

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 23 octobre 2015

Composition : Mme DESSAUX, présidente
M. de Goumoëns et Mme Rossier, assesseurs
Greffière : Mme Monney

Cause pendante entre :

F._____, à [...], recourante, représentée par le Centre social protestant -
Vaud, à Lausanne,

et

O._____, à [...], intimée, représentée par Mes Didier Elsig et Patrick
Moser, avocats, à Lausanne,

Art. 4 LPGA ; 6 al. 1, 10 al. 1, 16 al. 1 et 36 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. F._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], était employée en qualité d'aide-infirmière par l'I._____ depuis le [...]. Elle était assurée à titre obligatoire contre les accidents professionnels et non professionnels auprès d'O._____ (ci-après : l'assurance ou l'intimée).

B. Le 15 février 2012, en sortant du travail, alors qu'elle marchait sur un trottoir verglacé, l'assurée a chuté en arrière, se réceptionnant sur le coude et le bras droits. Selon ses dires, des douleurs péri-acromiales sont rapidement apparues. L'assurée a tout d'abord consulté le service des urgences de la L._____ et a bénéficié d'un traitement conservateur. Le rapport médical non daté relatif à cette consultation fait notamment état d'une contusion dorsale et lombaire traumatique. L'état des membres supérieurs n'est pas décrit.

Le médecin traitant de l'assurée, le Dr R._____, spécialiste en médecine interne générale, a adressé cette dernière au Dr C._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui l'a vue en consultations les 2 et 16 avril 2012. Entre-temps, le Dr Q._____, spécialiste en radiologie, a procédé à un examen CT-scanner de l'épaule droite. Dans son rapport du 5 avril 2012, il a notamment relevé la présence d'un « ossicule centimétrique de l'articulation acromio-claviculaire droite suspect d'un os acromial (mésos-acromion) accompagné par quelques irrégularités acromiales inférieures distales vraisemblablement consécutives, potentiellement à l'origine d'un impingement syndrome ». Dans son rapport médical du 16 avril 2012 à l'intention du Dr R._____, le Dr C._____ a quant à lui posé le diagnostic de « conflit sous-acromial de l'épaule droite. Status deux mois après contusion sous-acromiale », et noté la présence d'un petit os acromial avec aspérités sous-acromiales évocatrices d'un conflit régional chronique. Le 16 avril 2012, il a procédé à une infiltration, dont l'effet immédiat est décrit comme satisfaisant.

Le 11 mai 2012, le Dr C._____ a déclaré l'accident du 15 février 2012 à O._____ au moyen du formulaire idoine.

En date du 29 mai 2012, le Dr Q._____ a effectué une arthro-IRM de l'épaule droite. Dans son rapport du même jour adressé au Dr C._____, il a notamment décrit « un épaissement en signal modérément inhomogène sans discontinuité du tendon du long chef du biceps à son origine, apparaissant préservé plus distalement et toujours situé au sein de la gouttière, le tendon du sous-épineux apparaissant sans particularité ». Dans la partie « CONCLUSION » de son rapport, il a également mentionné ce qui suit :

« Déchirure complète de la moitié antérieure du tendon du sus-épineux à son insertion avec passage du bolus gadoliné au sein de la bourse sous-acromio-sous-deltoïdienne. Importante distorsion toutefois sans déchirure significative du tendon du sous-scapulaire à son insertion, plus modérée également sans déchirure du tendon du long chef du biceps. Quelques petites altérations réactionnelles à la sollicitation des tendons de la coiffe dans la région sous-trochitérienne. Os méso-acromial dans les limites d'une variante, sans signes de conflit loco-régional ».

L'assurée a été vue une nouvelle fois par le Dr C._____ le 21 juin 2012. Dans son rapport du 22 juin 2012 adressé au Dr R._____, le médecin précité a notamment exposé que l'infiltration du 16 avril 2012 avait apporté un bon soulagement, mais seulement transitoire, et que sa patiente se plaignait encore de douleurs à l'effort ainsi que de douleurs nocturnes.

L'assurée a ensuite consulté le Dr T._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui a diagnostiqué, comme mentionné dans son rapport médical du 9 juillet 2012 à l'intention du Dr R._____, une « déchirure nette du sus-épineux avec une rétraction modérée d'environ 1 cm et d'aspect tout à fait amenable à une réparation ». Il précisait en outre ceci : « la chute de février dernier a donné lieu à une rupture du sus-épineux qui cliniquement, reste significative après 4 mois d'un traitement conservateur ». Le 11 juillet 2012, le Dr T._____ a pratiqué une

arthroscopie de l'épaule droite de l'assurée avec débridement du labrum, puis, par voie ouverte, une réinsertion du sus-épineux [le protocole opératoire mentionne par erreur qu'il s'agit du sous-épineux, ce qui a été corrigé par la suite par le Dr T. _____] après rafraîchissement des bords.

En termes d'incapacité de travail, l'assurée a été en incapacité totale du 15 février 2012 au 29 avril 2012, à 50 % du 30 avril 2012 au 21 juin 2012 puis à nouveau à 100 % dès le 11 juillet 2012.

Par la suite, O. _____ a mandaté en qualité d'expert le Dr K. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans son rapport d'expertise du 12 décembre 2012, l'expert a noté la présence d'une capsulite rétractile, empêchant l'expertisée d'effectuer les tests de la coiffe des rotateurs. Il a relevé, sur la base de l'IRM ainsi que de l'arthroscopie, des troubles dégénératifs, non seulement au niveau du sus-épineux, mais également du sous-scapulaire et du long chef du biceps. Il a également constaté l'absence d'atrophie musculaire ou de dégénérescence graisseuse qui auraient été évocatrices d'une problématique très ancienne, mais a observé une variante anatomique de l'acromion sous forme d'un méso-acromion, soit une malformation congénitale connue pour induire un rétrécissement de l'espace sous-acromial, susceptible de léser le tendon du sus-épineux en le délamissant. Le Dr K. _____ estimait en conséquence vraisemblable que la perte de continuité du sus-épineux était purement liée à cette malformation, d'autant plus que l'action vulnérante n'était pas appropriée pour léser le sus-épineux, faute pour l'assurée d'avoir fait un mouvement brusque de retenue en abduction ou en antépulsion ou d'avoir présenté d'impotence fonctionnelle immédiate significative. De plus, selon l'expert, l'assurée n'aurait pas tiré de bénéfice de l'infiltration s'il s'était agi d'une déchirure traumatique. Le Dr K. _____ considérait que l'accident avait ainsi mis en évidence ces lésions mais qu'il ne les avait pas provoquées. Il a fixé le statu quo sine entre les consultations des Drs C. _____ et T. _____, au motif que ce dernier avait pris en charge l'assurée pour son problème dégénératif dès la décision d'opérer ces lésions préexistantes.

Le 24 janvier 2013, l'employeur de l'assurée a mis fin aux rapports de travail avec effet au 30 avril 2013, en raison de l'état de santé de l'intéressée.

Par courrier du 31 janvier 2013 adressé à l'assurance-accidents, le Dr T. _____ a notamment déclaré que la lésion subie par l'assurée était « tout à fait clairement traumatique à l'inspection directe, à la fois à sa face endo-articulaire et à sa face extra-articulaire ».

Une nouvelle arthro-IRM de l'épaule droite a par la suite été réalisée à la J. _____. Dans son rapport médical du 21 mars 2013, le Dr M. _____, spécialiste en radiologie, a constaté un aspect normal du long chef du biceps, du sous-scapulaire et du petit rond. Il a également relevé une légère arthrose acromio-claviculaire, mais pas de lésion dans l'intervalle des rotateurs, et a formulé la conclusion suivante : « déchirure distale du tendon du sus-épineux vraisemblablement après plastie précédente de cette structure ».

Le 25 avril 2013, O. _____ a rendu une décision mettant fin aux prestations de l'assurance-accidents obligatoire au 27 juin 2012 et renonçant à demander la restitution des prestations versées jusqu'à la date de la décision. Se fondant sur l'expertise du Dr K. _____, l'assurance-accidents a considéré qu'à compter du 28 juin 2012, soit la date de la première consultation chez le Dr T. _____, l'état de l'épaule droite provenait uniquement des troubles dégénératifs sous-jacents.

L'assurée a fait opposition à la décision précitée en date du 27 mai 2013, concluant à l'annulation de la décision du 25 avril 2013. Elle a notamment invoqué le fait qu'avant la chute du 15 février 2012, elle n'avait aucunement souffert de son épaule, qu'elle n'avait jamais eu besoin du moindre soin médical par rapport à cette épaule et que les douleurs avaient commencé à partir du jour du sinistre. En second lieu, elle a considéré que la déchirure du sus-épineux n'avait pas été traitée convenablement durant les trois premiers mois vu que cette lésion n'avait été réellement diagnostiquée que par l'IRM du mois de mai 2012.

L'assurée reprochait à l'assurance-accidents de s'être basée sur l'absence de diagnostic clair durant trois mois pour affirmer que la déchirure était due à des troubles dégénératifs alors qu'il s'agissait d'un accident. De surcroît, elle a précisé que dans le cas d'espèce, on se trouvait en présence d'une déchirure nette et non pas d'une attrition, conséquence d'une problématique dégénérative selon le Dr K._____, et que l'assureur n'expliquait pas pour quelle raison, in casu, la rupture ne pouvait pas être la suite d'une chute sur le verglas. Citant l'opinion du Dr T._____, l'assurée a également critiqué l'appréciation du Dr K._____ selon laquelle une infiltration n'aurait pas aidé en cas de déchirure traumatique. Elle a rappelé que selon le Dr T._____, même en cas de traumatisme frais, une infiltration pouvait apporter un effet satisfaisant. Elle a aussi reproché à l'assurance-accidents de ne pas avoir tenu compte du rapport du Dr T._____, sans en expliquer les raisons, et d'avoir fixé la date du statu quo sine à la date de sa première consultation chez le Dr T._____.

Par décision sur opposition du 20 août 2013, l'assurance-accidents a rejeté l'opposition de l'intéressée au motif qu'il n'existait aucune raison suffisante de s'écarter des conclusions du Dr K._____, dont les explications apparaissaient convaincantes. Citant le raisonnement « post hoc ergo propter hoc », elle a ajouté que le seul fait que des symptômes douloureux ne se soient manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffisait pas à établir un rapport de causalité avec cet accident. O._____ a également mentionné que selon le Dr K._____, le Dr T._____ ne pouvait aucunement déterminer si la lésion du sus-épineux était fraîche et traumatique alors qu'il n'avait vu sa patiente que cinq mois après l'accident. Elle a ajouté que l'opinion du médecin précité était péremptoire et non motivée, et que conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral, s'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge pouvait et devait tenir compte du fait que selon l'expérience, le médecin traitant était généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unissait à ce dernier.

C. Par acte du 19 septembre 2013, F._____ a interjeté recours à l'encontre de cette décision sur opposition concluant, à titre préliminaire, à la mise en œuvre d'une expertise afin de déterminer si sa chute avait pu ou non entraîner les lésions dont elle a souffert et pour lesquelles elle a été opérée le 11 juillet 2012. Principalement, elle a conclu à l'admission du recours, à l'annulation de la décision sur opposition, et implicitement à sa réforme, dans le sens qu'il soit ordonné à l'intimée de prendre en charge tous les frais de guérison et de verser des indemnités perte de gain pour accident durant toute l'incapacité de travail de l'assurée.

En substance, la recourante reproche à l'intimée de ne pas expliquer en quoi une lourde chute sur la neige, réceptionnée sur le coude et le bras, ne pourrait pas avoir pour conséquence une déchirure du sus-épineux. Elle ajoute que le Dr T._____ conteste fermement les constatations du Dr K._____, dans la mesure où l'IRM du 29 mai 2012 a démontré la présence d'une déchirure du sus-épineux. Citant le Dr T._____, elle relève que la lésion subie était clairement traumatique à l'inspection directe, à la fois à sa face endo-articulaire et à sa face extra-articulaire. Elle rappelle que ce médecin n'est pas son médecin traitant, contrairement à ce que prétend l'intimée, mais un spécialiste, qui, se basant sur l'IRM et les constats du Dr Q._____ du 29 mai 2012, a proposé une opération. Elle évoque en outre le fait que le Dr T._____ possède une longue expérience en la matière et qu'il est en mesure de reconnaître si la lésion présente des bords francs, certes un peu arrondis par le passage des semaines, ou s'il s'agit d'une rupture progressive par attrition du tendon. Cela sans compter que le Dr T._____ était présent lors de l'opération, contrairement au Dr K._____, dont l'avis ne saurait être considéré comme neutre et objectif en raison notamment de son lien avec l'assurance-accidents. L'assurée mentionne de surcroît qu'il est dans l'intérêt de l'assurance de faire constater qu'il s'agit d'un cas de maladie et non d'accident, puisque ainsi, elle ne doit payer que 80 % du salaire, contre 100 % s'il s'agit d'un accident. De surcroît, elle relève que l'assurance n'explique pas pourquoi le fait de consulter un autre médecin équivaut à la constatation qu'il ne s'agit plus d'un accident. Elle indique

qu'au cours du mois de juin 2012, n'étant pas convaincue par les traitements proposés par le Dr C._____, elle a cherché un nouveau médecin, lequel lui a proposé une opération. Elle reproche enfin à l'intimée d'avoir fait preuve de mauvaise foi en omettant de l'avertir de son intention de ne plus prendre en charge les prestations, l'obligeant ainsi à devoir supporter des frais médicaux importants.

La recourante a également produit un rapport de physiothérapie du 17 septembre 2013 signé par A._____, dont il ressort qu'elle a effectué vingt-sept séances de physiothérapie avant l'opération du 11 juillet 2012 et septante-sept séances après l'opération, permettant une amélioration de la mobilité de l'épaule et une progression sur le plan du renforcement et de la pratique des gestes de la vie quotidienne.

Dans sa réponse du 17 décembre 2013, l'intimée a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition. Se fondant sur le rapport d'expertise du Dr T._____, elle considère que l'assurée n'a pas eu le temps de prévenir sa chute et donc d'effectuer un mouvement d'antépulsion pour essayer de se retenir, qui est le seul mouvement susceptible de léser un sus-épineux, et que l'intéressée n'a pas non plus présenté d'impotence fonctionnelle significative. Elle relève également la présence d'altérations dégénératives importantes des tendons et des kystes intra-osseux, qui sont, selon l'expert, des indices de lésions préexistantes. Sur la base des conclusions du médecin précité, l'intimée estime que l'événement traumatique a révélé et non causé les lésions, respectivement que le sinistre a uniquement induit une aggravation passagère de l'état antérieur dégénératif. S'agissant de l'opinion du Dr T._____, l'assurance-accidents se réfère à l'avis de son expert selon lequel il est totalement impossible d'affirmer qu'il s'agit d'une lésion accidentelle et non d'une perforation par délimitation (sic) liée à l'usure du tendon, du fait qu'en raison du laps de temps écoulé entre la chute et la consultation par l'assurée du Dr T._____, les bords de la lésion ont été remaniés et une forme de cicatrisation a déjà dû en partie survenir, rendant impossible la distinction entre un problème accidentel et une maladie. L'intimée ne voit aucun indice permettant de douter des

conclusions du Dr K._____, l'appréciation de ce dernier ayant selon elle une entière valeur probante. Citant la jurisprudence applicable en la matière, elle précise que ce médecin ne saurait être qualifié de partial du simple fait qu'il est lié à l'assureur par un rapport contractuel, ce lien ne permettant pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner la prévention. En définitive, O._____ considère que son assurée se limite à exprimer un avis divergent et non motivé médicalement et que ses allégations apparaissent dictées par le principe « post hoc ergo propter hoc » auquel le Tribunal fédéral n'accorde aucune valeur probante.

Dans sa réplique du 27 février 2014, la recourante a confirmé ses conclusions. Elle a réitéré les arguments contenus dans son recours ainsi que sa demande de mise en œuvre d'une expertise judiciaire et a requis, subsidiairement, l'audition du Dr T._____. Elle a également produit un courriel du 21 août 2013 de ce médecin adressé à son conseil, duquel il ressort que le Dr T._____ persiste dans son affirmation selon laquelle la déchirure du sus-épineux avait un aspect accidentel à l'examen direct et ce même cinq mois après le traumatisme. Il mentionne également que « suivant la direction du choc, la résistance des surfaces, le poids du patient et sa réactivité musculaire, n'importe quelle chute peut causer à peu près n'importe quoi ». Par ailleurs, se fondant sur la jurisprudence du Tribunal fédéral, la recourante estime que si un état maladif préexistant devait être diagnostiqué, l'assureur-accidents devrait prêter aussi longtemps que la statu quo ante n'est pas atteint, ce qui est le cas en l'espèce puisqu'elle n'a recouvré qu'une capacité de travail de 40 à 60 % et qu'une demande de prestations de l'assurance-invalidité est en cours.

Dans sa duplique du 26 mars 2014, l'intimée a maintenu l'intégralité de ses conclusions, reprenant en substance les arguments développés dans sa réponse du 17 décembre 2013.

En date du 28 avril 2014, la recourante s'est à nouveau déterminée sur les écritures de l'intimée, réitérant notamment sa

demande de mise en œuvre d'une expertise et, subsidiairement, d'audition du Dr T._____. Elle insiste sur le fait qu'en présence de deux expertises contradictoires, il n'est pas possible de se déterminer sur la question de la causalité entre la chute du 15 février 2012 et les troubles au-delà du 26 juin 2012. Pour le surplus, elle reprend en substance les arguments déjà évoqués précédemment, rappelant notamment que les douleurs péri-acromiales apparues après la chute étaient toujours présents quatre mois après l'accident et que le traitement de physiothérapie n'avait apporté aucune amélioration.

La recourante a complété ses écritures par un courrier du 29 avril 2014, indiquant que selon le Dr T._____, une infiltration pouvait très bien aider dans une pathologie traumatique et que le fait qu'une infiltration avait été pratiquée ne constituait pas une preuve que l'affection était de nature malade. Elle précise que selon le rapport d'IRM du spécialiste en radiologie, il n'y a pratiquement pas d'élément démontrant un état dégénératif antérieur et que la variante acromiale n'entre pas en considération dans la détermination de la nature accidentelle ou non.

Par courrier du 13 mai 2014, l'intimée s'est déterminée sur les écritures de l'assurée des 28 et 29 avril 2014 et a maintenu l'entier de ses conclusions. Sur le plan médical, elle se réfère aux éléments contenus dans ses précédentes écritures, précisant que l'IRM réalisée le 29 mai 2012 a permis d'écartier toute lésion traumatique fraîche. Pour le surplus, elle réitère en substance ses arguments.

En date du 2 juin 2014, la juge instructrice a informé les parties de son intention d'interpeller par écrit le Dr T._____, lui demandant de décrire les éléments anamnestiques, cliniques, issus de la littérature scientifique ou autres, permettant de considérer que l'atteinte au tendon sus-épineux de l'épaule droite présentée par F._____ aurait pour cause la chute du 15 février 2012. Un délai a été fixé aux parties pour déposer un questionnaire supplémentaire. Par courrier du 20 juin 2014, l'intimée s'est ralliée à la question telle que formulée par la juge

instructrice. Le 13 août 2014, la recourante a fait part de son souhait de poser les questions suivantes au Dr T. _____ :

- « 1. Lors de l'opération du 11 juillet 2012, avez-vous constaté des troubles dégénératifs sur l'épaule droite de Mme F. _____ ?
2. Quelle est votre appréciation - en particulier à la lumière des résultats de l'IRM du 29 mai 2012 et de votre propre constatation au moment de l'opération du 11 juillet 2012 - de l'affirmation du Dr. K. _____ relative à l'existence de troubles dégénératifs sur l'épaule droite de Mme F. _____ (dernier § de la page 11 du rapport du Dr. K. _____ du 12 décembre 2012)?
3. Que pouvez-vous répondre aux questionnements du Dr. K. _____, exprimés au 3^{ème} § de son rapport, relatifs à vos constats au moment de l'opération?
4. Est-il scientifiquement prouvé qu'une infiltration ne peut pas agir en cas de déchirure traumatique (voir rapport du Dr. K. _____ p. 12, fin du 1^{er} §)?
5. Souhaitez-vous ajouter d'autres remarques au sujet du rapport du Dr. K. _____ du 12 décembre 2012 ? »

Interrogé par la juge instructrice, le Dr T. _____ a répondu, en date du 11 septembre 2014, ce qui suit :

« Votre question: "quels sont les éléments anamnestiques, cliniques, issus de la littérature scientifique ou autres permettant de considérer que l'atteinte au tendon sus-épineux présentée par votre patiente, Mme F. _____, aurait pour cause la chute du 15 février 2012 (cause traumatique)?"

Ma réponse:

- éléments anamnestiques: absence de douleurs avant l'accident, accident correspondant à la définition assécurologique (chute sur l'épaule droite).
- éléments cliniques: clinique correspondante à une déchirure du sus-épineux, IRM du 12 mai 2012 montrant une déchirure nette, et aucun signe dégénératif, en particulier au niveau d'une petite anomalie acromiale ne montrant aucun "signe de stress biomécanique".
- éléments tirés de la littérature médicale: il n'y a pas de troubles dégénératifs constatés dans cette épaule, ni en IRM, ni durant l'intervention du 11 juillet 2012, donc l'origine accidentelle est claire.

Questions de Me Claudia Frick et de Mme F. _____ :

1. Non.
2. Je ne vois pas sur quels éléments le Dr K. _____ base ses conclusions. Il n'y a pas de troubles dégénératifs dans cette épaule.

3. Il y a eu dans mon rapport opératoire une erreur : “sous-épineux” en lieu et place de “sus-épineux”, ainsi qu’une omission: je n’ai pas parlé de la variante acromiale, en fait un télo-acromion, séparation d’un petit fragment de l’extrémité de l’acromion, lequel d’ailleurs a été réséqué au cours de l’acromioplastie. Je prie la Cour de bien vouloir m’excuser de ces imperfections dans mon rapport.

4. L’origine traumatique ou non d’un syndrome sous-acromial ne laisse présumer en rien du résultat d’une infiltration sous-acromiale. Il n’y a pas de littérature là-dessus, par contre mon expérience de une à quatre infiltrations sous-acromiales réalisées par semaine depuis mes 15 ans d’installation, en plus de celles réalisées avant, me permet d’affirmer à la Cour qu’une infiltration sous-acromiale peut très bien, du moins temporairement, soulager un problème post-traumatique. On ne peut en tout cas pas se baser sur le fait qu’une infiltration a eu ou non un effet pour affirmer l’origine traumatique ou non d’une pathologie sous-acromiale.

5. Non »

Suite à l’interpellation de la juge instructrice, la recourante a informé la Cour des assurances sociales, en date du 30 septembre 2014, qu’elle n’avait rien à ajouter. Par courrier du 3 octobre 2014, l’intimée a quant à elle estimé que le Dr T. _____ n’apportait ni ne produisait aucun élément nouveau. Elle a précisé que selon elle, ce médecin faisait appel à un raisonnement « post hoc ergo propter hoc », auquel le Tribunal fédéral n’accorde aucune valeur.

D. Le 13 janvier 2015, la juge instructrice a annoncé aux parties sa décision de mettre en œuvre une expertise orthopédique et son intention de confier celle-ci au Dr Z. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l’appareil locomoteur et en chirurgie de la main. L’anamnèse et l’examen clinique ont été réalisés le 12 juin 2015 à la S. _____ à [...].

Se fondant sur les pièces au dossier ainsi que sur les documents obtenus auprès des parties, soit le rapport médical de la L. _____ concernant la consultation du 15 février 2012, le rapport du CT-scanner de l’épaule droite du 5 avril 2012 du Dr Q. _____ et les images de l’arthro-IRM de l’épaule droite du 21 mars 2013, l’expert précité a considéré, dans son rapport du 22 juillet 2015, que la recourante ne présentait pas d’état maladif antérieur et que les séquelles de l’accident

du 15 février 2012 étaient en relation de causalité vraisemblablement prépondérante avec cet accident.

Examinant l'imagerie médicale à sa disposition, le Dr Z. _____ a relevé ce qui suit :

« **CT-scanner du 5 avril 2012:** présence d'un petit fragment osseux sur le versant acromial de l'articulation acromio-claviculaire, à bords arrondis, pouvant correspondre à une variante d'un os acromial. Présence également d'un petit kyste intra-osseux dans le tubercule majeur sur l'humérus.

Arthro-IRM du 29 mai 2012: rupture transfixiante de la partie antérieure du tendon du supra-épineux, rétracté d'environ ½ centimètre, sans amyotrophie. Il n'y a pas d'anomalie de signal en regard de l'os acromial ni en regard de l'articulation acromio-claviculaire. Le reste du tendon du supra-épineux est intact, de même que sa jonction musculo-tendineuse.

Arthrographie et arthro-IRM du 21 mars 2013: à l'arthrographie, présence d'une fuite de produit de contraste depuis l'espace articulaire dans l'espace sous-acromial. A l'IRM le tendon réparé du supra-épineux est à nouveau en continuité jusqu'à son insertion, avec toutefois des fissures pouvant correspondre au passage des fils de suture. Il n'y a pas d'atrophie musculaire. Le signal de l'articulation acromio-claviculaire reste normal. »

L'expert a ensuite répondu aux questionnaires qui lui avaient été soumis par les parties. Se prononçant tout d'abord sur les questions de la recourante, il a indiqué ce qui suit :

« 1. *Quelle est votre appréciation - en particulier à la lumière des résultats de l'IRM du 29 mai 2012 et du rapport post-opératoire de l'opération du 11 juillet 2012 effectuée par le Dr T. _____ relative à l'existence ou non de troubles dégénératifs sur l'épaule droite de Madame F. _____ en juillet 2012 ?*

Etant donné que le tendon du supra-épineux présentait une rupture transfixiante d'une certaine taille, l'absence d'atrophie musculaire est un indice pour un délai assez court entre l'apparition de la lésion et l'examen. L'aspect de la lésion tendineuse (lésion franche, sans tendinopathie périlésionnelle) correspond plutôt à une lésion traumatique qu'à une lésion dégénérative.

Le fait que ni l'articulation acromio-claviculaire, ni l'os acromial ne présentent d'anomalie de signal à l'IRM, est un élément en faveur d'un caractère asymptomatique de cette variante anatomique. L'aspect à l'IRM n'est pas celui d'une situation qui aurait créé une altération progressive du tendon sous-jacent.

Le radiologue Dr Q. _____ mentionne que l'os acromial serait « *potentiellement à l'origine d'un impingement syndrome* » sur le CT scan, mais le même radiologue révisé son jugement à la lumière de l'IRM subséquent : « *méso-acromion centimétrique comme anomalie constitutionnelle* », sans signes de conflit locorégional.

Il n'y a donc pas de signes d'une atteinte dégénérative de l'épaule droite en juillet 2012. Le rapport opératoire du Dr T. _____ par contre ne permet pas de se déterminer quant à l'existence d'une lésion dégénérative.

2. *Quelle est votre appréciation de l'affirmation du Dr K. _____ selon laquelle une « variante anatomique de l'acromion sous forme d'un méso-acromion » existerait, et que cette malformation aurait pour conséquence directe la lésion au sus-épineux opérée le 11 juillet 2012 (rapport du Dr K. _____ du 12 décembre 2012 pages 11-12) ?*

Il est exact qu'il existe une variante anatomique de l'acromion. Il s'agit ici d'une forme particulière d'os acromial, de très petite taille, situé à proximité de l'articulation acromio-claviculaire. La dénomination de « méso-acromion » est sujette à débat, je parlerais plutôt de variante particulière d'os acromial. Ceci n'est finalement qu'une question de sémantique.

Par contre il n'y a aucun élément qui soutiendrait la thèse selon laquelle cet os acromial aurait créé une lésion du tendon sus-épineux. La lésion de ce tendon est située à son insertion sur l'humérus, soit à distance de cet os acromial, même en position d'élévation du bras. De plus, la partie de tendon située au contact de cet os acromial présente un signal normal sur l'IRM. Le radiologue lui-même décrit l'absence de conflit locorégional. Je ne rejoins donc pas le Dr K. _____ sur ce point.

3. *Est-il scientifiquement prouvé qu'une infiltration ne peut pas agir en cas de déchirure traumatique (rapport du Dr K. _____ p. 12, fin du 1^{er} §) ?*

Non. La littérature médicale qui m'est connue ne contient aucun élément allant dans ce sens. Une infiltration (qui contient habituellement de la cortisone) possède un effet anti-inflammatoire. Une déchirure traumatique tout comme une déchirure dégénérative symptomatique est accompagnée d'inflammation, susceptible de diminuer avec la cortisone.

4. *Quels sont les éléments anamnestiques, cliniques, issus de la littérature scientifique ou autres, permettant de considérer que l'atteinte au tendon sus-épineux présentée par Madame F. _____ pourrait être la conséquence de sa chute le 15 février 2012?*

Pour l'anamnèse, la douleur et l'altération de fonction suivant un traumatisme adéquat sont en faveur d'une origine accidentelle.

La clinique par contre ne permet pas de trancher. Les ruptures du tendon sus-épineux ne s'accompagnent habituellement pas d'hématome ou de tuméfaction visible à la peau, étant donné que la lésion est située en profondeur.

Le mécanisme lésionnel (chute de sa hauteur) est un traumatisme adéquat pour entraîner une lésion du tendon sus-épineux. »

S'agissant des questions de l'intimée, l'expert y a répondu ainsi :

«1. *Anamnèse ?*

Voir plus haut.

2. *Données subjectives de l'expertisée ?*

Voir plus haut.

3. *Constatations objectives ?*

Voir plus haut.

4. *Diagnostics (précis) ?*

Enraidissement résiduel, douloureux, avec conflit sous-acromial à l'épaule droite, sur status après réparation du tendon du supra-épineux.

Os acromial asymptomatique

5. *L'expertisée présentait-elle un état maladif antérieur? Dans l'affirmative, lequel ?*

Non

6. *L'expertisée présentait-elle d'autres états étrangers à l'évènement accidentel du 15 février 2012 ou suites d'accidents antérieurs?*

Oui, elle présentait un os acromial à l'épaule droite

7. *L'action vulnérante (glissade avec chute en arrière de sa propre hauteur sur le coude et le bras droits) survenue le 15 février 2012 était-elle appropriée pour léser le tendon de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite de l'expertisée ?*

Oui, il s'agit là d'un mécanisme lésionnel connu pour pouvoir provoquer une rupture de la coiffe des rotateurs

8. *Les séquelles de l'accident du 15 février 2012 peuvent-elles être prouvées au degré de la vraisemblance prépondérante?*

Oui, elles sont en relation de causalité vraisemblablement prépondérante avec cet accident

9. *La variante anatomique de l'acromion peut-elle permettre de trancher la question de la causalité naturelle ?*

Cette variante de l'acromion n'a eu aucune influence sur une lésion préexistante de tendon ou sur sa rupture lors de l'accident.

10. *Les constatations sont-elles certainement, avec vraisemblance prépondérante ou seulement de façon possible en relation de causalité naturelle avec le sinistre?*

Elles le sont de manière vraisemblablement prépondérante

11. *Des maladies, des états préexistants maladifs ou d'autres états étrangers à l'accident ou suites d'accidents antérieurs jouent-ils aussi un rôle ? Dans l'affirmative de quoi s'agit-il ? Importance en pourcent?*

Non

12. *L'accident du 15 février 2012 a-t-il déclenché un processus qui serait de toute façon survenu sans cet évènement ? Si oui, à quelle date ?*

L'accident n'a pas déclenché de processus dégénératif. Cependant, il est fréquent de constater, même en l'absence d'accident, une dégénérescence progressive des tendons de la coiffe des rotateurs au cours du vieillissement. Ce processus est très lent, et rien n'indique qu'il ait été initié par cet accident.

13. *Pour autant que des maladies, des états préexistants maladifs ou d'autres états étrangers à l'accident ou suites d'accidents antérieurs entrent en considération dans le cas d'espèce, peut-on considérer que le statu quo ante/sine a été retrouvé, avec vraisemblance prépondérante? Est-il possible de déterminer le moment auquel il sera atteint?*

Sans objet

14. *Les suites de l'accident du 15 février 2012 nécessitent-elles encore un traitement médical?*

Oui, il s'agit pour l'instant d'un traitement antalgique. Cependant la situation n'est pas encore entièrement satisfaisante, et il est possible qu'un nouveau traitement orthopédique soit nécessaire à l'avenir.

15. *Pour chaque diagnostic posé, quelles sont ses conséquences sur la capacité de travail, en pourcent, dans l'activité professionnelle habituelle ?*

Les suites de la rupture de la coiffe des rotateurs justifient une incapacité de travail d'environ 50% en tant qu'aide-soignante. Le pourcentage précis est largement dépendant de la pénibilité (port de charges principalement) du travail effectif.

L'os acromial n'entraîne aucune incapacité de travail.

16. *Précisez l'exigibilité, en pourcent, d'une activité lucrative adaptée et indiquez le domaine d'activité adapté.*

Une activité adaptée serait un travail ne nécessitant pas l'utilisation du bras droit au-dessus de l'horizontale, ni le port de charges de plus de 5 kg. Dans une telle activité, la capacité de travail serait complète.

17. Commentez de manière approfondie les conclusions des Drs T. _____ et K. _____. Si l'expert s'écarte de l'appréciation de l'un de ces médecins, exposez pour quels motifs.

a. Dr T. _____

Par courrier du 31 janvier 2013, le Dr T. _____ écrit « .. *cette lésion était tout à fait clairement traumatique à l'inspection directe, à la fois à sa face endo- articulaire et à sa face extra-articulaire* ». Dans son courriel du 21 août 2013, le Dr T. _____ mentionne que « *la déchirure avait un aspect accidentel à l'examen direct, et ce, même 5 mois après le traumatisme* ». Pour le mécanisme lésionnel, il estime que « *n'importe quelle chute peut causer à peu près n'importe quoi* ».

De l'expérience de l'expert, l'aspect du tendon au cours de l'opération permet quelquefois d'estimer une origine à prédominance traumatique ou dégénérative. Ainsi, si nous sommes en présence d'une structure tendineuse lésée sur une grande distance, avec une altération de la qualité de la partie du tendon encore en continuité, une origine dégénérative est probable. Au contraire, si nous observons un tendon par ailleurs d'aspect sain, mais rompu à bords francs, accompagné d'hématome, l'origine sera vraisemblablement traumatique. A 4 ou 5 mois de l'accident, il n'y a plus d'hématome, et d'éventuels bords de rupture ont eu le temps de s'arrondir.

La description de la lésion par le Dr T. _____ ne contient pas d'arguments pour retenir une origine dégénérative. Cependant elle ne permet pas non plus d'affirmer avec certitude son origine traumatique, en raison du délai entre le traumatisme et l'intervention.

b. Dr K. _____

Dans son expertise du 12 décembre 2012, ce médecin retient:

- 1 « *on peut dire médicalement que l'IRM ainsi que l'arthroscopie de l'épaule montrent des troubles dégénératifs, non seulement au niveau du sus-épineux, mais également du sous-scapulaire et du long chef du biceps, même si les cartilages articulaires sont encore corrects* ».

- 2 « *... il existe une variante anatomique de l'acromion sous forme d'un méso-acromion. Cette malformation congénitale est connue pour induire un rétrécissement de l'espace sous-acromial, susceptible de léser le tendon du sus-épineux en le délaminant* »

- 3 « *en conséquence il est vraisemblable que la perte de continuité du sus-épineux est purement liée à cette malformation, d'autant plus que l'action vulnérante n'était pas appropriée pour léser le sus-épineux* ».

- 4 « *L'évolution parle aussi plus pour un problème dégénératif, puisque l'infiltration l'a aidée pendant un certain temps, ce qui n'aurait pas pu être le cas dans le cadre d'une déchirure traumatique* »

- 5 « *.. sa coiffe des rotateurs commençait à avoir des atteintes dégénératives puisque plusieurs tendons sont remaniés.* »

Ad 1 : ce n'est pas exact. Ni le protocole opératoire, ni l'IRM ne font état de troubles dégénératifs.

Ad 2 : Il est vrai que certaines configurations d'os acromial peuvent favoriser un conflit sous-acromial et une altération du tendon sous-jacent. Cependant, dans ce cas particulier, l'os acromial est situé à proximité immédiate de l'articulation acromio-claviculaire, sans protrusion dans l'espace sous-acromial. De plus l'IRM ne montre pas de signe de conflit locorégional. La lésion du tendon du sus-épineux est située à distance de cet os acromial, et la partie du tendon située au contact de celui-ci est normale. Finalement, la lésion se présente ici sous forme d'une rupture localisée et non pas sous forme d'un délaminage.

Ad 3 : Il n'est pas exact que l'action vulnérante n'est pas appropriée. La chute d'une personne de sa hauteur est décrite comme étant un mécanisme lésionnel adéquat parmi d'autres dans la littérature médicale.

Ad 4 : Une infiltration, contenant le plus souvent de la cortisone, comporte un effet anti-inflammatoire agissant à la fois lors de traumatismes comme lors de processus dégénératifs. Je n'ai pas connaissance d'études publiées selon lesquelles l'infiltration ne serait pas efficace pour des états post-traumatiques.

Ad 5 : Sur la première IRM, il y avait effectivement une altération non seulement du sus-épineux, mais également du sous-scapulaire et du long chef du biceps. Ces deux derniers tendons n'étaient pas rompus, mais étaient le siège d'un épaissement inhomogène. Sur la deuxième IRM, ces deux tendons sont décrits comme normaux. Il est ainsi probable qu'ils aient été le siège d'une contusion lors de l'accident, avec normalisation ultérieure durant le processus de guérison. Si l'atteinte de ces deux tendons avait été dégénérative, nous aurions observé la persistance ou même l'aggravation de ces lésions.

Un traumatisme peut entraîner une lésion d'un ou plusieurs tendons. Le fait que plusieurs tendons soient touchés n'est pas un argument en faveur d'une origine dégénérative.

18. *Formulez un pronostic global*

Il est peu probable que l'épaule droite devienne asymptomatique. Il persistera probablement à moyen terme un état douloureux résiduel, accompagné d'une diminution d'amplitude articulaire et d'un léger manque de force/endurance. A long terme, l'état est susceptible de se détériorer plus rapidement que pour une épaule qui n'aurait pas fait l'objet d'un accident.

19. *Formulez toute remarque utile et proposition*

[question laissée sans réponse] »

Enfin, l'expert a répondu comme suit aux deux questions complémentaires posées par la Cour des assurances sociales :

« 1. *Madame F. _____ présentait-elle à la date du 15 février 2012 une pathologie dégénérative ou maladie significative de l'épaule droite susceptible d'avoir entraîné une déchirure spontanée du tendon du sus-épineux?*

Non

2. *Dans l'hypothèse où une pathologie dégénérative ou maladie préexistante de l'épaule droite s'est manifestée à l'occasion de l'accident ou a été aggravée par ce dernier, à partir de quel moment les éventuels troubles résiduels présentés par Madame F. _____ ont-ils un caractère exclusivement dégénératif ou maladif?*

Sans objet »

Interpellées par la juge instructrice, les parties se sont ensuite déterminées sur le rapport du Dr Z. _____. Par courrier du 27 août 2015, la recourante a estimé que l'expertise confortait ses arguments et a confirmé les conclusions prises à l'appui de son recours. Dans ses déterminations du 28 août 2015, l'intimée a maintenu intégralement ses conclusions. Elle considère que le Dr Z. _____ s'est contenté de répondre aux questions posées sans jamais étayer ses affirmations par des constatations scientifiques, ni même de commenter les différents éléments médicaux versés au dossier, en particulier les rapports d'imagerie, ni de discuter les explications contenues dans l'expertise du Dr K. _____. Elle relève également que dans la mesure où l'expert admet que la clinique ne permet pas de trancher la question de savoir si les plaintes de Mme F. _____ avaient une origine accidentelle, on ignore comment il peut conclure que les séquelles de l'accident sont en relation de causalité vraisemblablement prépondérante avec ce sinistre. Elle reproche aussi au Dr Z. _____ d'écarter l'hypothèse d'une pathologie dégénérative alors qu'il a reconnu que la description de la lésion par le Dr T. _____ ne permet pas d'affirmer avec certitude son origine traumatique en raison du délai entre le traumatisme et l'intervention. Elle

indique enfin que la différence d'appréciation entre les praticiens semble se limiter à la prise en compte du mécanisme lésionnel, ce qui est cependant insuffisant pour en conclure au degré de la vraisemblance prépondérante que les constatations médicales sont en lien avec le sinistre de février 2012.

E n d r o i t :

1. **a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA), auprès du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA).

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD ; RSV 173.36), qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

b) En l'espèce, le recours a été formé en temps utile auprès du tribunal compétent ; il satisfait en outre aux autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. Le présent litige porte sur le droit de la recourante à bénéficier des prestations d'O._____, notamment la prise en charge du traitement médical, pour les éventuelles suites de l'événement du 15 février 2012, et ce dès le 27 juin 2012, date à partir de laquelle l'intimée a mis fin à ses

prestations. Dans ce contexte, il conviendra en particulier de déterminer l'origine de la déchirure du tendon du sus-épineux, la recourante estimant que celle-ci est accidentelle alors que l'intimée prétend qu'elle est dégénérative.

3. a) En vertu de l'art. 4 LPGA, est réputé accident 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. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. L'assuré a droit, notamment, au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA) et à une indemnité journalière s'il est totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident (art. 16 al. 1 LAA).

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé. En effet, il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; 119 V 335 consid. 1 ; TF 8C_414/2011 du 2 avril 2012 consid. 3.1 ; 8C_87/2007 du 1^{er} février 2008 consid. 2.2 ; U 64/07 du 23 janvier 2008 consid. 2).

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « post hoc ergo propter hoc » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_42/2009 du 1^{er} octobre 2009 consid. 2.2). On ne saurait toutefois dénier toute valeur à ce

raisonnement lorsqu'il est mis en relation avec d'autres critères médicalement déterminants. Par ailleurs, l'inapplication de l'adage « post hoc ergo propter hoc » ne libère pas l'administration de son devoir, selon l'art. 43 al. 1 LPGA, de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin.

Finalement, si un expert est d'avis que d'après la description que l'assuré lui a faite de l'accident, celui-ci est de nature à causer le traumatisme constaté, l'administration ou le juge ne peut pas, sans motif pertinent, purement et simplement substituer sa propre appréciation à celle de l'expert (TFA U 349/05 du 21 août 2006 consid. 6).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Le juge fonde sa décision sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent au moins comme les plus probables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît certes possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de vraisemblable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; 126 V 353 consid. 5b ; 117 V 359 consid. 4a ; 117 V 369 consid. 3a).

c) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents implique également l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. La causalité doit être considérée comme adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait en cause était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et 125 V 456 consid. 5a et réf.cit. ; TF 8C_710/2008 du 28 avril 2009 consid. 2).

Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, en cas d'atteinte à la santé physique, comme c'est le cas en l'espèce, la causalité adéquate se recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle (ATF 118 V 286 consid. 3a ; 117 V 359 consid. 5d/bb ; TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1 in fine et réf.cit.).

d) 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.

Cependant, lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse, si l'accident ne constitue pas ou 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*). 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 (TF 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 ; 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2 ; RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b ; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b).

Cela signifie que si le rapport de causalité avec l'accident est établi avec la vraisemblance requise, l'assureur n'est délié de son obligation d'octroyer des prestations que si l'accident ne constitue plus une cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé. De même que pour l'établissement du lien de causalité fondant le droit à des prestations, la disparition du caractère causal de l'accident eu égard à l'atteinte à la

santé de l'assuré doit être établie au degré habituel de la vraisemblance prépondérante. La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit donc pas pour délier l'assureur de son obligation de prester. Dès lors qu'il s'agit dans ce contexte de la suppression du droit à des prestations, le fardeau de la preuve n'appartient pas à l'assuré mais à l'assureur (TF U 136/06 du 2 mai 2007 consid. 3.1 ; TFA U 179/03 du 7 juillet 2004 consid. 3 ; U 43/03 du 29 avril 2004 consid. 3 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2).

4. De manière générale, l'assureur social - et le juge des assurances sociales en cas de recours - doit examiner de façon objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a et réf. cit.; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

S'agissant des 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 celui-ci. Il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert

qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et réf. cit. ; Pratique VSI 2001 p. 109, consid. 3b/cc).

En ce qui concerne les rapports des médecins des assureurs, ceux-ci peuvent également se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permette de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et réf. cit. ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2 et TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009, consid. 3.3.2).

5. a) En l'espèce, on relèvera préliminairement qu'à la différence du Dr Z._____, le Dr K._____ ne disposait pas de l'ensemble des pièces médicales, plus particulièrement du rapport de la L._____ relatif à la consultation du 15 février 2012 et du rapport du CT-scanner du 5 avril 2012, dont il semble qu'il n'en possédait que les images.

b) Dans son rapport du 5 avril 2012, le Dr Q._____ mentionne l'hypothèse d'un « impingement syndrome », soit le fait que les tendons de la coiffe des rotateurs frottent de manière anormale contre le dessous de l'acromion ayant pour conséquence que dits tendons s'endommagent, voire se déchirent (<http://www.orthopedie-perman.be/fr/node/124>). Dans son rapport du 16 avril 2012, le Dr C._____, se fondant sur le CT-scanner, mentionne la présence d'un petit os acromial avec aspérités sous-acromiales évocatrices d'un conflit régional chronique. Sur la base de ces seuls rapports, l'opinion exprimée par le Dr K._____, soit celle d'un méso-acromion ayant induit un rétrécissement de l'espace sous-acromial susceptible de léser le tendon du sus-épineux, aurait pu être retenue au degré de la vraisemblance prépondérante.

Cependant, à la faveur de l'IRM consécutive proposée par le Dr Q._____ dans son rapport du 5 avril 2012 afin d'obtenir un meilleur bilan de l'os acromial, il est apparu que l'os méso-acromial était dans les

limites d'une variante, sans signe de conflit loco-régional (cf. rapport du Dr Q. _____ du 29 mai 2012). Le Dr Z. _____ explique par ailleurs objectivement les raisons pour lesquelles l'os acromial ne saurait être à l'origine de la lésion du tendon sus-épineux. Plus particulièrement, il relève, outre l'absence de signe de conflit loco-régional, que la lésion se situe à l'insertion du tendon sur l'humérus, soit à distance de cet os acromial, même en position d'élévation du bras et que la partie du tendon située au contact de l'os acromial présente un signal normal sur l'IRM. Enfin, il indique que la lésion du tendon du sus-épineux se présente sous la forme d'une rupture localisée et non sous la forme d'un délaminage. Ces explications ne souffrent pas de contradictions et emportent la conviction.

Le Dr K. _____ relève également, sur la base de l'IRM du 29 mai 2012 et de l'arthroscopie du 11 juillet 2012, l'existence de troubles dégénératifs non seulement au niveau du sus-épineux mais également du sous-scapulaire et du long chef du biceps. Le Dr Q. _____ ne rapporte cependant pas nommément de troubles dégénératifs. Il mentionne en revanche un épaissement inhomogène (importante distorsion) des tendons du sous-scapulaire et du long chef du biceps ainsi que des petites altérations réactionnelles à la sollicitation des tendons de la coiffe dans la région sous-trochitérienne (cf. rapport du Dr Q. _____ du 29 mai 2012). Le Dr Z. _____ relève également ces altérations des tendons du sous-scapulaire et du long chef du biceps pour observer en revanche qu'elles n'apparaissent plus dans la seconde IRM du 21 mars 2013, laquelle décrit un aspect normal des long chef du biceps et du sous-scapulaire. Selon lui, l'explication à cette différence réside dans une probable contusion de ces deux tendons lors de l'accident, suivie d'une normalisation durant le processus de guérison. A contrario, en présence d'une atteinte dégénérative de ces deux tendons, la seconde IRM aurait révélé une persistance voire une aggravation de ces lésions. Le Dr K. _____ quant à lui ne disposait pas de cette seconde IRM, postérieure à son expertise, laquelle ne fait mention au demeurant que d'une déchirure du tendon du sus-épineux formulée en ces termes : « déchirure distale du tendon du

sus-épineux vraisemblablement après plastie précédente de cette structure ».

S'agissant des circonstances de l'accident, la recourante garde le souvenir d'une chute en arrière, avec réception sur le coude et le bras droits. Sur la base de cette description, on ne peut ni confirmer, ni infirmer l'existence d'un mouvement brusque de retenue en abduction ou en antépulsion. En conséquence, on ne saurait suivre le Dr K. _____ lorsqu'il indique que l'action vulnérante n'était pas appropriée pour léser le sus-épineux. Il convient en outre de rappeler que le rapport de la L. _____ ne décrit pas l'examen des membres supérieurs. En l'absence de la relation d'un tel examen, il paraît précipité de retenir que l'assurée n'a pas non plus présenté d'impotence fonctionnelle immédiate significative, surtout en l'absence de questionnement spécifique sur ce point dans le cadre de l'anamnèse. Enfin, le Dr Z. _____ sera suivi lorsqu'il souligne ne pas avoir connaissance d'études publiées selon lesquelles l'infiltration ne serait pas efficace pour des états post-traumatiques, le Dr K. _____ n'étayant au demeurant nullement son affirmation.

c) Pour le surplus, l'expertise du Dr Z. _____ satisfait aux critères posés par la jurisprudence en la matière (cf. consid. 4 ci-dessus). On relèvera en particulier que ce médecin a examiné les points litigieux de manière circonstanciée, que son rapport se fonde sur des examens complets prenant également en considération les plaintes de l'assurée et qu'il a été établi en pleine connaissance du dossier. À cet égard et contrairement à ce que prétend l'intimée, il s'avère que l'expert judiciaire s'est bel et bien prononcé sur l'interprétation des rapports d'imagerie médicale (cf. rapport d'expertise p. 7). De surcroît, la description du contexte médical et de la situation médicale sont claires et les conclusions de l'expert sont bien motivées. S'agissant de l'avis du Dr K. _____, on constate que le Dr Z. _____ a pris position exhaustivement sur les conclusions de son confrère. Il est donc erroné de soutenir que l'expert n'aurait pas discuté les explications du Dr K. _____. De surcroît, on ne saurait suivre l'intimée lorsqu'elle reproche à l'expert d'avoir conclu que les séquelles de l'accident étaient en relation de causalité

vraisemblablement prépondérante avec le sinistre alors qu'il admettait que la clinique ne permettait pas de trancher la question de savoir si les plaintes de l'assurée avaient une origine accidentelle. En effet, l'aspect clinique est l'un des éléments à prendre en considération pour déterminer l'origine d'une lésion mais il ne s'agit pas du seul critère. En l'espèce, comme l'explique le Dr Z._____, l'anamnèse, soit la douleur et l'altération de fonction suivant le traumatisme ainsi que le mécanisme lésionnel (chute de la hauteur de l'assurée) parlent en faveur d'une origine accidentelle. Au demeurant, ainsi que le rappelle l'expert, la rupture du sus-épineux est une lésion profonde qui ne s'accompagne habituellement pas d'hématome ou de tuméfaction visible à la peau, ce qui permet de relativiser quelque peu la portée du critère de l'examen clinique.

d) Dans ces conditions, il y a lieu de retenir, au degré de vraisemblance prépondérante, que la lésion du tendon du sus-épineux présentée par la recourante a bel et bien été causée (s'agissant tant de la causalité naturelle que de la causalité adéquate) par l'accident du 15 février 2012, soit que ce dernier événement se présente comme la condition sine qua non de l'apparition de cette atteinte. L'intimée doit en conséquence continuer à prendre en charge les suites de l'événement du 15 février 2012, notamment l'intervention du 11 juillet 2012. Dans l'hypothèse d'une confirmation ultérieure du pronostic posé par le Dr Z._____ à la réponse 18 du questionnaire de l'intimée, il appartiendra par ailleurs à celle-ci d'apprécier si les conditions d'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) sont réalisées.

6. Des considérants qui précèdent, il résulte que le recours, bien fondé, doit être admis, ce qui entraîne la réforme de la décision attaquée en ce sens que l'intimée est tenue de continuer à prendre en charge les suites de l'événement accidentel survenu le 15 février 2012, et ce au-delà du 27 juin 2012.

7. a) En vertu de l'art. 61 let. a) LPGA, la procédure est gratuite et il n'est pas perçu de frais de justice.

b) Obtenant gain de cause, la recourante a par ailleurs droit à des dépens, arrêtés en l'espèce à 2'000 fr., à charge de l'intimée, compte tenu de la complexité de la cause, des nombreux échanges d'écritures et des mesures d'instruction mises en œuvre, notamment la participation à une expertise judiciaire (cf. art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

I. Le recours est admis.

II. La décision sur opposition du 20 août 2013 est réformée en ce sens qu'O. _____ est tenue de prendre en charge au-delà du 27 juin 2012 les suites de l'événement accidentel survenu le 15 février 2012.

III. Il n'est pas perçu de frais.

IV. Les dépens, arrêtés à 2'000 fr. (deux mille francs), sont mis à la charge d'O. _____.

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Centre social protestant - Vaud, à Lausanne (pour F. _____),
- Mes Didier Elsig et Patrick Moser, à Lausanne (pour O. _____),

- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :