

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 16 janvier 2020

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
M. Neu et Mme Di Ferro Demierre, juges
Greffière : Mme Chaboudez

Cause pendante entre :

X._____, à [...], recourante, représentée par Me Emilie Rodriguez,
avocate à Lausanne,

et

T._____, à [...], intimée.

Art. 6 et 36 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. X. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1980, travaille à 60 % comme informaticienne pour la société [...] et est, à ce titre, assurée contre les accidents professionnels, les accidents non-professionnels et les maladies professionnelles auprès d'T. _____ (ci-après : T. _____ ou l'intimée).

Par déclaration d'accident bagatelle du 4 septembre 2017, l'assurée a annoncé à T. _____ un accident survenu le 26 juillet 2017 durant ses vacances au Portugal. Alors qu'elle circulait à vélo dans un village, elle a dû freiner brusquement pour éviter une voiture qui venait en sens inverse, ce qui a bloqué les roues du vélo et l'a fait basculer en avant, atterrissant au sol environ 1m50 plus loin. Elle a présenté une entorse de l'épaule gauche ainsi qu'une éraflure au niveau de la cuisse gauche. Elle a reçu des premiers soins auprès de l'Hôpital [...] au Portugal.

Une arthro-IRM de l'épaule gauche a été réalisée le 26 septembre 2017 par le Dr L. _____, spécialiste en radiologie, qui a mis en évidence une bursite sous-acromio-deltoïdienne gauche, une tendinopathie du supra-épineux compliquée d'une fissure profonde communicante avec l'interligne articulaire gléno-huméral mais sans caractère transfixiant, mesure 7 mm dans le plan coronal. Il n'y avait pas de rétractation du moignon tendineux, le complexe labro-bicipital était intègre et la trophicité musculaire conservée. Il n'y avait pas de signe d'arthropathie acromio-claviculaire gauche inflammatoire ou hypertrophique.

Dans un rapport médical du 31 octobre 2017, le Dr Q. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé le diagnostic de lésion partielle du tendon supra-épineux avec tendinopathie du long chef du biceps de l'épaule gauche post-traumatique le 26 juillet 2017. Il relevait que lors de la chute à vélo, la patiente s'était réceptionnée sur tout son hémicorps gauche et qu'elle

présentait depuis lors des douleurs de l'épaule gauche avec une impotence fonctionnelle. La mobilisation de l'épaule gauche était pratiquement complète et symétrique, le test de Jobe positif et le palm-up positif également.

Dans un rapport du 20 décembre 2017, le Dr Q._____ a indiqué que l'évolution était lentement favorable, des douleurs persistant à la mobilisation et à l'effort.

Ce médecin a procédé à une infiltration sous-acromiale en date du 9 février 2018 compte tenu de la persistance de la symptomatologie douloureuse à la mobilisation et à l'effort (rapport du 14 février 2018).

Dans un certificat médical LAA du 25 mars 2018, le Dr K._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin-traitant de l'assurée, a retenu le diagnostic de tendinopathie avec fissure du sus-épineux gauche, qu'il attribuait à l'accident et qui entraînait une limitation de la mobilisation de l'épaule gauche. Il a mentionné que lors de l'accident de vélo, l'assurée s'était réceptionnée avec le bras gauche en extension et qu'elle présentait une douleur persistante. Cet accident n'avait pas entraîné d'incapacité de travail. Il avait vu l'assurée en consultation la première fois le 15 septembre 2017.

En réponse aux questions d'T._____, l'assurée a indiqué, le 16 avril 2018, qu'elle suivait un traitement de physiothérapie et avait bénéficié d'une infiltration qui avait permis une légère amélioration.

Une nouvelle arthro-IRM de l'épaule gauche a été réalisée le 16 mai 2018 par le Dr N._____, en même temps qu'une infiltration intra-articulaire. Cet examen a montré une importante déchirure partielle de la face articulaire et distale du tendon supra-épineux, avec une composante antérieure prenant plus de 50 % de l'épaisseur tendineuse et une composante postérieure atteignant globalement 50 % de l'épaisseur tendineuse. Ces déchirures semblaient stables par rapport au comparatif

du 26 septembre 2017. L'assurée présentait en outre une très discrète tendinopathie de la portion intra-articulaire du long chef du biceps, stable. La bursite sous-acromio-deltoïdienne modérée était également stable.

Dans un certificat intermédiaire LAA du 28 mai 2018, le Dr Q._____ a mentionné que l'évolution était marquée par des douleurs persistantes et a précisé que l'assurée pourrait garder par la suite des douleurs aux efforts répétés et à la mobilisation de l'épaule gauche au-dessus du buste.

Dans une prise de position du 11 juin 2018, le Dr H._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin-conseil d'T._____, a nié une relation de causalité entre l'accident du 26 juillet 2017 et les troubles qui persistaient. Selon lui, le problème était une tendinopathie qui avait été révélée mais non provoquée par la chute, ceci en raison d'une première consultation qui avait eu lieu seulement huit semaines plus tard et sans qu'il y ait eu une impotence fonctionnelle immédiate. Le *statu quo* devait ainsi être fixé au moment de la première IRM, qui avait servi à un but diagnostic.

Par décision du 15 juin 2018, T._____ a mis fin à la prise en charge des prestations légales au 26 septembre 2017, renonçant à demander en remboursement les prestations déjà versées à tort. Elle a estimé que l'état de santé de l'assurée, tel qu'il aurait été vraisemblablement sans la survenance de l'accident, compte tenu de l'évolution classique de l'état préexistant, avait été atteint au plus tard le 26 septembre 2017. L'arthro-IRM effectuée à cette date mettait en évidence une tendinopathie qui avait été révélée par l'accident mais non provoquée par la chute.

L'assurée a formé opposition contre cette décision en date du 2 juillet 2018, reprochant au médecin-conseil de ne pas avoir pris en compte la déchirure du supra épineux dont elle souffrait et qui était son problème principal. Elle a mentionné que le Dr Q._____ était de cet avis également. Elle a par ailleurs affirmé que cette déchirure avait été

provoquée par l'accident, précisant qu'elle n'avait jamais eu de problème aux épaules auparavant. Elle a demandé à ce que ses deux IRM soient analysées par un médecin-conseil spécialisé en orthopédie et s'est déclarée prête à se faire examiner par le médecin-conseil.

Par courrier du 10 juillet 2018, T. _____ a invité l'assurée à transmettre un avis du Dr Q. _____ attestant ses déclarations. Ce courrier est demeuré sans réponse.

Par décision sur opposition du 19 octobre 2018, T. _____ a rejeté l'opposition formée par l'assurée et confirmé sa décision du 15 juin 2018. Elle a précisé qu'il n'y avait pas de contestation s'agissant de la notion d'accident en lien avec l'événement du 26 juillet 2017. L'assureur accidents s'est référé à l'avis de son médecin-conseil, qui n'avait été contredit par aucun médecin, mentionnant que l'assurée n'avait pas apporté la preuve de l'existence d'un lien de causalité naturelle entre les troubles dès le 26 septembre 2017 et l'accident du 26 juillet 2017 au regard de la vraisemblance prépondérante, si bien que le *statu quo sine* était considéré comme atteint le 26 septembre 2017. Elle a par ailleurs souligné que les exigences quant à la preuve étaient plus élevées compte tenu du long laps de temps entre l'accident et la première consultation, le 15 septembre 2017. Enfin, elle a précisé que le seul fait que des symptômes douloureux se sont manifestés après la survenance d'un accident ne suffisait pas à établir un rapport de causalité naturelle avec l'accident. Après avoir rappelé que le Dr H. _____ s'était déjà prononcé sur le dossier de l'assurée, T. _____ a indiqué qu'elle n'estimait pas nécessaire de procéder à d'autres examens complémentaires.

B. Par acte de sa mandataire du 19 novembre 2018, X. _____ a recouru contre cette décision sur opposition auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à sa réforme en ce sens qu'elle soit mise au bénéfice des prestations de l'assurance-accident au-delà du 26 septembre 2017, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à T. _____ pour complément d'instruction sous la forme d'une expertise médicale indépendante. Elle a invoqué que les

rapports établis à la suite de l'accident du 26 juillet 2017 faisaient état d'une déchirure du tendon supra-épineux, qu'une telle lésion devait être assimilée à un accident et que l'intimée ne démontrait pas à satisfaction que celle-ci serait due de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie. Elle a reproché à l'intimée et à son médecin-conseil de ne pas s'être prononcés sur la déchirure partielle du tendon supra-épineux, ni sur les raisons pour lesquelles elle ne serait pas en lien de causalité avec l'événement du 26 juillet 2017, et de ne pas avoir interrogé le Dr Q. _____ à ce sujet. Elle a considéré que la prise de position du Dr H. _____ ne remplissait pas les exigences jurisprudentielles en matière de valeur probante.

La recourante a produit à l'appui de son recours un rapport établi le 14 novembre 2018 par le Dr Q. _____ et rédigé en ces termes :

« 1. Quel(s) sont votre/vos diagnostic(s) ?

Lésion partielle du tendon supra-épineux avec tendinopathie du long chef du biceps de l'épaule gauche post-traumatique le 26.07.2017.

2. Quelle(s) est/sont la/les cause(s) de la/les lésions constatée(s) ? En particulier, la/les lésion(s) est/sont-elle(s) en lien de causalité avec l'événement du 26 juillet 2017 ?

La lésion du tendon supra-épineux objectivée à l'imagerie est vraisemblablement en lien avec l'événement traumatique du 26 juillet 2017.

3. En particulier, êtes-vous d'accord avec les conclusions du Dr H. _____, selon lesquelles le problème serait une tendinopathie révélée mais non provoquée par la chute, ceci en raison d'une première consultation seulement 8 semaines plus tard et sans impotence fonctionnelle immédiate et que le statu quo était atteint à la première IRM à prendre à but diagnostique ? Dans le cas contraire, pour quelles raisons ?

Je ne partage pas l'avis du Dr H. _____. Les lésions de la coiffe des rotateurs ne sont pas systématiquement accompagnées d'une impotence fonctionnelle. Ceci est d'autant plus vrai dans les lésions partielles de la coiffe des rotateurs. Le fait que la patiente n'ait consulté que 8 semaines plus tard ne représente donc pas un argument permettant de définir l'étiologie d'une lésion.

4. Selon vous, la causalité naturelle est-elle toujours réalisée entre l'événement du 26 juillet 2017 et les troubles présentés par Mme X. _____ au-delà du 26 septembre 2017 ?

L'événement du 26 juillet 2017 a entraîné des douleurs de l'épaule gauche en lien avec une lésion partielle du tendon supra-épineux. Le pronostic de récupération des lésions partielle du tendon supra-épineux est souvent favorable, mais nécessite plusieurs mois de thérapie.

L'évolution sous traitement conservateur chez Mme X. _____ a été longue, mais finalement favorable. Au dernier contrôle du 7 septembre 2018, les douleurs étaient bien contrôlées et la fonction de l'épaule complète.

5. Avez-vous des remarques à formuler ?

Le lien de causalité doit être établi dans le cadre d'une expertise. Je vous laisse le soin de vous adresser à qui de droit pour répondre à cette question. »

Dans sa réponse du 15 janvier 2019, T. _____ a en substance allégué qu'avant le dépôt du recours, aucun rapport ne faisait état d'une déchirure du tendon du supra-épineux, laquelle avait seulement été révélée dans la seconde arthro-IRM du 16 mai 2018, soit plus de dix mois après l'événement. Elle a dénié toute valeur probante au rapport du Dr Q. _____ au motif que celui-ci n'était pas suffisamment motivé. T. _____ reconnaissait l'existence d'une déchirure partielle du supra-épineux, mais considérait qu'elle n'était pas en lien de causalité avec l'événement du 26 juillet 2017, dans la mesure où il n'y avait eu aucune impotence fonctionnelle à la suite de cet événement et où l'arthro-IRM du 26 septembre 2017 n'avait montré aucune déchirure.

Avec sa réponse, T. _____ a produit une nouvelle prise de position du Dr H. _____, datée du 14 janvier 2019, et à la teneur suivante :

« Le seul argument du Dr Q. _____ est que les lésions de la coiffe des rotateurs ne sont pas systématiquement accompagnées d'une impotence fonctionnelle.

Cela ne suffit pas car justement cette impotence absente permet de certifier que la lésion n'est pas fraîche mais chronique.

En effet, à n'importe quel autre endroit du corps, une déchirure musculo-tendineuse fraîche entraîne une impotence. Pourquoi ceci serait-il différent pour l'épaule ?

En conclusion, cet argument, et d'ailleurs le seul avancé pour prouver la causalité naturelle, n'est pas pertinent.

Ceci entraîne que je maintiens mon avis.

Pour le reste, je rappelle qu'une image intra-substantielle ou lésion partielle à l'IRM ne permet pas de poser un diagnostic. Les travaux de physiopathologie ont bien montré que les phénomènes dégénératifs d'apoptose (=mort cellulaire) donnent exactement les mêmes signaux en IRM qu'une déchirure partielle traumatique.

Contrairement à l'avis du Dr Q._____, il n'est pas démontré que l'événement du 26 juillet 2017 a créé une lésion. Seule la symptomatologie est apparue après ce dernier. Ceci n'est pas suffisant pour admettre une causalité naturelle comme probante. »

Par réplique du 6 mars 2019, la recourante a précisé que tous les rapports établis faisaient état d'une déchirure partielle du tendon, étant précisé que l'usage des termes fissure ou lésion revenait à parler d'une déchirure. Elle a soutenu que cette lésion était d'origine traumatique, que le déroulement de l'accident était propre à causer ce genre de lésion, rappelant qu'elle n'avait jamais ressenti de douleur à l'épaule auparavant, qu'elle avait subi une impotence fonctionnelle dès le 26 juillet 2017 et que l'absence d'impotence ne permettait de toute manière pas d'établir l'origine de la lésion, comme le relevait le Dr Q._____, dont elle a produit un nouveau rapport, daté du 5 février 2019 :

« 1. Pouvez-vous confirmer que la fissure révélée lors du premier IRM constitue une déchirure du tendon ?

Sur la base de la première arthro-IRM de l'épaule gauche, effectuée le 26 septembre 2017, il avait déjà été mis en évidence une fissuration du tendon supra-épineux, ce qui équivaut à une déchirure partielle du tendon supra-épineux.

2. Pouvez-vous confirmer que la lésion mentionnée constitue une déchirure du tendon ?

Une lésion partielle du tendon supra-épineux équivaut à une déchirure partielle du tendon.

3. Dans votre avis du 14 novembre 2018, vous mentionnez que les lésions de la coiffe des rotateurs ne sont pas systématiquement accompagnées d'une impotence fonctionnelle. Pouvez-vous circonstancier votre constat ? Plus particulièrement, et d'un point de vue mécanique, une fissure profonde communicante avec l'interligne articulaire gléno-humérale sans caractère transfixiant et mesurant 7 mm dans le plan coronal est-elle de nature à engendrer une impotence fonctionnelle ? Si non, pour quelle raison ?

Je ne partage pas l'avis du Dr H._____. Le tendon supra-épineux fait partie d'un groupe de tendons qu'on appelle la coiffe des rotateurs, comprenant les tendons supra-épineux, infra-épineux,

sous-scapulaire et petit rond. Ces quatre tendons fusionnent et ne font plus qu'un pour venir coiffer la tête de l'humérus. Ceci confère une spécificité à ces tendons, qui est propre à l'épaule. Une lésion isolée d'un tendon, qui plus est de composante partielle, n'est pas toujours accompagnée d'un déficit fonctionnel. »

Dans sa duplique du 4 avril 2019, T._____ a soutenu qu'il y avait une importante différence entre la notion de lésion partielle du tendon du supra-épineux et une déchirure d'un point de vue médical, mais qu'elle admettait qu'on était en présence d'une déchirure. Elle a produit un rapport établi le 1^{er} avril 2019 par le Dr H._____, dans lequel il prenait position sur le dernier avis du Dr Q._____ comme suit :

« Les tendons sont antagonistes donc normalement ne s'entraident pas.

Le problème n'est pas l'impotence fonctionnelle vu que le Dr Q._____ admet qu'il n'y en avait pas lorsqu'il l'a vu[e] pour la première fois.

En effet, dans son avis médical du 31 octobre 2017 (M2), il explique qu'il y [a] une mobilisation de l'épaule gauche pratiquement complète et symétrique.

L'anamnèse dans ce même avis ne peut évidemment pas être prise en considération, dans la mesure où il s'agit des déclarations de la patiente et que l'examen médical prouve bien l'absence d'impotence fonctionnelle.

Le problème principal en l'espèce est de savoir si une lésion partielle non transfixiante peut être traumatique ou non.

Or, comme déjà mentionné, je rappelle qu'une image intra-substantielle ou lésion partielle à l'IRM ne permet pas de poser un diagnostic. Les travaux de physiopathologie ont montré que les phénomènes dégénératifs d'apoptose (=mort cellulaire) donnent exactement les mêmes signaux en IRM qu'une déchirure partielle traumatique.

De ce fait, une lésion à l'IRM ne peut pas être reconnue comme traumatique, dégénérative ou de surcharge car les images sont les mêmes.

De plus, une lésion partielle est le plus souvent une tendinopathie de surcharge chez les personnes jeunes et un début de délamination dégénérative par mort cellulaire chez les plus âgés. Une lésion partielle n'est pas une lésion traumatique en général.

Un traumatisme déchirant un tendon est une rareté chez les personnes de moins de 30 ans et peut être fréquent chez les plus de 50 ans.

Mais il ne faut pas oublier que la majorité de ces lésions transfixiantes sont une découverte fortuite après 50 ans.

Dans ce sens et pour les personnes de moins de 40 ans, si la lésion partielle avait été traumatique, elle aurait toutes les chances de se réparer d'elle-même car les tissus sont encore en bon état normalement.

Si ce n'est pas le cas, alors il faut évoquer une autre cause et alors on n'est plus sur un problème traumatique mais maladif. »

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (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 peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 26 septembre 2017, en lien avec l'événement du 26 juillet 2017.

3. a) 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. Selon 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.

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale 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, 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 le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références citées).

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_383/2018 du 10 décembre 2018 consid. 3.1). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; TF 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.1).

c) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré 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 ; TF 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.1 et les références citées).

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 même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). A l'inverse, 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_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.2 et les références citées).

4. a) En vertu de l'art. 6 al. 2 LAA (dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2017 applicable en l'occurrence vu la date de l'accident, cf. al. 1 des dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015), l'assurance alloue aussi ses prestations pour les lésions corporelles, telles les déchirures de tendons (let. f), pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie.

b) Dans un arrêt récent prévu pour publication (TF 8C_22/2019 du 24 septembre 2019), le Tribunal fédéral s'est penché sur le nouvel art. 6 al. 2 LAA, qui s'applique désormais en lieu et place de l'art. 9 al. 2 aOLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS

832.202). La Haute Cour a tout d'abord constaté que l'obligation de prester de l'assureur-accidents pour les lésions définies à l'art. 6 al. 2 LAA existe même en l'absence d'un accident répondant aux critères de l'art. 4 LPGa (consid. 8.2.1). Il y a désormais une présomption légale, selon laquelle les lésions listées à l'art. 6 al. 2 LAA sont assimilées à un accident et doivent être prises en charge par l'assureur-accidents, à moins que celui-ci ne parvienne à établir que celles-là sont dues de manière prépondérante, à savoir à plus de 50 % (consid. 8.2.2.1), à l'usure ou à une maladie (consid. 8.6). Même si la nouvelle réglementation ne requiert plus l'existence d'un facteur extérieur comportant un risque de lésion accru, comme cela était le cas sous l'art. 9 al. 2 aOLAA (ATF 143 V 285 consid. 2 ; TF 8C_150/2018 du 8 novembre 2018 consid. 4.2), la question de savoir s'il s'est passé un événement dont l'assuré se souvienne et qu'il puisse nommer demeure pertinente sous l'angle du nouveau droit. Lorsqu'aucun événement initial n'a été évoqué ou que cet événement est uniquement de nature tout à fait secondaire, respectivement anodin, cela facilite en règle générale, par la force des choses, la preuve libératoire de l'assureur-accidents. Il appartient avant tout aux spécialistes du domaine médical d'apprécier la question de la délimitation, en prenant en considération l'éventail complet des causes de la lésion corporelle en question. Il convient non seulement d'éclaircir l'état préexistant, mais également les circonstances de la survenance initiale des douleurs. Les différents indices, qui parlent en faveur ou en défaveur de l'usure ou de la maladie, doivent être évalués d'un point de vue médical. Afin de parvenir à apporter la preuve libératoire, l'assureur-accidents doit établir, au degré de la vraisemblance prépondérante et sur la base d'appréciations médicales concluantes, que l'atteinte corporelle en question est attribuable de manière prépondérante, c'est-à-dire à plus de 50 %, à l'usure ou à la maladie (consid. 8.6).

5. Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGa), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis

décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant 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 du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions 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 ; TF 8C_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde généralement sa décision sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 139 V 176 consid. 5.3).

6. a) Il y a lieu d'examiner en premier lieu le cas sous l'angle de l'art. 6 al. 1 LAA.

T._____ reconnaît à juste titre que l'événement du 26 juillet 2017 constitue un accident au sens de l'art. 4 LPGA (décision du 15 juin 2018 p. 1, décision sur opposition du 19 octobre 2018 p. 12). L'intimée estime toutefois que les troubles à l'épaule persistant au-delà du 26 septembre 2017 ne sont pas en relation de causalité avec cet accident. Elle relève à cet égard que les premières plaintes de l'assurée en rapport avec l'affection ont été exprimées au plus tôt lors de la première

consultation médicale, le 15 septembre 2017, soit après l'expiration d'un délai de sept semaines à compter de l'accident, et retient que l'atteinte n'a généré aucune impotence fonctionnelle immédiate.

Il est toutefois erroné de retenir que l'assurée a attendu huit semaines avant de consulter un médecin et il faut constater que le dossier constitué par l'intimée n'apparaît guère suffisant pour conclure qu'il n'y a pas eu d'impotence fonctionnelle immédiate. Dans sa déclaration d'accident du 4 septembre 2017, l'assurée a en effet indiqué avoir reçu des premiers soins à l'Hôpital [...] au Portugal. Or T. _____ n'a jamais cherché à obtenir les documents médicaux établis à cette occasion, ni à savoir si l'assurée avait consulté d'autres médecins au Portugal avant de rentrer en Suisse. On ignore non seulement si l'assurée présentait une impotence fonctionnelle à ce moment-là, mais également si des imageries ont été faites sur place. Ces éléments sont toutefois indispensables pour que les médecins puissent se prononcer en toute connaissance de cause sur l'existence ou non d'un lien de causalité entre l'accident et les troubles présentés par l'assurée.

Il faut en outre relever que le Dr K. _____ a constaté des limitations dans la mobilité de l'épaule dans le premier rapport qu'il a établi à l'attention d'T. _____ le 25 mars 2018. Il ne précise toutefois pas si ces limitations étaient déjà présentes lors de la première consultation, le 15 septembre 2017. Cette question n'a pas non plus été éclaircie par l'assureur-accidents. De son côté, le Dr Q. _____ a relevé que l'assurée se plaignait d'une impotence fonctionnelle depuis la chute et a observé une mobilité pratiquement complète, donc légèrement limitée, ainsi qu'un test de Jobe positif (rapport du 31 octobre 2017). Le 20 décembre 2017, il indique en outre que des douleurs à la mobilisation et à l'effort persistent, ce qui a une incidence sur la qualité de vie et les hobbies (danse) de la recourante. On ne saurait donc déduire une absence totale d'impotence fonctionnelle.

Pour ce qui concerne l'avis du Dr Q. _____ sur l'origine traumatique de l'atteinte, celui-ci se limite, dans un premier temps, à

énoncer sans justification, lors de l'émission du diagnostic, que la lésion est post-traumatique. Puis, le 14 novembre 2018, il déclare que la lésion est vraisemblablement en lien avec l'événement traumatique du 26 juillet 2017, sans davantage de précision. Son avis n'est donc, en l'état, pas suffisamment motivé sur la causalité pour admettre son existence.

Le Dr H._____ expose qu'une lésion partielle à l'IRM ne permet pas de poser un diagnostic, les travaux de physiopathologie ayant montré que les phénomènes dégénératifs d'apoptose donnaient exactement les mêmes signaux en IRM qu'une déchirure partielle traumatique. Or cet argument ne fait que montrer que l'IRM est insuffisante pour déterminer si une telle lésion est malade ou traumatique. Cela tend à démontrer que l'instruction sur l'origine des lésions n'a pas été suffisante.

Puis, le Dr H._____ a précisé qu'une lésion partielle était le plus souvent constitutive d'une tendinopathie de surcharge chez les personnes jeunes et un début de délamination dégénérative par mort cellulaire chez les plus âgés ; selon ce médecin, une lésion partielle n'est pas une lésion traumatique en général. Il a ajouté qu'une lésion déchirant un tendon est une rareté chez les personnes de moins de 30 ans et pouvait être fréquente chez les plus de 50 ans, les lésions transfixiantes étant découvertes fortuitement après 50 ans. Il a noté que, pour les moins de 40 ans, comme l'assurée, si la lésion partielle avait été traumatique, elle aurait eu toutes les chances de se réparer d'elle-même car les tissus sont encore en bon état normalement ; si tel n'est pas le cas, il faut évoquer une autre cause, soit un problème maladif. Il a donc considéré que, dans le cas présent, l'atteinte avait été révélée par la chute accidentelle, mais non provoquée par elle. Ces considérations sont essentiellement théoriques et ne sauraient être transposées sans autre à un cas d'espèce, eu égard notamment aux particularités de chacun. Les arguments de portée générale ne permettent pas de considérer que les atteintes de la recourante ne sont pas en relation de causalité avec l'événement accidentel mais sont de nature dégénérative.

On peut notamment relever qu'aucun des médecins consultés ne s'est prononcé sur la corrélation entre le déroulement de la chute de la recourante et la nature des lésions qu'elle présente.

Il ressort de ce qui précède que les pièces au dossier ne permettent pas de se prononcer sur l'existence d'un rapport de causalité entre l'accident du 26 juillet 2017 et les troubles présentés par la recourante dans le cas d'espèce, qui impliquerait une obligation d'T._____ de prêter au regard de l'art. 6 al. 1 LAA au-delà du 26 septembre 2017.

b) Il convient également d'examiner le cas sous l'angle de l'art. 6 al. 2 LAA relatif aux lésions assimilées à un accident. Parmi la liste mentionnée à cet article figurent notamment les déchirures de tendons (let. f).

aa) En l'occurrence, l'existence d'une tendinopathie du supra-épineux compliquée d'une fissure profonde communicante avec l'interligne articulaire gléno-huméral a été mise en évidence lors de la première arthro-IRM (26 septembre 2017). Le Dr Q._____ a posé le diagnostic de lésion partielle du tendon supra-épineux avec tendinopathie du long chef du biceps de l'épaule gauche dans son rapport du 31 octobre 2017. Il a précisé en février 2018 qu'il s'agissait d'une déchirure partielle de la face articulaire et distale du tendon supra-épineux, lésion équivalant à la fissuration du tendon supra épineux diagnostiquée en septembre 2017. L'arthro-IRM du 16 mai 2018 indique également qu'il s'agit de déchirures, étant précisé qu'elles sont stables en comparaison avec l'IRM du 26 septembre 2017.

Dans un premier temps, T._____ n'a admis l'existence d'une déchirure partielle du supra-épineux que depuis l'IRM de mai 2018, relevant qu'auparavant les médecins avaient uniquement mentionné une lésion de ce tendon. Cette manière de voir, qui ne repose d'ailleurs sur aucun avis médical, est erronée puisque les notions de lésion et déchirure de tendon sont utilisées de manière analogue, comme le rappelle le Dr

Q._____ dans son rapport du 5 février 2019. On peut par ailleurs relever que ces deux termes sont également employés indifféremment par le Dr H._____ (pris de position du 14 janvier 2019) et qu'il est pour le moins surprenant qu'un assureur-accidents nie l'existence d'un lien de causalité, et par là son obligation de prester, sur la base notamment d'une question de terminologie médicale sans en référer à son médecin-conseil.

Les avis médicaux des Drs Q._____ et N._____ sont par ailleurs clairs, à savoir que la fissure et les lésions constatées par le radiologue et par le médecin traitant en 2017 sont les mêmes que les atteintes présentes en 2018 et 2019, qualifiées de déchirures partielles stables (rapport d'arthro-IRM du 16 mai 2018 et rapport du 5 février 2019).

Selon la jurisprudence (notamment 8C_36/2017 du 5 septembre 2017 consid. 5.2.1 et 8C_61/2016 du 19 décembre 2016 consid. 5.1), les déchirures partielles de tendons constituent des lésions corporelles assimilées à un accident au sens de l'ancien art. 9 al. 2 let. f aOLAA, jurisprudence qui reste applicable dès lors que la liste des lésions n'a pas été modifiée avec la révision, mais figure désormais dans la LAA (TF 8C_22/2019 précité consid. 8).

bb) Compte tenu de la lésion partielle du tendon supra-épineux mise en évidence chez la recourante à la suite de sa chute, il existe une présomption que cette lésion est assimilée à un accident, selon l'art. 6 al. 2 LAA. L'assureur peut toutefois se libérer de son obligation de prester s'il apporte la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la lésion est due de manière prépondérante, à savoir à plus de 50 %, à l'usure ou à une maladie.

Il faut constater que l'intimée n'a pas expressément examiné le cas sous l'angle de l'art. 6 al. 2 LAA. Dans ses appréciations, le Dr H._____ estime que la déchirure partielle du tendon est de nature dégénérative. Comme déjà mentionné, son raisonnement repose toutefois sur des considérations générales alors qu'il devait déterminer si les

atteintes étaient dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie dans le cas concret. On ne retrouve en outre pas au dossier d'examen approfondi des causes prépondérantes des atteintes que présente la recourante comme l'a voulu le législateur. Le Dr H. _____ ne se fonde que sur l'IRM qu'il déclare lui-même comme non probante pour établir l'origine traumatique ou malade des lésions et sur les rapports du Dr Q. _____ qui ne sont pas suffisants pour déterminer la ou les causes des atteintes. Il ne fait pas de réelle appréciation médicale du dossier. Les pièces au dossier ne permettent ainsi pas à la Cour de céans de se prononcer.

c) Il ressort des considérants qui précèdent que l'instruction menée par l'intimée est lacunaire et ne permet pas de se prononcer en connaissance de cause, que ce soit sous l'angle de l'art. 6 al. 1 LAA ou de l'art. 6 al. 2 LAA. Il convient par conséquent de renvoyer la cause à cette autorité, dès lors que c'est à elle qu'il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGa). T. _____ est notamment invitée à compléter le dossier médical en recueillant l'ensemble des documents médicaux établis au Portugal, ainsi que les éventuelles imageries réalisées là-bas. Il lui appartient ensuite de solliciter un avis médical détaillé et motivé, au besoin en mettant en œuvre une expertise, sur la question de la causalité entre l'accident du 26 juillet 2017 et les troubles présentés par la recourante. Il convient également d'établir quelles sont les causes de la déchirure du tendon supra-épineux présentée par la recourante, afin de pouvoir déterminer si celle-ci est due majoritairement ou non à l'usure ou à une maladie. A l'issue de ces mesures d'instruction, T. _____ est invitée à rendre une nouvelle décision, en se prononçant aussi bien sous l'angle de l'art. 6 al. 1 LAA que de l'art. 6 al. 2 LAA.

7. a) Le recours est par conséquent admis, et la cause renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants puis nouvelle décision.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA).

c) Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, la recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2'500 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimée qui succombe.

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision sur opposition rendue par T._____ le 19 octobre 2018 est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants puis nouvelle décision.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.
- IV.** T._____ versera à X._____ une indemnité de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Emilie Rodriguez (pour la recourante),
- T. _____,
- 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 :