

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 5 mars 2018

Composition : M. PIGUET, président
Mme Berberat et M. Métral, juges
Greffier : M. Schild

Cause pendante entre :

Q._____, à [...], recourante, représentée par Me Guyaz, à Lausanne,

et

B._____, à [...], intimée, représentée par Me Grosjean, à Genève.

Art. 6 et 36 al. 1 LAA, art. 9 al. 2 OLAA

E n f a i t :

A. **a)** Q._____, née en 1984 travaille depuis 2012 en qualité de technicienne en radiologie pour le compte des [...]. A ce titre, elle est assurée contre le risque d'accidents auprès de la B._____. (ci-après : B._____).

b) Le 22 septembre 2013, Q._____ a été victime d'un accident de la circulation routière au cours duquel elle a subi une fracture du poignet gauche peu déplacée au niveau du radius avec arrachement de la styloïde cubitale. Dans les suites immédiates, elle a également présenté des douleurs au niveau de l'épaule gauche et de la colonne cervicale.

c) Compte tenu de la persistance des douleurs au niveau de son épaule gauche, Q._____ s'est soumise le 23 décembre 2014 à un arthro-IRM qui a mis en évidence l'existence d'une tendinopathie modérée du tendon supra-épineux sans déchirure de ce dernier, une tendinopathie chronique du tendon subscapulaire sans signe de rupture ainsi qu'une arthrose acromio-claviculaire modérée associée à une minime composante de bursite sous-acromio-delloïdienne (rapport de la Dresse Z._____, spécialiste en radiologie et en neuroradiologie diagnostique, du 23 décembre 2014).

L'assurée a été adressée au Dr S._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lequel a jugé nécessaire de compléter les investigations par le biais d'une arthro-IRM avec position ABER (abduction et rotation externe).

Cette arthro-IRM s'est déroulée le 2 avril 2015 et a mis en évidence l'existence d'une déchirure partielle du tendon supra-épineux sur sa face articulaire ainsi qu'une minime bursite sous-acromio-delloïdienne (rapport du professeur T._____, spécialiste en radiologie, du 2 avril 2015).

Par courrier du 13 avril 2015, le Dr S._____ s'est adressé à la B._____ afin d'obtenir une garantie de prise en charge d'une réparation arthroscopique de la coiffe des rotateurs.

N'étant pas en mesure de prendre position sur la question du lien de causalité ainsi que sur les séquelles de l'événement accidentel, B._____ B._____ a décidé de confier au Dr D._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, la réalisation d'une expertise.

En l'absence de réponse de B._____, l'intervention chirurgicale a été reportée du 25 août au 1^{er} décembre 2015.

Dans son rapport du 30 septembre 2015, le Dr D._____ a retenu les diagnostics de status près de deux ans après fracture Frykman IV du poignet gauche avec probable lésion du TFCC ([ligament triangulaire] traitée conservativement), de status près de deux ans après possible/probable entorse cervicale bénigne, possible/probable contusion de l'épaule gauche et possible contusion lombaire, de tendinopathie de la coiffe des rotateurs des deux épaules, d'arthropathie acromio-claviculaire bilatérale (discrète à modérée), de cervicalgies communes et de status après fracture-tassement du plateau supérieur de L2 et L3, puis s'est exprimé comme suit sur la problématique de l'épaule gauche :

Dans le cas de Mme Q._____, *l'action vulnérante* (possible choc direct sur la portière, ou éventuellement une contusion sous-acromiale par un vecteur de force axial, la main étant sur le volant) qu'il a subi fut très peu susceptible de dégager une énergie suffisante pour léser un tendon de la coiffe des rotateurs.

Cette hypothèse semble plutôt confirmée par la clinique (absence d'une *impotence fonctionnelle marquée* du membre supérieur lésé), qui a prévalu dans les suites immédiates du traumatisme en question (mais aussi sur le moyen/long terme). C'est ainsi qu'un traitement symptomatique n'a pas été jugé nécessaire par l'équipe médicale en charge.

En réalité, la symptomatologie concernant l'épaule gauche semblait, du moins au début, diluée dans un contexte de cervico-bracchialgies, d'origine peu claire.

Le bilan radiologique de l'épaule gauche n'a pas montré de lésion osseuse aiguë. Plus tard, l'IRM a fait ressortir une tendinopathie du sus-épineux et du sous-scapulaire, ainsi qu'une arthropathie acromio-claviculaire débutante. Une deuxième IRM, incluant cette fois les séquences ABER, a retenu le diagnostic de déchirure du sus-épineux avec perte de substance conséquente.

La revue de l'ensemble du dossier radiologique confirme la présence d'une tendinopathie de la coiffe des rotateurs, prédominant (comme souvent) sur le sus-épineux. La perte de substance, si elle est appréciable, touche une part très minoritaire de l'épaisseur tendineuse, en zone critique, proche de son insertion sur le trochiter (lésion classique).

Au final, cette image reflète *probablement* un processus dégénératif, s'agissant d'une tendinopathie non rompue.

En outre, on distingue une tendinopathie moins évoluée sur le sous-scapulaire avec cependant, comme conséquence indirecte, une réaction sous-chondrale classique.

Tout doute résiduel quant à l'implication, ne serait-ce que partielle, de l'événement qui nous concerne dans le cursus de cette coiffe, est levé lorsqu'on considère l'état de l'épaule controlatérale, paucisymptomatique. Il est comparable à celui de l'épaule gauche. Le tendon sus-épineux montre les mêmes caractéristiques lésionnelles.

L'épaule droite montre également une arthropathie dégénérative acromio-claviculaire, débutante.

Ceci étant, il est intéressant de noter que le confrère radiologue décrit une déchirure du sus-épineux à gauche et une tendinopathie à droite ! La confusion paraît inévitable. Pourtant, le caractère lésionnel n'est pas différent. C'est ce dernier élément qui doit faire foi. Le nomenclature peut varier, puisque la déchirure d'un tendon peut être partielle ou totale, correspondant à une tendinopathie rompue ou non rompue (selon la classification française), cette dernière pouvant revêtir plusieurs aspects (intra-tendineuse, de surface, dégénérescence graisseuse, etc...).

En définitive, la pondération de l'ensemble des éléments radiologiques, anamnestiques et cliniques, recueillis, nous amène à la conclusion que la relation de causalité naturelle entre, l'événement survenu le 22 septembre 2013 et, les troubles constatés à l'épaule gauche, ceux atteignant tout particulièrement la coiffe des rotateurs, paraît hautement, voire très hautement, improbable.

L'événement en question, responsable d'une contusion de l'épaule gauche, a surtout permis de révéler un état pathologique sous-jacent, physiologique ou induit par un surmenage (voir anamnèse sportive).

Une contusion de l'épaule cesse généralement de déployer ses effets après un délai de quelques jours, ou de quelques semaines (3-6). Une extension de la relation de cause à effet, sur 3-6 semaines supplémentaires, peut être admise, de cas en cas, s'il existe un état

dégénératif sous-jacent (partant de l'hypothèse qu'un état dégénératif a des tissus plus fragiles, au potentiel récupérateur ralenti).

Au-delà de ce délai, le cursus de l'épaule gauche de Mme Q. _____ fut manifestement régi par ses troubles dégénératifs, troubles qui intéressent les deux épaules.

Ce d'autant plus que, le bilan clinique actuel révèle une amplitudes symétrique des épaules, une trophicité musculaire régionale symétrique également, une coiffe des rotateurs compétente bilatéralement, et un conflit sous-acromial discret, tant à droit qu'à gauche. Le lecteur appréciera que la "bilatéralité" est aussi respectée sur le plan clinique.

Un raisonnement similaire peut être tenu pour la pathologie dégénérative acromio-claviculaire, pour laquelle nous n'avons aucun élément probant caractérisant sa rapide dégradation suite à l'événement qui nous concerne. Il s'agit aussi d'une pathologie touchant les deux épaules.

Par courrier du 12 novembre 2015, le Dr S. _____ a pris position sur le rapport d'expertise du Dr D. _____ de la manière suivante :

J'ai lu attentivement l'expertise du Dr D. _____ concernant la patiente susmentionnée.

Quand le Dr D. _____ évoque le rapport de l'arthro-IRM du 23 décembre 2014, je ne m'étonne pas qu'il parle d'une tendinopathie chronique, vu que le traumatisme date du 22 septembre 2013, c'est-à-dire plus d'une année.

A noter que sur cette arthro-IRM, il y a des hétérogénéités du tendon du sus-épineux qui font suspecter une lésion partielle mais qui n'est pas évaluable, car pas d'incidence ABER. Pour ce, je vous conseillerais de faire réévaluer cette arthro-IRM par un spécialiste de l'ostéo-articulaire, notamment le Prof. T. _____ ou la Dresse R. _____ (spécialiste en radiologie), qui sont tout de même des références en ce qui concerne l'interprétation des arthro-IRM ostéo-articulaires et notamment au niveau du poignet et de l'épaule.

J'en ai pour preuve avec l'arthro-IRM effectuée le 2 avril 2015 qui montre effectivement une lésion de 50% de l'épaisseur du tendon du sus-épineux, visible sur l'incidence ABER.

Lorsque le Dr D. _____ réinterprète l'arthrographie-IRM de l'épaule G du 22 décembre 2014, je note tout de même qu'il décrit un tendon hétérogène avec perte de substance, ce qui veut bien dire qu'il y a une suspicion de lésion partielle. Il note entre parenthèses « versus dégénérescence graisseuse » mais les dégénérescences graisseuses se voient dans le muscle et non pas dans le tendon.

Lorsqu'il interprète l'arthro-IRM du 2 avril 2015, il conclut que la lésion partielle intéresse au plus 10 à 20% de sa structure, ce qui est faux, car elle intéresse effectivement 50% de l'épaisseur du tendon et pour preuve image 55, série 10 sur l'ABER et cf descriptif de

l'arthro-IRM du Prof. T. _____, qui, je le répète, est une référence dans la matière. Je soulignerais encore une fois que les IRM comparatives, qui, pour moi, n'ont aucune incidence si ce n'est pour mettre en évidence des tendinopathies, montrent tout de même une perte de substance, ce qui prouve encore une fois qu'il y a une lésion partielle de ce tendon du sus-épineux de l'épaule gauche.

En ce qui concerne la théorie sur les lésions tendineuses dégénératives que nous procure le Dr D. _____, qui est bien connue, je ferais remarquer quand même que la patiente a 30 ans, et non pas 40 ans, et qu'il existe effectivement des lésions dans 10 à 20% des cas à partir de 40 ans chez les patients asymptomatiques, mais je dis bien 10 à 20%, ce qui veut dire que 80 à 90% des patients ne présentent pas de lésion.

Il parle également d'un surmenage. Je vous ferais remarquer que la patiente pratiquait du sport 2x/semaine, ce qui n'est pas un surmenage sportif.

Quand il parle de traumatisme spécifique et qu'il réfute le fait que l'action vulnérante que la patiente a subi ne peut pas être susceptible de dégager une énergie suffisante pour léser un tendon de la coiffe des rotateurs, je vous rappelle que l'accident de la voie publique de Mme Q. _____ s'est passé à 70 km/h et je pense que personne ne peut décrire le mécanisme de traumatisme lors d'un choc fronto-latéral à cette vitesse.

Il y a encore un argument qui est faux de la part du médecin expert : lorsqu'il prétend qu'un traumatisme de la coiffe des rotateurs génère une impotence fonctionnelle, ceci est faux. Une impotence fonctionnelle peut survenir dans les déchirures de la coiffe effectivement mais dans des déchirures larges de la coiffe, c'est-à-dire qui intéressent dans la majeure partie la coiffe supérieure et postérieure, ce qui n'est pas le cas chez notre patiente.

En résumé, nous avons une patiente de 30 ans, qui a subi un choc violent sur accident de la voie publique à 70 km/h le 22 septembre 2013, avec depuis des douleurs au niveau de son épaule à gauche et une première arthro-IRM qui montre une suspicion de lésion de la coiffe des rotateurs, et une seconde arthro-IRM avec incidence ABER, qui met en évidence effectivement une lésion de 50% de l'épaisseur du tendon du sus-épineux.

Depuis cet accident, les douleurs n'ont pas diminué. Je pense que l'on peut tout de même parler très logiquement chez cette patiente qui, je le rappelle a 30 ans, d'une lésion de la coiffe des rotateurs post-traumatique.

A la demande de B. _____, le Dr D. _____ a établi le 4 mars 2016 un complément d'expertise, dans lequel il a confirmé les conclusions de son premier rapport du 30 septembre 2015.

Par décision du 21 avril 2016, confirmée sur opposition le 30 mai 2016, la Bâloise a constaté que l'assurée ne pouvait prétendre à la prise en charge des frais relatifs à son atteinte à l'épaule gauche au-delà du 22 mars 2014.

B. **a)** Par acte du 30 juin 2016 (timbre postal), Q. _____ a déféré la décision sur opposition rendue le 30 mai 2016 par B. _____ devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation et à la prise en charge par la Bâloise des frais liés au traitement de son épaule gauche. A son avis, aussi bien l'arthro-IRM avec position ABER que l'opération avaient permis de constater l'existence d'une déchirure plutôt que l'existence d'un simple trouble dégénératif. Si la déchirure n'avait pas été diagnostiquée plus rapidement, c'est parce que les investigations appropriées n'avaient pas été entreprises en temps utile malgré des douleurs à l'épaule apparues dès le lendemain de l'accident. Il convenait par conséquent d'admettre que la déchirure ne se serait aucunement produite sans l'accident du 22 septembre 2013, de sorte qu'un lien de causalité naturelle devait être admis.

b) Dans sa réponse du 29 août 2016, B. _____ a conclu au rejet du recours. A son avis, les considérations du Dr S. _____ apparaissaient guidées par un raisonnement « post hoc ergo propter hoc » impropre, selon la jurisprudence, à établir une relation de causalité naturelle. Les conclusions de l'expertise réalisée par le Dr D. _____, laquelle remplissait l'ensemble des réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître pleine valeur probante, retenait que la relation de causalité naturelle entre l'accident survenu le 22 septembre 2013 et les troubles constatés à l'épaule gauche était hautement, voire très hautement improbable. Ledit accident avait surtout permis de révéler une pathologie dégénérative sous-jacente. Il avait peut-être également engendré une entorse cervicale bénigne et une contusion lombaire bénigne. En tenant compte de l'ensemble de ces événements (à l'épaule, à la nuque et au rachis lombaire), les contusions en question avaient très probablement cessé de déployer leurs effets après un délai global et

maximal de six mois, soit le 22 mars 2014. Postérieurement à cette date, les douleurs à l'épaule résultaient de troubles dégénératifs, lesquelles intéressaient d'ailleurs les deux épaules.

c) A l'appui de sa réplique du 21 octobre 2016, Q._____ a produit un rapport du 15 septembre 2016 établi par le Dr P._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Elle estimait que ce médecin se déterminait point par point sur les raisons pour lesquelles il n'y avait pas lieu de s'en tenir aux constatations ou conclusions prises par le Dr D._____, tout en expliquant scientifiquement et de manière convaincante pourquoi il s'agissait en l'occurrence d'une lésion traumatique due à l'accident plutôt que d'une lésion dégénérative. Au surplus, il convenait de rappeler que les lésions des tendons constituaient des lésions corporelles assimilées à un accident.

d) A l'appui de sa duplique du 14 décembre 2016, B._____ a produit un complément d'expertise établi le 4 décembre 2016 par le Dr D._____, dans lequel celui-ci contestait l'appréciation de son confrère. Le Dr D._____ soulignait notamment que son analyse se basait sur un ensemble de critères biomécaniques, anatomiques et physiologiques et faisait également appel au bon sens, tandis que le point de vue du Dr P._____ résultait d'un raisonnement schématique, simpliste et orienté, tendait à faire intervenir le caractère spectaculaire d'un accident comme argument cardinal et se référait à une multitude d'études où les éléments épidémiologiques n'étaient souvent relevés que de manière sommaire. Au surplus, elle estimait que la lésion à l'épaule gauche ne pouvait être considérée comme une lésion assimilée à un accident, dès lors que l'assurée n'avait aucunement souffert de douleurs typiques et d'impotence de ce membre immédiatement après l'accident survenu le 22 septembre 2013.

e) Dans ses déterminations du 24 avril 2017, Q._____, désormais représentée par Me Alexandre Guyaz, a maintenu l'intégralité de ses conclusions prises dans son recours du 30 juin 2016. A l'appui de celles-ci, elle a produit un complément de rapport rédigé le 27 janvier

2017 par le Dr P. _____ ainsi qu'un rapport d'expertise rédigé le 8 février 2017 par le Dr X. _____, expert auprès de la Cour d'appel de [...].

f) Dans ses déterminations du 17 mai 2017, B. _____ a intégralement persisté dans les termes et conclusions de son mémoire de réponse du 29 août 2016 et de sa duplique du 14 décembre 2016.

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 (art. 1 de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents [LAA; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36]) et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à la prise en charge au-delà du 22 mars 2014 des frais relatifs au traitement médical de son épaule gauche.

3. Les modifications de la LAA introduites par la novelle du 25 septembre 2015 (RO 2016 4375), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017, ne sont pas applicables au cas d'espèce. En vertu du ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification (RO 2016 4388), les prestations d'assurance allouées pour les accidents qui sont survenus avant l'entrée en vigueur de la modification du 25 septembre 2015 et pour les maladies

professionnelles qui se sont déclarées avant cette date sont en effet régies par l'ancien droit.

4. a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel ou de maladie professionnelle. 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 (art. 4 LPGA). En vertu de l'art. 10 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir (a) au traitement ambulatoire dispensé par le médecin, le dentiste ou, sur prescription de ces derniers, par le personnel paramédical ainsi que par le chiropraticien, de même qu'au traitement ambulatoire dispensé dans un hôpital ; (b), aux médicaments et analyses ordonnés par le médecin ou le dentiste ; (c) au traitement, à la nourriture et au logement dans la division commune d'un hôpital ; (d) aux cures complémentaires et aux cures de bain prescrites par le médecin ; (e) aux moyens et appareils servant à la guérison.

b) L'obligation éventuelle de l'assureur d'allouer ses prestations suppose un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans la survenance de l'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. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur les renseignements médicaux, et qui doit être tranchée à l'aune du principe du degré de vraisemblance prépondérante, appliqué généralement à l'appréciation des preuves en matière

d'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 129 V 402 consid. 4.3; TF 8C_858/2008 du 14 août 2009, consid. 3).

c) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre 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, 402 consid. 2.2; 125 V 456 consid. 5a et les références). En tant que principe répondant à la nécessité de fixer une limite raisonnable à la responsabilité de l'assureur-accidents social, la causalité adéquate n'a pratiquement aucune incidence en présence d'une atteinte à la santé physique en relation de causalité naturelle avec l'accident, du moment que dans ce cas l'assureur répond aussi des atteintes qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références).

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. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu 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 s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (TF 8C_373/2013 du 11 mars 2014 consid. 3.2 et les références).

5. a) A teneur de l'art. 6 al. 2 LAA (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016), le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. Faisant usage de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 9 al. 2 OLAA, selon lequel certaines lésions corporelles sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. Ces lésions corporelles sont les suivantes :

- 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).

b) La notion de lésion assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. Aussi, les assureurs-accidents LAA doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait en principe être couvert par l'assurance-maladie. Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA – dont la liste est exhaustive (ATF 123 V 43 consid. 2b) – sont assimilées à un accident même si elles ont, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 139 V 327 consid. 3.1 ; 129 V 466 ; 123 V 43 consid. 2b ; 116 V 145 consid. 2c ; 114 V 298 consid. 3c).

c) A l'exception du caractère extraordinaire de la cause extérieure, toutes les autres conditions constitutives de la notion d'accident mentionnées à l'art. 4 LPGA doivent être réalisées en cas de lésion corporelle assimilée à un accident. En particulier, l'existence d'un facteur extérieur doit être établie. En l'absence d'une cause extérieure — soit d'un évènement similaire à un accident, externe au corps humain, susceptible d'être constaté de manière objective et qui présente une certaine importance —, fût-ce comme simple facteur déclenchant des lésions corporelles énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA, les troubles constatés sont à la charge de l'assurance-maladie (ATF 129 V 466 consid. 4 et 123 V 43 ; TF 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 4.2).

d) L'exigence d'un facteur dommageable extérieur n'est pas donnée lorsque l'assuré fait état de douleurs apparues pour la première fois après avoir accompli un geste de la vie courante (par exemple en se levant, en s'asseyant, en se couchant ou en se déplaçant dans une pièce, etc.), à moins que le geste en question n'ait sollicité le corps, en particulier les membres, de manière plus élevée que la normale du point de vue physiologique et dépasse ce qui est normalement maîtrisé d'un point de vue psychologique. La notion de cause extérieure suppose en effet qu'un évènement générant un risque de lésion accru survienne. Tel est le cas notamment lors de changements de position du corps, qui sont fréquemment de nature à provoquer des lésions corporelles selon les constatations de la médecine des accidents (brusque redressement du corps à partir de la position accroupie, le fait d'accomplir un mouvement violent ou en étant lourdement chargé, ou le changement de position corporelle de manière incontrôlée sous l'influence de phénomènes extérieurs; ATF 129 V 466 consid. 4.2.2).

6. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de

porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. A cet égard, il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux 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 exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'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 dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3 ; TF 9C_22/2011 du 16 mai 2011 ; consid. 5).

7. En l'espèce, la recourante a présenté une déchirure partielle du supra-épineux, laquelle a nécessité une arthroscopie réparatrice. A teneur de l'art. 9 al. 2 OLAA, une déchirure d'un tendon est en principe considérée comme une lésion assimilée à un accident. Alors que le Dr P._____ prétend que cette lésion a une origine accidentelle, le Dr D._____ soutient pour sa part qu'elle est manifestement imputable à des phénomènes dégénératifs et que, partant, sa prise en charge médicale au-delà du 22 mars 2014 ne relève pas de l'assurance-accidents. La seule question qu'il convient d'examiner en l'occurrence est par conséquent de savoir si la déchirure partielle du supra-épineux a une origine dégénérative ou accidentelle.

a) L'argument principal développé par le Dr D._____ à l'appui de sa position repose sur le caractère bilatéral - ou autrement dit symétrique - des lésions des tendons supra-épineux. Or s'il est vrai que l'IRM des épaules gauche et droite effectuée le 6 août 2015 par le Dr M._____, spécialiste en radiologie, a mis en évidence des atteintes aux deux épaules, il y a lieu de constater que les lésions décrites n'étaient pas les mêmes d'un côté et de l'autre : alors qu'il était fait mention à gauche

d'une déchirure non transfixiante articulaire partielle du tendon supra-épineux, il n'était retenu à droite qu'une tendinopathie du supra-épineux sans signes de déchirure. Si, dans une acception large, ces deux affections peuvent être regroupées sous le terme générique de tendinopathie (« lésion du tendon »), il convient d'admettre que le radiologue a expressément posé deux diagnostics qui recouvrent deux réalités cliniques différentes. Il semble par ailleurs que le Dr D. _____ a, dans son rapport complémentaire du 4 mars 2016 (p. 3), cherché à minimiser l'importance de la déchirure (« *Elle ne dépasse très clairement pas le 50 % de l'épaisseur tendineuse, [...]* »), alors même que le Prof. T. _____, spécialiste en radiologie, a, dans son rapport du 2 avril 2015, clairement fait état « *d'une déchirure partielle de la face articulaire du tendon supra-épineux s'étendant sur 50 % de l'épaisseur tendineuse très bien visible en abduction-rotation externe (image 55 série 10) au niveau du tendon supra-épineux à 5 mm de son insertion distale* ».

b) Le Dr D. _____ a affirmé que la recourante n'avait exprimé aucune plainte (« *douleur élective, impotence fonctionnelle* ») concernant son épaule gauche dans les suites immédiates de son accident (rapport complémentaire du 4 mars 2016, p. 4). Le constat de ce médecin est toutefois contredit par les pièces figurant au dossier. Il ressort du rapport établi le 23 septembre 2013 par le Dr F. _____, médecin auprès du service d'urgences des Etablissements hospitaliers du Nord Vaudois, que la recourante s'est très rapidement plainte à la suite de son accident de douleurs à l'épaule gauche et a fait l'objet de radiographies de la clavicule, lesquelles n'ont pas mis en évidence la présence d'une fracture (voir également le certificat médical LAA établi le 5 octobre 2013 par le Dr W. _____, médecin praticien auprès du service des urgences du Centre hospitalier de [...]). Dans un certificat médical établi le 23 octobre 2013 à l'intention de l'intimée, le Dr F. _____ a à nouveau fait état de douleurs à l'épaule gauche, respectivement de douleurs à la mobilisation du membre supérieur gauche. Une arthrographie-IRM de l'épaule gauche a été réalisée le 23 décembre 2014. Dans son rapport daté du même jour, la Dresse Z. _____ a fait état, dans la description des plaintes, d'un « *mouvement possible mais douloureux depuis l'accident* ». Dans son

rapport complémentaire du 27 janvier 2017, le Dr P._____ cite également d'autres rapports médicaux - non produits au cours de la procédure - faisant état de douleurs persistantes à l'épaule gauche (rapport du Dr X._____ du 3 décembre 2014 ; lettre du Dr K._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, à la Dresse N._____ du 3 février 2015). Au vu de l'ensemble de ces éléments, il ne fait guère de doutes que la recourante a présenté des plaintes continues à son épaule gauche depuis son accident survenu le 22 septembre 2013. A cet égard, il importe peu que la recourante n'a pas présenté une impotence fonctionnelle majeure de l'épaule gauche. Ainsi que l'a relevé le Dr D._____ dans son second complément d'expertise du 4 décembre 2016 (p. 6), il n'est pas rare de constater une fonctionnalité très satisfaisante de l'épaule, alors même que les lésions de la coiffe des rotateurs sont importantes, transfixiantes et touchent plus d'un tendon (voir également le rapport du Dr P._____ du 15 septembre 2016, p. 16).

c) Il est vrai que le diagnostic permettant d'expliquer le tableau clinique a été posé tardivement. Dans la mesure où l'hypothèse d'une fracture a très rapidement été écartée, il apparaît plus que probable que le corps médical a estimé que les plaintes de la recourante résultaient d'une simple contusion (cf. le rapport du Dr F._____ du 23 septembre 2013, lequel a retenu les diagnostics de fracture de l'extrémité distale du radius et de la styloïde ulnaire gauche et de contusions multiples). Selon l'expérience générale de la vie, il n'est pas rare que seule la persistance des symptômes conduise à la mise en œuvre d'examens plus approfondis permettant de poser un diagnostic définitif sur l'atteinte en présence. Force est d'admettre que tel a bien été le cas en l'espèce, puisque c'est précisément la persistance des douleurs qui a poussé le corps médical à procéder à de nouveaux examens radiographiques, lesquels ont permis de mettre en évidence l'existence d'une déchirure partielle du supra-épineux.

d) Le Dr D._____ a émis l'hypothèse que l'accident du 22 septembre 2013 avait permis dans les faits de révéler un état pathologique sous-jacent qui avait pu être induit par un surmenage sportif.

Il ressort effectivement du dossier que la recourante a pratiqué le volleyball durant plusieurs années, pratique qu'elle avait néanmoins cessée quatre ans avant l'accident. Ainsi que l'a souligné le Dr S. _____ dans son rapport du 12 novembre 2015, la recourante n'exerçait toutefois cette activité qu'à raison de deux séances par semaine, qui plus est à un niveau de compétition peu élevé (troisième ligue amateur). Il est par conséquent douteux que l'on puisse parler dans ces conditions d'un surmenage sportif, tel que l'on peut le rencontrer chez les sportifs qui ont une pratique sportive intensive. Qui plus est, il y aurait lieu de s'attendre chez une sportive droitrière à des lésions dégénératives plus importantes à l'épaule droite, épaule de service et d'attaque. Or tel n'est justement pas le cas.

e) Compte tenu de l'ensemble des éléments mis en évidence aux considérants précédents, il n'est pas possible de suivre le raisonnement du Dr D. _____ selon lequel la déchirure du supra-épineux serait manifestement imputable à un phénomène dégénératif. Si, malgré le jeune âge de la recourante, on ne saurait exclure l'existence d'un substrat dégénératif au vu des lésions mises en évidence à l'épaule droite, l'aspect sensiblement différent des lésions touchant l'épaule gauche ne permet pas d'inférer l'existence d'un substrat exclusivement dégénératif. Les explications fournies à cet égard par le Dr D. _____, lesquelles semblent bien plus reposer sur des hypothèses que sur des éléments objectifs, n'apparaissent nullement convaincantes à la lumière des pièces versées au dossier. De fait, il n'est pas contestable que la recourante a subi, au cours de l'accident du 22 septembre 2013, un choc violent qui a causé diverses lésions sur le côté gauche de son corps, dont notamment une fracture du poignet gauche et des douleurs à l'épaule gauche. L'appréciation des preuves a mis en évidence que les douleurs à l'épaule gauche avaient persisté sans interruption depuis lors. Or, dans la mesure où un accident de la circulation constitue sans aucun doute possible un facteur extérieur au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA, il y a lieu de conclure, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'il a été le facteur déclenchant la déchirure partielle du supra-épineux chez la recourante.

f) Sur le vu de ce qui précède, il n'est pas nécessaire de se pencher sur les mérites du raisonnement développé par le Dr P._____. On précisera toutefois qu'il n'appartient pas au juge de s'immiscer dans des débats qui relèvent exclusivement de la science médicale, faute pour celui-ci de disposer des connaissances suffisantes pour apprécier la valeur et la portée de la littérature médicale citée. Il n'en demeure pas moins qu'une appréciation médicale, lorsqu'elle s'appuie sur une analyse précise, fouillée et étayée par des références à la doctrine médicale, revêt une valeur probante indéniablement supérieure à celle fondée sur de simples affirmations (cf. TF 9C_73/2013 du 2 septembre 2013 consid. 4).

8. a) Sur le vu de ce qui précède, le recours doit être admis et la décision attaquée réformée en ce sens que l'intimée est tenue de prendre en charge au-delà du 22 mars 2014 les frais relatifs au traitement médical de l'épaule gauche de la recourante.

b) Conformément à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations en matière d'assurance-accidents devant le tribunal cantonal des assurances est gratuite.

c) La recourante, qui obtient gain de cause avec le concours d'un mandataire, a droit à une indemnité de dépens, dont le montant doit être déterminé d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA; cf. également art. 7 TFJAS [tarif du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales; RSV 173.36.5.2]). En l'espèce, il y a lieu d'arrêter le montant des dépens à 2'500 fr. à la charge de l'intimée, qui succombe (art. 55 al. 2 LPA-VD).

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision sur opposition rendue par B._____ le 30 mai 2016 est réformée, en ce sens que Q._____ a droit à la prise en charge au-delà du 22 mars 2014 des frais relatifs au traitement médical de son épaule gauche.

- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

- IV. B._____ versera à Q._____ la somme de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Guyaz, pour la recourante,
- Me Grosjean, pour l'intimée,
- l'Office fédéral des assurances sociales,

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).

Le greffier :