre, au Noga Hilton où elle s'occupait de préparer les chambres, faire les lits, etc., après quoi elle avait été opératrice de saisies pendant 2 ans-2 ans et demi, puis elle avait repris la conciergerie à Lancy aux numéros 8-10-12 de l'avenue _____. Elle exerçait cette activité à 100% avant l'accident de février 2018 et avait repris son activité à 100% en août 2019. Elle s'occupait de trois entrées pour un immeuble, ainsi que du parking et n'avait pas d'aide. Elle s'occupait de nettoyer le hall d'entrée, tous les jours, ainsi que des ascenseurs. Jusqu'en 2019, elle devait s'occuper d'entrer et de sortir les containers des ordures trois jours par semaine, en se faisant aider par son mari ; il y avait également un petit tracteur qui l'aidait à manipuler les containers ; elle nettoyait également les vitres dans le hall d'entrée, mais ce n'était pas nécessaire pour les étages. Depuis le début de l'année 2020, elle ne devait plus s'occuper des containers et les locataires de l'immeuble devaient apporter leurs ordures dans les containers à tri sélectif mis en place par la ville de B_____.

L'opération qui avait été envisagée par le Dr F_____ avait eu lieu en janvier 2019, aux HUG. S'agissant des pièces qu'elle avait soumises elle précisait qu'il y avait peut-être une confusion due au premier rapport rendu le 20 août 2019 par le Dr E_____, radiologue, dans lequel il indiquait à propos du tendon du sus-épineux, qu'il y avait un œdème sans rupture transfixiante, observation qu'il avait corrigée par la suite, puisque dans cette nouvelle pièce, il reconnaissait l'existence d'une fine rupture transfixiante oblique. Cette rupture avait également été constatée par le médecin qui l'avait opérée car on pouvait lire dans le compte-rendu opératoire « visualisation d'une lésion transfixiante du sus-épineux ».

L'intimée précisait que le médecin-conseil de l'assurance, soit le Dr G_____, avait bien vu les radiographies et ne s'était pas seulement fondé sur les rapports. Le médecin considérait qu'il y avait des lésions dégénératives qui ressortaient de la lecture de l'IRM chez CIMED à Fribourg. Selon l'intimée, il n'y avait aucun lien de causalité entre l'évènement de février 2018 et la constatation faite par le chirurgien qui avait opéré la recourante selon lequel il y avait une rupture transfixiante du sus-épineux.

La recourante demandait que les Drs I_____ et F_____ soient cités à comparaître afin d'être confrontés dans la lecture des différentes radios, pour répondre à la question de savoir s'il y avait ou non une rupture du tendon transfixiante du sus-épineux et puissent émettre leur opinion sur l'origine accidentelle ou dégénérative de la lésion, ainsi que sur la date du statu quo. Elle ajoutait qu'avant l'accident, elle n'avait pas de douleurs et depuis l'opération de janvier 2019, elle ne ressentait plus de douleurs non plus ; elle n'avait passé qu'une nuit d'hospitalisation aux HUG.

-
30. À la fin de l'audience, les parties ont convenu de faire entendre leurs médecins respectifs soit le Dr F_____ pour la recourante et le Dr I_____ pour l'intimée afin qu'ils confrontent leurs avis, notamment à la lecture des différentes radios figurant dans le dossier.
31. À l'audience du 26 novembre 2020, la recourante a été entendue en comparution personnelle afin de préciser certains points. Elle a déclaré qu'elle n'était pas fumeuse et qu'entre l'évènement du 3 février 2018 et la reprise du travail en août 2019, elle n'avait ni pratiqué de sport ni travaillé ; elle n'avait pas accompli d'effort sur l'épaule pendant cet intervalle. Après l'accident du 3 février 2018, elle avait repris son travail à 100% en date du 12 mars 2018 et avait arrêté de travailler au mois de juillet 2018 pour une opération de deux doigts de la main droite, en raison d'une arthrose, mais qui n'avait rien à voir avec l'évènement du 3 février 2018.

Pendant la période allant de la reprise du travail du 12 mars 2018, jusqu'à l'arrêt de travail du mois de juillet 2018, elle avait toujours mal à l'épaule gauche et continuait les séances de physiothérapie tout en travaillant. Pour les travaux lourds, elle se faisait aider par son mari. Lorsqu'elle avait arrêté son travail pour l'intervention aux doigts, au mois de juillet 2018, elle avait toujours mal à son épaule gauche et avait alors obtenu des certificats d'arrêt de travail en raison des douleurs persistantes et ce jusqu'à l'opération en arthroscopie de l'épaule gauche, subie en janvier 2019 ; elle n'avait plus ressenti de douleurs après l'opération et avait continué sa rééducation de l'épaule, jusqu'en août 2019 où elle avait repris le travail à 100%.

Lors de la même audience, les Drs F_____ et I_____ ont été entendus en qualité de témoins et confrontés sur leurs opinions médicales convergentes et divergentes à la lecture du dossier.

Le Dr F_____, né en 1973, s'est présenté comme chirurgien orthopédique de l'épaule et du coude, pratiquant à Genève, à l'Hôpital de La Tour, aux HUG et enseignant comme privat docent à l'Université.

Le Dr I_____, né en 1940, s'est présenté comme chirurgien orthopédique, ancien chef de clinique à l'hôpital de Fribourg, chef du service d'orthopédie en Gruyère et médecin chef en rééducation orthopédique à la clinique de Valmont. Il travaillait depuis 4-5 ans au CEMEDEX (Centre d'imagerie médicale) de Fribourg.

À la demande du Président, le Dr F_____ a commencé par confirmer certaines notions, notamment qu'une rupture transfixiante du tendon s'étendait sur toute la largeur de celui-ci et qu'il s'agissait véritablement d'une coupure du tendon ; confirmant que pour la réparer on pratiquait une ténodèse, soit une fixation à l'aide d'ancres et de fils du tendon sur l'os, en l'espèce la tête de l'humérus ; qu'une hyper-sollicitation du tendon pouvait entraîner une inflammation qu'on appelle tendinite ; que l'âge ou une sollicitation du tendon pouvait amener à une fragilisation de celui-ci. Dans le cas présent, il était exact qu'avec une patiente âgée de 50 ans, la rupture du tendon à cause de l'âge était peu crédible si l'on considérait qu'auparavant elle était asymptomatique.

S'agissant d'une éventuelle lésion de Hill Sachs, le Dr I_____ a relevé qu'il n'était pas mentionné au dossier une dislocation antérieure de l'épaule qui aurait pu entraîner une lésion Hill Sachs.

Le Dr F_____ n'a pas exclu cette hypothèse, se rapportant à une image de l'IRM du 20 août 2018 effectuée par le Dr E_____ qui lui faisait penser qu'il pourrait y avoir une lésion Hill Sachs.

Le Dr I_____ a précisé avoir revu les images de l'IRM avec un radiologue de Bulle, le Dr J_____, chef du centre d'imagerie médicale de la Gruyère. Ce qui les avait frappés c'est que lorsqu'on avait affaire à un déboîtement de l'épaule, cela affectait le cartilage et pouvait même, dans certains cas, entraîner pour le labrum, qui est un tissu cartilagineux qui entoure la glène, des lésions, visibles par la suite et qui sont caractéristiques et qu'on appelait lésion de Bankart et une telle lésion n'avait pas été observée sur l'épaule de la recourante.

Dr F_____ a acquiescé, la lésion de Hill Sachs n'était pas claire et il n'avait pas observé les signes d'une lésion de Bankart.

Le Dr F_____ et le Dr I_____ sont tombés d'accord sur les points suivants :

- Il fallait écarter la lésion de Hill Sachs comme étant un élément déterminant qui permettrait de distinguer le traumatisme d'un état dégénératif antérieur ;
- Il fallait écarter le critère de la présence d'infiltrations graisseuses qui étaient souvent un signe de décompensation permettant de distinguer le traumatisme d'avec les lésions dégénératives ; dans l'état aucun des praticiens n'avait observé d'infiltrations graisseuses, étant précisé que la lésion transfixiante du tendon était peu importante, dès lors, le muscle était resté fonctionnel et il n'y avait pas eu d'infiltrations graisseuses ;
- Il était exact que l'on pouvait ressentir des douleurs même en présence d'une lésion transfixiante fine, car le tendon était bien innervé, ce qui pouvait déclencher des douleurs ;
- Il était exact qu'une distance acromiale inférieure à 7 mm, qui aurait pu être un signe de lésion chronique, n'avait pas été observée, étant rappelé que l'IRM avait été réalisée sur une patiente couchée ; la gravité n'intervenant pas, les distances n'étaient pas interprétables ; il fallait encore préciser qu'une petite lésion dans le tendon sus-épineux ne créait pas de distance sous-acromial, contrairement à une lésion massive s'étendant au sous-épineux, qui, à ce moment-là agissait sur la distance acromiale.

Le Dr I_____ disait avoir observé des géodes ainsi qu'une sclérose sous-corticale qui étaient généralement des signes d'un processus dégénératif. L'âge n'entrait pas vraiment en ligne de compte, en revanche l'activité professionnelle ou sportive pouvait être significative et cela devait s'inscrire dans un contexte plus général du processus dégénératif. Il se fondait notamment sur le rapport médical du Dr D_____ du 19 février 2018 qui faisait mention d'une discrète sclérose du trochiter, de berges légèrement irrégulières, de l'acromio-claviculaire, de l'enthèse ou

insertion du sous-épineux qui présentait une irrégularité corticale et le sus-épineux qui était inhomogène dans son tiers moyen. Tous ces éléments allaient, selon lui, dans le sens de lésions dégénératives ; aucun de ces critères pris indépendamment n'était significatif, mais dans la globalité cela indiquait un processus dégénératif.

Le Dr F_____ contestait ce point de vue ; selon lui l'acropathie acromio-claviculaire n'était pas en lien avec une lésion de la coiffe des rotateurs, pas plus que la sclérose sous-trochiter et la présence de géodes. Il renvoyait à la lecture d'un article qu'il avait écrit, « Les lésions transfixiantes dégénératives de la coiffe des rotateurs », paru dans Forum médical suisse 2019, pp. 260 et suivantes. L'échographie faite par le Dr D_____ ne permettait pas de déterminer s'il s'agissait d'une lésion traumatique ou dégénérative ; la tendinopathie était difficile à interpréter quant à sa cause, car même avec une IRM, on ne pouvait pas lire s'il s'agissait d'une origine dégénérative ou traumatique.

Le Dr I_____ précisait que l'épaule contenait plusieurs articulations et on ne pouvait donc pas dire qu'il n'y avait pas de lien direct entre l'acropathie acromio-claviculaire et la coiffe des rotateurs ; il y avait forcément un lien entre ces éléments, vu la fonction globale de l'épaule.

Sur question de la recourante, le Dr F_____ relevait que chez les patients asymptomatiques de plus de 40 ans, dans 65% des cas, on pouvait constater ces phénomènes d'usure normale de l'acromio-claviculaire ; il considérait donc qu'il ne s'agissait pas d'un processus dégénératif particulier, mais simplement d'une usure normale que l'on pouvait observer chez les patients asymptomatiques du même âge.

Le Dr F_____ confirmait le contenu de son courrier du 29 octobre 2018, et notamment le pourcentage de 80% de probabilité qu'il existât une relation de causalité entre l'accident du 3 février 2018 et la lésion transfixiante du tendon. Ce pourcentage se fondait sur l'examen de plusieurs critères qu'il énumérait ci-après :

- le critère temporel, soit le fait que les douleurs avaient été immédiatement consécutives à l'accident du 3 février 2018 ;
- le critère démographique, soit le fait qu'il n'y avait que 2% de la population asymptomatique de moins de 60 ans qui souffrait d'une lésion dégénérative de la coiffe des rotateurs ;
- le critère radiographique, soit le fait qu'aucun élément dans les radiographies ne permettait d'établir un trouble dégénératif de la coiffe des rotateurs ;
- le critère factoriel, à savoir qu'une chute lourde à ski sur le moignon de l'épaule avait habituellement un effet vulnérant.

Il ajoutait qu'avec le temps les signaux des tissus changeaient et qu'il fallait donc prendre en compte l'âge de la personne ; une IRM de la patiente qui serait comparée à une IRM d'une jeune fille de 16 ans aboutirait à un résultat très différent ; sur cette base, il ne voyait aucun argument qui puisse aller dans le sens d'une lésion dégénérative préexistante de la coiffe des rotateurs chez la recourante.

Le Dr I_____ contestait cette opinion, se fondant sur le rapport du Dr D_____ qui avait été réalisé deux semaines après l'évènement. Il constatait qu'il n'était pas mentionné de déficit de fonction, que l'élévation était tout à fait normale et que l'abduction ne devenait douloureuse qu'à partir d'un angle de 70° en rotation externe ; il n'y avait pas de limitation, mais il y avait également des douleurs. S'il y avait véritablement des douleurs créées par des lésions traumatiques, on pouvait s'attendre précisément à un déficit de la fonction, qui n'était pas mentionné par le Dr D_____ ; quel que soit le mouvement, la patiente devait ressentir des douleurs en cas de traumatisme ayant entraîné une rupture de la coiffe des rotateurs. Le médecin considérait qu'un tel traumatisme aurait eu pour effet d'entraîner une perte de la fonctionnalité de l'épaule. Pour le critère radiologique, il considérait que l'ensemble des éléments qui avaient été observés formait un faisceau qui le conduisait à retenir la présence d'éléments dégénératifs. Pour le critère factuel, il considérait qu'en fonction des circonstances de la chute, telle qu'elle avait été décrite, en plus sur de la neige, il n'y avait pas eu une telle violence pour que l'on puisse s'attendre à une déchirure de la coiffe des rotateurs. Il admettait toutefois qu'il n'avait pas tenu compte de la vitesse à laquelle la recourante skiait au moment où elle avait chuté pour estimer la violence de l'impact car cette vitesse n'était pas décrite dans le dossier.

La recourante intervenait pour préciser qu'elle était « en pleine descente au moment de la chute », sans pouvoir estimer sa vitesse.

Le Dr I_____ poursuivait, considérant malgré tout que cette chute ne pouvait pas être qualifiée de traumatisme violent, en tout cas pas dans les mécanismes les plus usuels entraînant une lésion de la coiffe ; il ne pouvait toutefois pas l'exclure car dans sa déclaration du 2 avril 2019 à l'assurance il avait coché la case signifiant qu'il était « possible, mais pas vraisemblable » que le trouble à l'épaule gauche soit en relation de causalité avec l'évènement. S'il l'on se référait à l'art. 6 al. 2 LAA, la lésion transfixiante était là, mais ensuite on devait se référer au degré prépondérant de l'usure. Sur le plan de la vraisemblance, le médecin-conseil considérait que la probabilité que la lésion soit due à l'accident était inférieure à 50%. À l'inverse, il considérait que le faisceau de signes dégénératifs décrits *supra* était en relation de causalité avec la lésion dans une probabilité supérieure à 50%. S'agissant des critères qui avaient été énumérés par son confrère, il avait tendance à ne pas faire de telles distinctions et à retenir les éléments dans leur globalité, ce qui le conduisait à considérer qu'il y avait plus de 50% de probabilité que les troubles de l'épaule gauche soient dus à des lésions dégénératives plutôt qu'à l'accident du 3 février 2018.

Le Dr F_____ réagissait sur les propos de son confrère concernant le caractère factuel et les circonstances de l'accident et leur action vulnérante ; il rappelait que la neige était faite principalement d'eau, mais qu'elle durcissait avec le froid et qu'elle pouvait donc être un matériau particulièrement dur ; il rappelait qu'il y avait plus de 75'000 accidents de ski par an et des dizaines de morts chaque année sur les

pistes de ski. De son point de vue, une chute à ski pouvait générer le traumatisme ayant entraîné la lésion. Pour les autres critères, notamment le critère démographique, il rappelait qu'il menait ces études depuis plusieurs années et se fiait à des articles scientifiques publiés pour avancer les chiffres et pourcentages concernant les lésions dégénératives ou traumatiques de la coiffe des rotateurs en fonction de l'âge de patients asymptomatiques ; il était prêt à entrer en matière sur d'éventuels articles ou preuves scientifiques qui lui seraient soumis par l'assurance, ce qu'il n'avait pas constaté jusqu'à présent dans ce dossier.

Sur la possibilité que la lésion du tendon ait pu avoir lieu avant l'événement du 3 février 2018, le Dr F_____ déclarait que la lésion du tendon était l'équivalent d'une corde qui s'était détachée du mur. On pouvait imaginer que les fibres du tendon se soient rompues les unes après les autres dans le cadre d'efforts courants et aient pu aboutir en fin de compte à cette rupture complète du tendon par rapport à la tête de l'humérus. Cela se voyait souvent chez des patients âgés de plus de 70 ans qui, par exemple, en mettant en marche leur tondeuse, ressentaient un claquement ; mais pour la recourante qui avait moins de 50 ans au moment de l'accident et qui ne ressentait pas de douleurs auparavant, il fallait réaliser qu'il était nécessaire d'exercer une grande force sur le tendon pour le déchirer ; cette déchirure ne pouvait qu'être le résultat d'un traumatisme soudain.

L'intimée évoquait alors la possibilité que le précédent accident de ski de mars 2015 ait entraîné une rupture partielle du tendon et que petit à petit les fibres aient lâché lors d'activités normales, notamment les activités professionnelles de la recourante. Le Dr F_____ objectait que la recourante avait été asymptomatique, soit sans aucune douleur pendant 18 mois, alors que la rupture de la coiffe des rotateurs provoque des douleurs, étant encore ajouté que les guérisons spontanées de la coiffe des rotateurs étaient rares ; dès lors, il considérait ce scénario comme peu probable. Il ajoutait que le tendon lésé était celui qui faisait le plus mal, mais qui était le moins important, n'intervenant qu'à raison de 14% dans l'utilisation de la coiffe des rotateurs, la recourante avait pu retourner au travail malgré la douleur et avait pu compenser l'utilisation du sus-épineux par d'autres muscles de la coiffe des rotateurs.

Le Dr F_____ était ensuite interpellé sur le compte-rendu opératoire du 25 janvier 2019 ; il précisait qu'en cas de rupture de la coiffe des rotateurs, le long chef du biceps devenait instable, il y avait une extension progressive de la lésion, ce qui pouvait entraîner une tendinopathie et confirmait qu'un laps de temps d'une année entre l'accident et l'opération était suffisant pour que la tendinopathie du long chef du biceps devienne fissuraire. Sur la raison de l'acromioplastie, il expliquait que cela laissait plus de place pour travailler lors de l'intervention, cela promouvait également la cicatrisation du tendon et enfin cela avait un effet bénéfique sur le plan biologique. Une acromioplastie dans le cadre de la coiffe des rotateurs n'était pas destinée à résoudre un conflit sous-acromial, étant précisé qu'une acromioplastie réalisée uniquement pour résoudre un conflit sous-acromial

correspondait à 2% des cas. La raison pour raboter un centimètre de la clavicule correspondait à un geste médical de moins en moins pratiqué ; cela pouvait se faire si l'on constatait un conflit ; en l'état le confrère avait peut-être saisi cette occasion pour pratiquer ce geste médical. L'empreinte de l'acromion sur la jonction myotendineuse était une question un peu obsolète ; jusqu'à l'an 2000, on n'avait pas compris que l'articulation n'était pas un conflit, mais un glissement normal ; on considérait à présent qu'il y avait une 5^{ème} articulation par rapport aux 4 articulations classiques ; elle était constituée par la coiffe des rotateurs et la coiffe qui était au-dessus, soit l'acromion et le ligament coraco-acromial.

Enfin, sur le pourcentage de 80% de taux de probabilité d'une causalité entre l'évènement du 3 février 2018 et les troubles de la santé, le Dr F_____ répondait que la certitude absolue à 100% était rare en médecine et qu'il n'écartait pas la probabilité que l'accident préalable intervenu en 2015 ait pu engendrer une lésion, mais ne retenait qu'un pourcentage de 20% d'une telle probabilité.

Sur la question de la nature de la lésion, le Dr F_____ et le Dr I_____ admettaient tous deux qu'il y avait une lésion du tendon sus-épineux.

Sur la question de la date du *statu quo ante* le Dr I_____ ne partageait pas le point de vue du Dr G_____ sur le *statu quo ante* fixé six semaines après l'accident ; il le plaçait plutôt à trois mois après l'accident.

Le Dr F_____ disait ne pas pouvoir se prononcer sur la question du *statu quo ante*. Il observait que la recourante avait dit qu'elle se portait bien après son opération de janvier 2019 ; dès lors, il considérait que lorsque l'on souffrait de lésions dégénératives, si l'on recommençait les mêmes gestes après l'opération, on souffrait à nouveau et il constatait que la recourante n'avait plus souffert de son épaule gauche après son opération.

32. Sur ce, 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. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

3. Le litige porte sur la question de savoir si les troubles de l'épaule gauche sont encore dans un rapport de causalité avec l'événement du 3 février 2018, plus de 6 semaines après l'accident.
4. La modification du 25 septembre 2015 de la LAA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017. Dans la mesure où l'accident est survenu après cette date, le droit de la recourante aux prestations d'assurance est soumis au nouveau droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées, ci-après, dans leur teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2017.
5. a. Aux termes de l'art. 6 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assurée en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA). La notion d'accident se décompose ainsi en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés: une atteinte dommageable; le caractère soudain de l'atteinte; le caractère involontaire de l'atteinte; le facteur extérieur de l'atteinte; enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident (ATF 129 V 402 consid. 2.1; arrêt du Tribunal fédéral 8C_235/2018 du 16 avril 2019 consid. 3.1).

b. Suivant la définition même de l'accident, le caractère extraordinaire de l'atteinte ne concerne pas les effets du facteur extérieur, mais seulement ce facteur lui-même. Dès lors, il importe peu que le facteur extérieur ait entraîné des conséquences graves ou inattendues. Le facteur extérieur est considéré comme extraordinaire lorsqu'il excède le cadre des événements et des situations que l'on peut objectivement qualifier de quotidiens ou d'habituels, autrement dit des incidents et péripéties de la vie courante (ATF 129 V 402 consid. 2.1). Pour des lésions dues à l'effort (soulèvement, déplacement de charges notamment), il faut examiner de cas en cas si l'effort doit être considéré comme extraordinaire, en tenant compte de la constitution physique et des habitudes professionnelles ou autres de l'intéressé (arrêt du Tribunal fédéral 8C_827/2017 du 18 mai 2018 consid. 2.1). Il n'y a pas d'accident, au sens de ce qui précède, lorsque l'effort en question ne peut entraîner une lésion qu'en raison de facteurs maladiques préexistants, car c'est alors une cause interne qui agit, tandis que la cause extérieure – souvent anodine – ne fait que déclencher la manifestation du facteur pathologique (ATF 116 V 136 consid. 3b).

c. Selon la jurisprudence, le critère du facteur extraordinaire extérieur peut résulter d'un mouvement non coordonné. Lors d'un mouvement corporel, l'exigence d'une incidence extérieure est en principe remplie lorsque le déroulement naturel d'un mouvement corporel est influencé par un empêchement « non programmé », lié à l'environnement extérieur. Dans le cas d'un tel mouvement non coordonné, l'existence du facteur extérieur doit être admise, parce que le facteur extérieur – la

modification entre le corps et l'environnement extérieur – constitue en même temps le facteur extraordinaire en raison du déroulement non programmé du mouvement (ATF 130 V 117 consid. 2.1). On peut ainsi retenir à titre d'exemples de facteurs extérieurs extraordinaires le fait de trébucher, de glisser ou de se heurter à un objet (RAMA 2004 n°U 502 p. 184 consid. 4.1, RAMA 1999 n°U 345 p. 422 consid. 2b).

La preuve d'un accident causant des lésions touchant l'intérieur du corps est soumise à des exigences strictes, en ce sens que la cause immédiate de la blessure doit être établie dans des circonstances particulièrement évidentes. En général, un accident entraîne des lésions qui sont perceptibles de l'extérieur, et son absence constitue une probabilité accrue qu'elle est d'origine malade (ATF 99 V 136 consid. 1). A cet égard, le facteur externe est un élément central (ATF 134 V 72 consid. 4.1; arrêt du Tribunal fédéral 8C_225_2019 du 20 août 2019 consid. 3.4).

Lorsque la lésion se limite à une atteinte corporelle interne, qui pourrait également survenir à la suite d'une maladie, le mouvement non coordonné doit en apparaître comme la cause directe selon des circonstances particulièrement évidentes. Un accident se manifeste en règle générale par une lésion perceptible à l'extérieur. Lorsque tel n'est pas le cas, il est plus vraisemblable que l'atteinte soit d'origine malade (arrêt du Tribunal fédéral 8C_693/2010 du 25 mars 2011 consid. 5.2).

d. Pour les accidents survenus dans l'exercice du sport, l'existence d'un événement accidentel doit être niée lorsque et dans la mesure où le risque inhérent à l'exercice sportif en cause se réalise. Autrement dit, le caractère extraordinaire de la cause externe doit être nié lorsqu'une atteinte à la santé se produit alors que le sport est exercé sans que survienne un incident particulier (arrêt du Tribunal fédéral 8C_410/2017 du 22 mars 2018 consid. 3.2).

À titre d'exemples, le critère du facteur extérieur extraordinaire a été admis dans le cas d'une charge contre la balustrade subie par un hockeyeur (ATF 130 V 117 précité consid. 3), d'une réception au sol manquée par un gymnaste lors d'un « saut de carpe » (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 43/92 du 14 septembre 1992 consid. 3b, in RAMA 1992 n° U 156 p. 258), ou encore dans le cas d'un skieur dans un champ de bosses qui, après avoir perdu le contrôle de ses skis en raison d'une plaque de glace, aborde une nouvelle bosse qui le soulève et le fait retomber lourdement au sol (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 114/97 du 18 mars 1999, in RAMA 1999 n° U 345 p. 420). En revanche, il a été nié dans le cas d'un duel entre deux joueurs lors d'un match de basket-ball, lors duquel l'un est « touché » au bras tendu devant le panier par l'autre et se blesse à l'épaule en réagissant à cette action du joueur adverse (arrêt du Tribunal fédéral 8C_835/2013 du 28 janvier 2014 consid. 5, in SVR 2014 UV n° 21 p. 67).

6. a. Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2017, 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); les lésions du tympan (let. h).

On précisera que l'art. 6 al. 2 LAA, dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016, conférait au Conseil fédéral la compétence d'étendre la prise en charge par l'assurance-accidents à des lésions assimilables à un accident. L'ancien art. 9 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA - RS 832.202), adopté sur la base de cette disposition, contenait la liste exhaustive des lésions corporelles assimilées à un accident pour autant qu'elles ne fussent pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. La liste des lésions énumérées par l'art. 6 al. 2 LAA dans sa nouvelle teneur est identique à celle auparavant contenue dans l'art. 9 al. 2 aOLAA.

b. Selon la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 9 al. 2 aOLAA, pour que des lésions corporelles puissent être qualifiées de semblables aux conséquences d'un accident, seul le caractère extraordinaire de l'accident pouvait faire défaut, mais l'existence d'une cause extérieure était en revanche indispensable (cf. ATF 139 V 327 consid. 3.1). Dans son Message à l'appui de la révision de l'art. 6 al. 2 LAA, le Conseil fédéral a relevé que cette jurisprudence avait été source de difficultés pour les assureurs-accidents et d'insécurité pour les assurés. C'est pourquoi une nouvelle réglementation faisant abstraction de l'existence d'une cause extérieure a été proposée, conformément à la volonté du législateur à l'époque du message de 1976 à l'appui de la LAA. En cas de lésion corporelle figurant dans la liste, il y a désormais présomption que l'on est en présence d'une lésion semblable aux conséquences d'un accident, qui doit être prise en charge par l'assureur-accidents. Ce dernier pourra toutefois se libérer de son obligation s'il apporte la preuve que la lésion est manifestement due à l'usure ou à une maladie (Message du Conseil fédéral relatif à la modification de la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 30 mai 2008, FF 2008 4893).

Dans un arrêt de principe du 24 septembre 2019 (ATF 146 V 51), le Tribunal fédéral a précisé que selon l'interprétation de l'art. 6 al. 2 LAA, l'application de cette disposition ne présuppose aucun facteur extérieur et donc aucun événement accidentel ou générant un risque de lésion accru au sens de la jurisprudence relative à l'art. 9 al. 2 aOLAA. Cependant, la possibilité pour l'assureur-accidents de rapporter la preuve prévue par l'art. 6 al. 2 LAA impose de distinguer la lésion corporelle assimilée, d'une lésion corporelle figurant dans la liste due à l'usure et à la maladie à charge de l'assurance-maladie. Dans ce contexte, la question d'un événement initial reconnaissable et identifiable est également pertinente après la révision de la LAA – notamment en raison de l'importance d'un lien temporel (couverture d'assurance; compétence de l'assureur-accidents; calcul du gain assuré; questions juridiques intertemporelles). Par conséquent, dans le cadre de son devoir d'instruction (cf. art. 43 al. 1 LPG), l'assureur-accidents doit clarifier les

circonstances exactes du sinistre à l'annonce d'une lésion selon la liste. Si celle-ci est imputable à un événement accidentel 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 suffisante, c'est-à-dire que l'atteinte à la santé est fondée uniquement et exclusivement sur des causes autres qu'accidentelles (voir consid. 5.1 et 8.5). Si, en revanche, tous les critères de la définition de l'accident au sens de l'art. 4 LPGA ne sont pas remplis, l'assureur-accidents est généralement responsable pour une lésion selon la liste selon l'art. 6 al. 2 LAA dans la version en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2017, à moins qu'il puisse prouver que la lésion est principalement due à une usure ou maladie (consid. 9.1).

Si aucun événement initial ne peut être établi, ou si seul un événement bénin ou anodin peut être établi, cela simplifie de toute évidence la preuve de la libération pour l'assureur-accident. En effet, l'ensemble des causes des atteintes corporelles en question doit être pris en compte dans la question de la délimitation, qui doit être évaluée avant tout par des médecins spécialistes. Outre la condition précédente, les circonstances de la première apparition des troubles doivent également être examinées plus en détails (par exemple, un bilan traumatologique du genou est une aide utile pour l'évaluation médicale des blessures au genou, publié in BMS 2016 p. 1742 ss). Les différents indices qui parlent pour ou contre l'usure ou la maladie doivent être pondérés d'un point de vue médical. L'assureur-accidents doit prouver, sur la base d'évaluations médicales concluantes – au degré de la vraisemblance prépondérante – que la lésion en question est due de manière prépondérante à l'usure ou à la maladie, c'est-à-dire plus de 50% de tous les facteurs en cause. Si la « palette des causes » se compose uniquement d'éléments indiquant une usure ou une maladie, il s'ensuit inévitablement que l'assureur-accidents a apporté la preuve de la « libération » et qu'il n'est pas nécessaire d'apporter des clarifications supplémentaires (consid. 8.6).

7. Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prêter de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (*statu quo ante* ou *statu quo sine*) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b; ATF 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).
8. 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. Si un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (*statu quo sine*) (RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b; arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.2). A contrario, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 et 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2).

9. a. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assurée à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1).

b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

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

c. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces

avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

d. Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

e. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

10. Sauf disposition contraire de la loi, le juge des assurances sociales fonde sa décision sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b). En droit des assurances sociales, il n'existe pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

Les explications d'un assuré sur le déroulement d'un fait allégué sont au bénéfice d'une présomption de vraisemblance. Il peut néanmoins arriver que les déclarations successives de l'intéressé soient contradictoires avec les premières. En pareilles circonstances, selon la jurisprudence, il convient de retenir la première affirmation, qui correspond généralement à celle que l'assuré a faite alors qu'il n'était pas encore conscient des conséquences juridiques qu'elle aurait, les nouvelles explications pouvant être, consciemment ou non, le produit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 45 consid. 2a et les arrêts cités; arrêts du Tribunal fédéral 8C_752/2016 du 3 février 2017 consid. 5.2.2 destiné à la publication et 8C_662/2016, déjà cité, consid. 4.3).

11. En l'espèce, bien que disputée par le médecin-conseil de l'intimée, soit le Dr G_____, la lésion transfixiante du tendon du sus-épineux a été admise par son confrère, le Dr I_____, médecin consulté par l'assurance, ainsi que par le médecin de l'assurée, le Dr F_____ et par le chirurgien ayant pratiqué l'arthroscopie, soit le Dr H_____. La chambre de céans considère la lésion transfixiante du tendon du sus-épineux comme établie et constate ainsi l'existence d'une lésion assimilée au sens de l'art. 6 al. 2 LAA.

S'agissant de l'origine de cette lésion, la confrontation du 26 novembre 2020 des Drs I_____ et F_____, devant la chambre de céans a permis de clarifier la situation et d'apprécier les arguments en faveur d'une lésion d'origine dégénérative pour le Dr I_____ et en faveur d'une lésion d'origine traumatique pour le Dr F_____. Le Dr I_____ a ainsi estimé que le lien de causalité entre les troubles de la santé et l'accident était inférieur à 50%, alors que le Dr F_____ a considéré que le lien de causalité était supérieur à 80%.

Il appartient à l'intimée d'apporter la preuve au degré de la vraisemblance prépondérante qu'à partir d'une certaine date, les troubles de la santé perdurant après l'accident sont dus à une autre cause que l'accident, notamment d'éventuels troubles maladiques ou dégénératifs. Pour ce faire, l'assurance s'est principalement appuyée sur l'avis de son médecin-conseil, le Dr G_____, dont on a vu supra qu'il avait constamment nié l'existence d'une lésion transfixiante du tendon du sus-épineux, questionnant encore ce point après que le Dr H_____ ait visualisé ladite lésion lors de l'intervention chirurgicale. L'opinion du Dr G_____ souffre ainsi de ne pas reposer sur des éléments de faits objectivement constatés et le bien-fondé de ladite opinion doit ainsi être mis en doute.

Le second médecin-conseil de l'assurance, le Dr I_____ a admis l'existence de la lésion transfixiante du tendon du sus-épineux et a infirmé l'opinion du Dr G_____ sur le délai de retour au *statu quo sine*, l'estimant à 3 mois alors que son confrère l'avait fixé à 6 semaines.

S'agissant de l'origine dégénérative des troubles de la santé, les Drs G_____ et I_____ les ont justifiées par l'existence de lésions géodiques comme étant d'origine dégénérative. Le Dr G_____ s'est appuyé sur l'absence de mise en évidence d'un œdème intra osseux signalant habituellement une origine traumatique. Cet argument n'est toutefois pas déterminant car – comme le Dr G_____ l'a lui-même relevé – l'arthro-IRM avait été pratiquée six mois après la chute et les signes d'œdème avaient donc pu disparaître dans l'intervalle.

Le Dr I_____ s'est distancé de son confrère, en admettant l'existence de la lésion transfixiante et en allongeant le délai pour atteindre le *statu quo sine ante*. On ne peut toutefois le suivre lorsqu'il considère que la chute n'était pas suffisamment violente pour causer un traumatisme alors que la vitesse de l'assurée au moment de la chute et la dureté de la neige sur laquelle elle était tombée ne sont pas établis avec certitude. Cet argument doit ainsi être écarté. L'argument selon lequel la profession de la recourante, qui entraîne une utilisation régulière voire une surutilisation des épaules, peut être un facteur d'usure et, partant, constituer une cause dégénérative, doit aussi être écarté dès lors qu'une telle surutilisation – pour autant qu'elle soit établie, ce qui n'est pas le cas – devrait entraîner une tendinopathie, plutôt qu'une lésion transfixiante du tendon sus-épineux.

Le Dr F_____ a ainsi fait valoir que l'origine dégénérative chez une personne de 49 ans ne pouvait pas avoir déclenché de telles douleurs, rappelant que ces dernières n'existaient pas avant l'accident et avaient disparu après l'intervention chirurgicale.

La chambre de céans considère comme établi que l'assurée ne ressentait aucune douleur avant sa chute, qu'elle a ressenti de fortes douleurs après sa chute, et que celles-ci n'ont disparu qu'après l'intervention chirurgicale sur le tendon du sus-épineux.

Partant, elle considère qu'il est démontré, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les douleurs ont été causées par la chute et que lesdites douleurs ont été le symptôme d'une lésion du tendon sus-épineux qui est intervenue lors de l'accident. L'hypothèse qu'une telle douleur ait pu se développer suite à des troubles dégénératifs consécutifs à une surutilisation de l'épaule est peu crédible ; la concomitance entre l'événement accidentel, la violence relative de ce dernier, l'apparition des douleurs et la disparition de ces dernières après l'intervention chirurgicale sur le tendon du sus-épineux sont des éléments qui caractérisent l'origine traumatique de la lésion et des troubles de l'épaule gauche qui ont perduré jusqu'à l'opération chirurgicale. Toujours au degré de la vraisemblance prépondérante, la chambre de céans considère que les troubles de la santé dus à

l'accident ont ainsi persisté après la date du *statu quo sine* fixée par l'assurance, en tous les cas jusqu'au moment de l'intervention chirurgicale.

12. La chambre de céans constate que l'intimée a échoué à démontrer le caractère prédominant d'une origine malade ou dégénérative pour expliquer les troubles de la santé ressentis par la recourante au-delà du délai de *statu quo sine* qu'elle avait fixé et doit donc prendre en charge les prestations en faveur de la recourante jusqu'à son rétablissement.
13. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision du 14 janvier 2019 sera annulée. La cause sera renvoyée à l'assurance pour nouvelle décision au sens des considérants.
14. La recourante obtenant gain de cause et étant assistée d'un mandataire professionnel, une indemnité de CHF 2'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).
15. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet et annule la décision du 14 janvier 2019.
3. Renvoie la cause à l'intimée pour nouvelle décision au sens des considérants.
4. Condamne l'intimée à verser à la recourante une indemnité de CHF 2'000.- 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

Nathalie LOCHER

Philippe KNUPFER

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