

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 9 mars 2020

Composition : M. PIGUET, président
M. Métral, juge, et M. Reinberg, assesseur
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

I._____, à [...], recourante, représentée par Me Flore Primault, avocate à Lausanne,

et

Z._____, à Martigny, intimée.

Art. 61 let. c LPGA ; 6 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. I. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], travaille depuis le 1^{er} février 2009 et à plein temps pour le compte du V. _____ (V. _____) comme directrice administrative. Elle est assurée à titre obligatoire pour les accidents professionnels et non professionnels auprès de Z. _____ (ci-après : Z. _____ ou l'intimée).

Le 26 février 2015, I. _____ a chuté à ski et présenté depuis lors des douleurs à l'épaule gauche (déclaration d'accident-bagatelle LAA du 9 juin 2015).

Le 12 mai 2015, le Dr H. _____, spécialiste en médecine interne générale, a diagnostiqué une probable inflammation modérée de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche (probablement lésion sous-épineux et petit rond). Constatant une épreuve de patte sensible à l'examen de l'épaule gauche, avec également des douleurs à l'élévation du membre supérieur gauche, ce médecin a prescrit un traitement de physiothérapie (rapport du 9 octobre 2015).

Le 6 janvier 2016, une arthro-IRM de l'épaule gauche de l'assurée a mis en évidence une déchirure partielle du tiers médian du tendon sus-épineux, associée à une minime bursite sous-acromio-deltoïdienne sans autre lésion associée (rapport d'arthro-IRM de l'épaule gauche du 8 janvier 2016 du Professeur S. _____, spécialiste en radiologie).

Dans un rapport du 29 mars 2016 au médecin-conseil de Z. _____, le Dr F. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a diagnostiqué une lésion du tendon sus-épineux de l'épaule gauche. Au dernier contrôle du 28 janvier 2016, l'arthro-IRM montrait une lésion de 50 % de l'épaisseur du tendon sus-épineux pour laquelle il était prescrit, dans un premier temps, un traitement conservateur avec la médecine du sport.

Le 14 juillet 2016, l'assurée s'est entretenue à son domicile avec l'inspecteur des sinistres de Z._____. On extrait ce qui suit de la rubrique « 3. Historique des symptômes de pont et des soins médicaux » du rapport de visite établi le 18 juillet 2016 :

Depuis la chute du 26.02.2015, Mme I._____, déclare ressentir une douleur permanente persistante, qu'elle qualifie de supportable et qu'elle situe, à 3 sur une échelle de 10.

Elle a attendu jusqu'à la fin de l'année 2015 et la douleur n'a pas changé, ni évolué.

Le 04.01.2016, elle s'est rendue à la consultation du Dr F._____, chirurgien de l'épaule, pour avis.

Ce dernier lui a prescrit une « ARTHRO-IRM » de l'épaule gauche, dispensée le 06.01.2016, à la Clinique X._____, à [...].

Il lui a également été prescrit neuf séances de physiothérapie.

Lors de la communication des résultats de l'examen, il a été proposé à l'assurée, deux variantes possibles. Une intervention chirurgicale ou un traitement conservateur avec la médecine du sport.

Elle a fait le choix du traitement conservateur et elle a été orientée, vers un spécialiste.

Courant mars 2016, elle a été vue par le Dr T._____, spécialiste en médecine du sport, à [...].

Il lui a été prescrit des compléments alimentaires (oméga-3, huile d'onagre, spiruline et chondroïtine).

Ainsi, que des mouvements spécifiques visant à la régénération lui ont été démontrés.

La douleur de 3 sur une échelle de 10 persiste.

Elle envisage de revoir le Dr T._____ vers le 3^{ème} trimestre 2016, pour refaire le point. Il n'y a pas d'autre traitement prévu, ni envisagé.

L'assurée a également déclaré avoir suivi, de septembre 2015 à mars 2016, dix-huit séances de physiothérapie au V._____.

Le 16 mars 2017, le Dr J._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a réalisé une expertise orthopédique pour le compte de Z._____. Dans son rapport du 22 mars 2017, ce médecin a retenu les diagnostics de status après traumatisme épaule gauche (26.02.2015), de tendinopathie du sus-épineux épaule gauche avec lésion partielle non-transfixiante épaule gauche et de lombalgies chroniques et répondu en ces termes au questionnaire de Z._____ :

1. Anamnèse ?

Voir précédent.

2. *Quelles sont les plaintes actuelles de l'assurée ?*

Voir précédent.

3. *Etat actuel ?*

Voir précédent.

4. *Diagnostics*

Voir précédent.

5. *Des facteurs étrangers à l'accident jouent-ils un rôle dans l'évolution du cas ? Si oui, lesquels, depuis quand et dans quelle mesure ?*

Il n'y a pas d'état maladif préexistant démontré. Il n'y a pas de séquelle d'accident précédent.

6. *Les troubles constatés sont-ils causés, même partiellement, par l'accident du 26 février 2015 de façon certaine, probable, seulement possible ou exclue ?*

A mon avis, le lien de causalité entre l'état actuel de l'épaule gauche de votre assurée et l'événement du 26 février 2015 est possible mais pas probable. L'assurée était âgée de 46 ans lorsque l'Arthro-IRM de l'épaule gauche a été effectuée. A cet âge-là, les lésions dégénératives des tendons de la coiffe des rotateurs sont fréquentes et les lésions purement traumatiques sont rares. Le mécanisme de l'événement, c'est-à-dire un choc direct latéral, n'est pas compatible avec une déchirure des tendons de la coiffe des rotateurs.

Il n'y a pas eu de pseudo-paralysie initial ni de douleurs importantes, car l'assurée a pu continuer à faire du ski même les jours qui ont suivis l'événement en cause. Consultation tardive. La 1^{ère} consultation a eu lieu plus de 10 semaines après l'événement en cause. L'assurée a déclaré cet événement plus de 3 mois après celui-ci (09.06.2015). La simple coïncidence chronologique n'est pas un moyen de preuve suffisante pour établir un lien de causalité probable. A mon avis, on peut établir un statu quo sine 6 mois après l'événement en cause.

7. *Un traitement peut-il encore apporter une amélioration ?*

Actuellement, l'assurée est relativement peu gênée. Elle a des douleurs de faible intensité. Il n'y a aucune indication à un traitement chirurgical. A mon avis, elle devrait continuer à faire les exercices que le physiothérapeute lui a appris.

8. *D'autres mesures ou investigations sont-elles indiquées ?*

Non.

9. *Pronostic ? Des séquelles définitives en relation avec l'accident du 26 février 2015 sont-elles prévisibles ?*

A mon avis, des douleurs de l'épaule gauche de faible intensité vont persister, mais ils n'ont pas, à mon avis, de lien de causalité avec l'événement en cause.

10. *Remarques ?*

Aucune.

Par décision du 8 juin 2017, Z._____ a estimé que le *statu quo sine* avait été atteint six mois après l'événement accidentel du 26 février 2015 et considéré que les traitements prodigués après le 26 août 2015 étaient à la charge de l'assurance-maladie.

Dans ses observations des 7 juillet et 21 août 2017, I._____ a plaidé l'absence d'un *statu quo sine vel ante* et la poursuite d'un lien de causalité entre son état de santé actuel et l'accident de février 2015. Afin d'étayer son propos, elle a remis deux rapports des Drs H._____ et F._____. Le premier a suggéré d'obtenir un second avis d'un spécialiste en orthopédie de l'épaule, tel le Dr F._____ en charge du suivi, voire de demander une contre-expertise au Professeur E._____, chef du service d'orthopédie et de traumatologie du V._____ (rapport du 23 juillet 2017). Quant au second, il s'est prononcé comme suit sur l'évaluation du lien de causalité entre les douleurs à l'épaule gauche et l'accident de la fin février 2015 (rapport du 17 août 2017) :

En ce qui concerne la réponse du Dr J._____ à la question no 6, je pense qu'il y a un lien de causalité entre l'état actuel de l'épaule gauche et l'accident, car la patiente ne présentait aucune douleur de cette épaule avant l'accident et qu'actuellement, apparemment, elle présente encore des douleurs au niveau de cette épaule, selon l'expertise du Dr J._____.

Pour ma part, il faut assigner ces douleurs à l'accident.

Lorsque le Dr J._____ prétend qu'à 46 ans les lésions dégénératives sont fréquentes, ce n'est pas juste, elles ne sont pas fréquentes, le taux de lésions dégénératives chez les patients asymptomatiques entre 40 et 60 ans sont de l'ordre de 4 à 13 % selon des études de 95 et 2008, mais ces chiffres sont actuellement revus à la baisse avec les études plus récentes.

Le mécanisme de l'événement, un choc direct, peut justement créer des lésions de la face bursale avec choc au niveau de l'acromion et de dire qu'un choc latéral n'est pas compatible avec une déchirure du tendon de la coiffe des rotateurs n'est pas juste car c'est un des mécanismes également de déchirure de la coiffe des rotateurs.

De prétendre qu'il n'y a pas eu de pseudo-paralysie initiale ni de douleurs importantes n'est pas du tout un argument, car la pseudo-paralysie dans les lésions de la coiffe se voit dans les lésions larges et non pas dans des lésions du sus-épineux uniquement.

Pour finir, lorsque le Dr J._____ prétend que la première consultation a eu lieu plus de 10 semaines après, ceci est tout à fait typique dans les lésions de l'épaule. Nous voyons d'ailleurs souvent des patients consulter l'été pour des accidents de ski et l'hiver pour des accidents survenus durant l'été.

Ses arguments concernant la question no 6 ne sont à mon avis pas valables.

Dans un rapport du 21 août 2017, le Dr T._____ a fait part d'une évolution globale de l'épaule satisfaisante avec un retour à une mobilité normale, mais avec la persistance d'une gêne légère durant l'ensemble des activités quotidiennes en légère augmentation lors d'efforts physiques. Il n'y avait pas de récupération totale à attendre et l'intéressée s'accommodait de cette situation. Selon le Dr T._____, « les lésions que la patiente présente sont tout à fait compatibles avec une chute à ski bras au corps », avec la précision qu'un écrasement traumatique de la coiffe des rotateurs « prend, généralement, beaucoup plus que 6 mois à guérir ». Pour le reste, ce médecin renvoyait à l'avis de son confrère Dr F._____.

Invité à se prononcer par le biais d'un complément d'expertise, le Dr J._____ a confirmé qu'en ne tenant pas compte de la simple coïncidence chronologique, il n'existait aucun facteur objectivable permettant d'établir un lien de causalité probable entre la lésion partielle du tendon du sus-épineux mise en évidence à l'IRM et l'événement accidentel survenu dix mois plus tôt. Celui-ci avait révélé mais pas causé cette atteinte partielle (complément d'expertise orthopédique du 22 septembre 2017).

Le 12 septembre 2018, le Dr C._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur ainsi qu'en chirurgie de la main, a, à la demande de Z._____, réalisé une nouvelle expertise orthopédique. Dans son rapport du 10 octobre 2018, ce médecin a diagnostiqué une tendinopathie interstitielle modeste du sus-épineux de l'épaule gauche et un status après contusion latérale de l'épaule gauche le 26 février 2015 et répondu en ces termes au questionnaire de Z._____ :

1. *Anamnèse ?*

Cf ci-dessus.

2. *Quelles sont les plaintes de l'assurée ?*

Cf ci-dessus.

3. *Etat actuel, Constatations ?*

Cf ci-dessus.

4. *Diagnostic ?*

Cf ci-dessus.

5. *Des facteurs étrangers à cet accident jouent-ils un rôle dans l'évolution du cas ? Si oui, lesquels, depuis quand et dans quelle mesure ?*

Le lien de causalité naturelle entre l'état de l'épaule gauche de cette patiente et l'accident du 26.02.2015 est clairement exclu pour les raisons suivantes :

- l'âge de la patiente où les lésions dégénératives de la coiffe des rotateurs sont fréquentes et les lésions purement traumatiques rares.
- l'action vulnérante de l'événement du 26.02.2015 était un choc latéral sur l'épaule droite coude au corps et par conséquent inapproprié pour solliciter un tendon de la coiffe des rotateurs au-delà de son point de rupture, même d'une partie de ses fibres.
- absence d'impotence fonctionnelle immédiate de l'épaule gauche.
- suite à l'accident du 26.02.2015, l'épaule droite n'était pas véritablement douloureuse, mais il persistait seulement une certaine gêne à ce niveau qui ne l'empêchait pas de vivre une vie normale et notamment de continuer ses activités sportive[s].
- déclaration d'accident tardive (plus de 3 mois après l'accident).
- l'arthro-IRM du 06.01.2016 (10 mois après l'accident) ne montre aucune lésion traumatique, mais uniquement une tendinopathie modeste, purement interstitielle du tendon du sus-épineux, sans aucune solution de continuité. Il s'agit de troubles dégénératifs que l'on retrouve habituellement dans la tranche d'âge de la patiente, correspondant au vieillissement normal et banal de ces structures.

En conclusion, cette patiente présentait certainement déjà des troubles dégénératifs modestes de la coiffe des rotateurs de son épaule gauche avant l'accident du 26.02.2015. Ces troubles ne sont pas forcément symptomatique[s]. La symptomatologie peut généralement débuter n'importe quand, soit par la dynamique du vieillissement tendineux lui-même, soit en réponse à des événements ordinaires ou extraordinaires de la vie tels que des contusions banales ou des efforts. Sachant qu'une contusion simple de l'épaule guérit généralement sans séquelle en moins d'un mois, on peut raisonnablement partir du principe que le statu quo sine de l'accident du 26.02.2015 a dû être retrouvé dans ce laps de temps. Il faut par ailleurs rappeler qu'elle a pu pratiquer [s]es activités sportives normalement au courant du printemps 2015.

Le simple fait de l'absence anamnestique de gêne de l'épaule gauche avant l'accident et de la persistance d'une certaine gêne après l'accident ne suffit en aucune façon pour retenir une aggravation déterminante de ce dernier dans l'état résiduel de

l'épaule, à moins de donner dans le syllogisme du post hoc ergo propter hoc.

6. *Le déroulement de l'accident est-il de nature à causer une lésion du type de celle diagnostiquée par le Dr H. _____ en mai 2015 ?*

Non (cf ci-dessus).

7. *Le déroulement de l'accident est-il de nature à causer une lésion du type de celle révélée par l'IRM du 06.01.2016 ?*

Cf ci-dessus.

8. *Quelle est l'étiologie de la lésion révélée par l'IRM du 06.01.2016 ?*

Elle est de nature dégénérative, par ailleurs banale à l'âge de la patiente (cf ci-dessus).

9. *Les troubles constatés par le Dr H. _____ lors de la première consultation le 12.05.2015, sont-ils causés, même partiellement, par l'accident du 26.02.2015 de façon certaine, probable, possible ou exclue ? Comment motivez-vous votre réponse ?*

Le statu quo sine de l'accident a dû être retrouvé au plus tard après un mois (cf ci-dessus). Les troubles constatés par la suite ne sont donc plus en lien de causalité naturelle avec ce dernier.

10. *Les lésions révélées par l'IRM du 06.01.2016, soit près de 10 mois après l'accident, sont-elles causées, même partiellement, par l'accident du 26.02.2015 de façon certaine, probable, possible ou exclue ? Comment motivez-vous votre réponse ?*

Le lien de causalité est clairement exclu pour les raisons mentionnées plus haut.

11. *Si seule une lésion ne ressortant pas de l'art. 9 al. 2 OLAA est en relation de causalité avec l'accident (et donc pas une déchirure tendineuse), quant peut-on considérer que le statu quo sine ou le statu quo ante a été atteint au degré de vraisemblance prépondérante ? Comment motivez-vous votre réponse ?*

Le statu quo sine a dû être retrouvé au plus tard après un mois (cf ci-dessus). A noter qu'une « déchirure tendineuse » est un abus de langage usuel des radiologues, mais aussi d'autres médecins pour désigner ce qu'il conviendrait d'appeler une « tendinopathie » (interstitielle ou perforante) car il est impossible de présumer de la nature traumatologique ou dégénérative de ces troubles sur la seule base d'une image radiologique ou d'IRM. Cet abus de langage est d'autant plus déplorable que les lésions dégénératives à ce niveau sont beaucoup plus fréquentes que les lésions purement traumatiques.

12. *Si une déchirure tendineuse doit être considérée comme étant en relation de causalité avec l'accident, à partir de quelle date pouvez-vous en toute bonne foi médicale affirmer que les troubles de l'épaule gauche sont dus exclusivement à l'état dégénératif ?*

Le statu quo sine a dû être retrouvé au plus tard après un mois pour les raisons développées ci-dessus.

13. *Un traitement peut-il encore apporter une amélioration ? Si oui, lequel, par qui et de quelle durée ?*

Sans objet vu que le statu quo sine a été retrouvé depuis longtemps. Par ailleurs, la gêne résiduelle est modeste et ne justifie certainement pas de traitements chirurgicaux ni d'infiltrations de PRP. La patiente fut à mon avis bien avisée de surseoir à ces propositions.

14. *D'autres mesures ou investigations sont-elles indiquées ?*

Non.

15. *Pronostic ? Des séquelles définitives en relation avec l'accident du 26.02.2015 sont-elles prévisibles ?*

Sans objet vu que le statu quo sine a été retrouvé au plus tard après un mois.

16. *Remarques*

Les avis médicaux des Drs F. _____ et du Dr T. _____ ne sont pas convaincants ni neutres.

Par décision sur opposition du 8 avril 2019, Z. _____ a rejeté l'opposition formée par l'assurée contre sa décision du 8 juin 2017, en se fondant sur l'avis des experts J. _____ et C. _____.

B. **a)** Par acte du 23 mai 2019, I. _____, représentée par Me Flore Primault, a recouru contre cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant, principalement, à l'annulation de cette décision et à la prise en charge des suites de l'événement du 26 février 2015 au-delà du 26 août 2015, subsidiairement, à l'annulation de cette décision et au renvoi de la cause à Z. _____ afin qu'elle statue dans le sens des considérants. En substance, l'assurée a fait valoir que l'appréciation des Drs J. _____ et C. _____ ne pouvait l'emporter sur l'avis divergent des Drs F. _____ et T. _____ et qu'il subsistait, quoi qu'il en soit, des doutes suffisants quant à la pertinence et

la fiabilité des pièces médicales établies par les experts, justifiant la mise en œuvre d'une expertise judiciaire indépendante.

b) Dans sa réponse du 25 juillet 2019, Z. _____ a conclu au rejet du recours. Elle a estimé avoir, à juste titre, refusé de prendre en charge les troubles de l'épaule gauche au-delà du 26 août 2015 dès lors que ceux-ci n'étaient pas en relation de causalité avec l'événement survenu le 26 février 2015, mais présentaient un caractère exclusivement maladif ou dégénératif.

c) Au terme d'un second échange d'écritures des 8 octobre et 25 novembre 2019, les parties ont maintenu leur position respective. L'assurée a requis une nouvelle fois la mise en œuvre d'une expertise « indépendante émanant d'un médecin spécialiste FMH en orthopédie/chirurgie de l'épaule ».

E n d r o i t :

1. a) La LPGA 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) 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. a) A teneur de la décision attaquée, il convient de constater que l'intimée a admis le caractère accidentel de l'événement survenu le

26 février 2015, puisqu'elle a accepté de prêter jusqu'au 26 août 2015. Est par conséquent seule litigieuse la question de savoir si la recourante a droit à des prestations de l'assurance-accidents (traitement médical) pour la période postérieure au 26 août 2015.

b) On précisera que les modifications introduites par la nouvelle du 25 septembre 2015, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017 et modifiant diverses dispositions de la LAA, ne sont pas applicables au cas d'espèce, vu la date de l'accident assuré (cf. ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification [RO 2016 4388]).

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.

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. Lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations

fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 142 V 435 consid. 1 ; 129 V 177 consid. 3.1, 402 consid. 4.3.1 et les arrêts cités).

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 et les références citées ; TF 8C_727/2016 du 20 octobre 2017 consid. 3). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 138 V 248 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_220/2016 du 10 février 2017 consid. 7.3).

Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident en question (*statu quo sine* ; TF 8C_283/2017 du 26 novembre 2017 consid. 3.2 et la référence citée).

4. D'après 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. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais

son contenu. A cet égard, il importe 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 des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

5. a) Depuis sa chute survenue le 26 février 2015, il est établi que la recourante a présenté des douleurs constantes d'intensité fluctuante à son épaule gauche (rapports du Dr H. _____ des 9 octobre 2015 et 23 juillet 2017 ; rapport de visite du 18 juillet 2016). L'arthro-IRM du 6 janvier 2016 a mis en évidence, en l'absence de toute autre lésion traumatique ou dégénérative, la présence d'une déchirure partielle du tiers médian du tendon sus-épineux, associée à une minime bursite sous-acromio-deltoïdienne sans autre lésion associée. Certes, la recourante n'a pas consulté un médecin dans les suites immédiates de sa chute et a poursuivi la pratique de ses activités sportives normalement au courant du printemps 2015. Un tel comportement ne saurait toutefois porter préjudice à la recourante. Le fait de ne pas consulter signifie uniquement que l'atteinte n'entraînait pas au quotidien une gêne importante. En effet, il n'est pas rare que les patients attendent de voir comment les douleurs évoluent avant d'aller trouver un médecin et, comme l'a souligné le Dr F. _____ (rapport du 17 août 2017), qu'ils consultent l'été pour des accidents de ski et l'hiver pour des accidents survenus au cours de l'été. Au surplus, il y a lieu de relever que l'intervention de l'assurance-accidents ne présuppose pas l'existence d'une impotence fonctionnelle majeure du membre lésé au moment de la survenance de l'accident.

b) Cela étant constaté, la Cour de céans peine à suivre le raisonnement développé par les Drs J. _____ et C. _____, aux termes duquel la lésion du tendon sus-épineux serait d'origine exclusivement dégénérative. Afin de pouvoir retenir une telle conclusion, il faudrait qu'il soit établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la déchirure

constatée à l'arthro-IRM du 6 janvier 2016 est antérieure à l'événement traumatique du 26 février 2015 ou qu'elle n'est survenue qu'après cette date. Or il convient de souligner que le Dr J._____ a indiqué qu'il n'y avait pas d'état maladif préexistant démontré ni de séquelle d'un accident précédent. A suivre les experts, il y aurait lieu de présumer, au vu de l'âge de la recourante, que les lésions de l'épaule ont une origine dégénérative, motif pris que les lésions dégénératives des tendons de la coiffe des rotateurs seraient fréquentes et les lésions purement traumatiques rares. La littérature médicale la plus récente souligne à cet égard que les critères d'âge sont désuets et ne constituent pas des indices pertinents (ALEXANDRE LÄDERMANN et *alii*, Lésions transfixiantes dégénératives ou traumatiques de la coiffe des rotateurs, *in* Swiss Medical Forum, 2019, p. 262). Un tel raisonnement ne permet par ailleurs pas d'exclure que l'atteinte présentée par la recourante dans le cas d'espèce ne pourrait pas avoir une origine traumatique. Or on est en droit d'attendre d'un expert qui entend nier l'origine accidentelle des lésions constatées qu'il étaye son point de vue par des données d'ordre démographique, anamnestique, clinique, radiographique et peropératoire (cf. LÄDERMANN et *alii*, *op. cit.*, p. 267) et fournisse des explications circonstanciées sur le processus - non traumatique - qu'il estime être à l'origine des lésions constatées et sur les raisons précises pour lesquelles le mécanisme accidentel n'a pas pu objectivement causer lesdites lésions ; il doit fonder son point de vue sur des éléments cliniques objectifs et non sur la base de simples règles d'expérience assénées de manière péremptoire. Lorsque le Dr C._____ soutient que la recourante « présentait certainement déjà des troubles dégénératifs modestes de la coiffe des rotateurs de son épaule gauche avant l'accident du 26.02.2015 », il formule une conclusion dénuée de tout fondement objectif. Quant à l'affirmation des experts d'après laquelle le mécanisme de l'accident (choc direct latéral) était inapproprié pour solliciter un tendon de la coiffe des rotateurs au-delà de son point de rupture, il y a lieu de constater qu'elle est fermement contestée par les Drs F._____ (rapport du 17 août 2017) et T._____ (rapport du 21 août 2017), lesquels fondent leur position, contrairement aux experts, sur des explications circonstanciées (cf. LÄDERMANN et *alii*, *op. cit.*, p. 263). On relèvera au surplus que les experts ne sont pas d'accord entre eux sur la

durée du *statu quo sine* ; alors que le Dr J._____ est d'avis qu'« on peut établir un *statu quo sine* 6 mois après l'événement en cause », le Dr C._____ retient quant à lui que le « *statu quo sine* a dû être retrouvé au plus tard après un mois ».

c) Sur le vu de ce qui précède, force est de constater que les troubles que la recourante présentait à l'épaule gauche le 26 août 2015 étaient, au degré de la vraisemblance prépondérante, en lien de causalité avec l'événement traumatique survenu le 26 février 2015 et que, partant, c'est à tort que l'intimée a mis un terme au versement de ses prestations.

6. Le dossier contenant suffisamment d'éléments pour permettre à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, la mise en œuvre d'un complément d'instruction sous la forme d'une expertise médicale apparaît inutile. Il convient en effet de rappeler que si l'assureur ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu de rechercher d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 141 I 60 consid. 3.3 ; 136 I 229 consid. 5.3 ; TF 8C_139/2016 du 24 octobre 2016 consid. 4.2).

7. a) Bien fondé, le recours doit en conséquence être admis, ce qui entraîne l'annulation de la décision attaquée.

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 3'000 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
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est admis.
- II. La décision sur opposition rendue le 8 avril 2019 par Z. _____ est annulée.
- III. Il n'est pas perçu de frais de justice.
- IV. Z. _____ versera à I. _____ une indemnité de 3'000 fr. (trois mille 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 Flore Primault (pour I. _____),
- Z. _____,
- Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP),

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 :