

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 10 mai 2021

Composition : M. PIGUET, président
Mme Pasche, juge, et M. Bonard, assesseur
Greffier : M. Schild

Cause pendante entre :

W._____, à Morges, recourante, représentée par Me Guy Longchamp,
avocat à Assens,

et

E._____ **SA**, à Winterthur, intimée, représenté par Me Patrick Moser,
avocat à Lausanne.

Art. 6 al. 1 et 36 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. a) W._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1975, travaille en qualité de stagiaire aide-vendeuse pour le compte d' [...], à l'Université de [...]. A ce titre, elle est assurée contre le risque d'accidents auprès d'E._____ SA (ci-après : E._____ SA ou l'intimée).

b) Le 23 février 2018, W._____ a chuté dans les escaliers de sa salle de sport, heurtant son genou gauche et son épaule droite.

L'assurée a été admise le jour-même à l'Hôpital de [...]. Dans un rapport établi le 23 février 2018, la Dre V._____ a retenu les diagnostics de contusion de l'épaule droite ainsi que de plaie profonde au genou gauche. L'intéressée présentait une douleur importante au niveau de l'épaule droite avec une impotence fonctionnelle sur douleur ; au status, il existait une douleur en palpation de la tête humérale droite, une mobilisation possible en flexion mais douloureuse, restant impossible à tester ; il n'y avait pas de déformation, pas de lésion cutanée ni d'hématome. Concernant le genou gauche, l'intéressée présentait une plaie transversale propre de 7 cm, profonde, en regard de la partie antéro-inférieure de la patella gauche.

Le 10 avril 2018, E._____ SA a accordé à l'assurée des indemnités journalières dès le 5 mars 2018.

Une imagerie à résonance magnétique a été effectuée le 3 mai 2018 au Centre d'imagerie de [...]. Une tendinopathie sévère du sous-épineux s'étendant jusqu'à la jonction musculotendineuse, une fissure transfixiante de trois millimètres à l'insertion du bord antérieur du sus-épineux, une bursite sous acromiale ainsi qu'une probable entorse d'un os acromial ont été mises en évidence.

L'assurée a ensuite été adressée au Dr N._____, spécialiste en orthopédie et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans son rapport du 2 juillet 2018, ce médecin a retenu une déchirure transfixiante de la

coiffe postéro-supérieure avec une tendinopathie du tendon du biceps (chef long), une suspicion d'une rupture crâniale du tendon sous-scapulaire, un conflit sous-acromial droit, une tendinopathie sévère d'une partie du tendon sous-épineux avec une infiltration adipeuse partielle du muscle sous-épineux de l'épaule droite. Ce médecin relevait que les radiographies effectuées durant le mois de février montraient un conflit sous-acromial à même de favoriser les ruptures de surcharge de la coiffe supérieure.

Le 14 août 2018, l'assuré a subi une intervention chirurgicale sous la forme d'une arthroscopie de l'épaule avec ténotomie du biceps, synovectomie, décompression sous acromiale sans acromioplastie et reconstruction de la coiffe (deux tendons, double rangée ; quatre ancrés). Le Dr N. _____ s'est chargé de l'intervention.

E. _____ SA a alors consulté son médecin-conseil, soit le Dr Q. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Ce dernier s'est prononcé le 23 août 2018 et a conclu qu'un lien de causalité naturelle entre l'accident du 23 février 2018 et l'état actuel de l'épaule droite de l'assurée était très peu probable. Selon le Dr Q. _____, l'action vulnérable décrite initialement était une contusion de l'épaule, impropre à solliciter un tendon de la coiffe des rotateurs au-delà de son point de rupture. Les radiographies effectuées en février 2018 montraient en outre une tendinopathie calcifiante de la coiffe des rotateurs droits, classiquement considérée comme une lésion dégénérative qui survient dans l'immense majorité des cas sans aucune notion de traumatisme. Les examens radiologiques et l'IRM avaient également décrit toute une série de lésions constitutionnelles (os acromial) et dégénératives (tendinopathie fissuraire de tous les tendons de la coiffe, avec dégénérescence graisseuse de leur corps musculaire et remaniement dégénératif de leur insertion osseuse, aspect dégénératif du labrum). Ainsi, l'épaule droite de l'assurée présentait certainement un état précaire préexistant. La symptomatologie avait été révélée et non pas causée par la contusion intervenue le 23 février 2018. Pour le Dr Q. _____, le *statu quo sine* de l'événement avait été atteint un mois plus

tard, ce qui correspondait d'ailleurs à la tentative de reprise du travail de l'assurée à 50%.

Par décision du 2 octobre 2018, E. _____ SA a ainsi mis un terme au versement des prestations de l'assurance-accident à compter du 23 mars 2018. L'assurée, par le biais de son curateur, s'y est opposée le 1^{er} novembre 2018.

Le Dr N. _____ a établi un nouveau rapport en date du 11 décembre 2018 et développé notamment les considérations suivantes :

J'ai discuté avec la patiente et son généraliste le Dr D. _____ du fait que nous devons contester la décision du Dr Q. _____ pour les raisons suivantes :

1. La patiente de jeune âge (43 ans) avait subi une chute majeure avec contusion et dermabrasion au niveau de l'épaule, de la main et une plaie profonde au niveau du genou qui a créé un mécanisme qui est adéquat pour mener à une déchirure de la coiffe des rotateurs.

2. La patiente n'avait pas de problème avec son épaule droite avant l'accident et une déchirure co-incidentelle par usure et mécanisme dégénératif serait très peu vraisemblable compte tenu du jeune âge de la patiente (43 ans).

Malgré quelques signes dégénératifs coexistant, une déchirure transfixiante de la coiffe des rotateurs à l'âge de 43 ans sans problème avant l'accident est très peu vraisemblable.

3. L'IRM du mois de mai 2018 montre une trophicité normale de plusieurs tendons de la coiffe des rotateurs. Une déchirure transfixiante de deux tendons (supra-épineux et infra-épineux) coexistant est plutôt d'origine accidentelle que dégénérative. Je note qu'une petite partie du muscle infra-épineux montre une infiltration graisseuse associée à un état œdémateux du tendon infra-épineux du foot print jusqu'à la jonction musculo-tendineuse est un signe spécifique des lésions du muscle et tendon infra-épineux qui est décrit dans la littérature (Walch, Nové-Josserant, Liotard et Noël, 2009). Ces déchirures font parties des déchirures musculaires et ces lésions peuvent mener à une infiltration graisseuse rapide de tout le muscle infra-épineux déjà six à douze mois après l'accident. Une infiltration graisseuse partielle de moins de 25% du muscle que nous voyons sur l'IRM de la patiente du mois de mai 2018 est tout à fait compatible à une lésion suite à un accident au mois de février 2018. Pour les raisons 1 à 3 susmentionnées, je vous prie de revoir votre décision du mois d'octobre 2018. A mon avis, la déchirure de la coiffe des rotateurs, notamment des tendons supra-épineux et infra-épineux doivent être pris en charge par l'assurance-accident.

Le 13 mars 2019, l'assurée, par l'intermédiaire de son conseil, Me Guy Longchamp, a complété son opposition, concluant au réexamen

de la décision attaquée ainsi qu'au versement des prestations de l'assurance-accident jusqu'à la stabilisation de son état de santé.

Devant ces nouveaux éléments, E. _____ SA a consulté une nouvelle fois son service médical, par le biais cette fois du Dr Z. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Ce dernier, dans un bilan asséculoologique du 8 avril 2019, retenait l'existence de stigmates dégénératifs sur l'épaule droite de l'assurée à type de calcifications tendineuses, et donc un état dégénératif préexistant. A son avis, une contusion de l'épaule s'était produite qui avait déstabilisé de façon temporaire l'état antérieur de l'articulation en question. Ainsi, il existait un lien de causalité probable entre la contusion à l'épaule droite et l'accident en question, celui-là ne pouvant pourtant être tenu pour responsable de la survenance des autres lésions. Concernant la récupération des suites de l'accident, le Dr Z. _____ arrêtait une récupération fonctionnelle au 24 mai 2018, l'accident ayant à ce moment cessé ses effets délétères. Dès cette date, il y avait lieu de considérer que l'on se trouvait uniquement en présence de l'évolution naturelle des troubles dégénératifs.

Par décision sur opposition du 29 avril 2019, E. _____ SA a très partiellement admis l'opposition de l'assurée en ce sens que les prestations de l'assurance-accident devaient être allouées jusqu'au 23 mai 2018. Elle relevait que les avis des Drs Q. _____ et Z. _____ étaient convaincants et que l'accident avait simplement aggravé temporairement un état antérieur. A cet égard, la présence d'une infiltration graisseuse au niveau de la coiffe des rotateurs témoignait de l'ancienneté de la rupture du sous-épineux.

B. **a)** Par acte du 31 mai 2019, W. _____ a, par l'intermédiaire de son mandataire, déféré cette décision sur opposition auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud, concluant principalement au maintien des indemnités journalières et de la prise en charge des soins médicaux au-delà du 23 mai 2019, subsidiairement au renvoi du dossier pour nouvelle instruction et décision

dans le sens des considérants. Elle contestait en substance la position d'E._____ SA, soit que l'accident subi avait simplement aggravé un état dégénératif antérieur. Cette conclusion relevait de la pure hypothèse et s'opposait aux avis des Drs D._____ et N._____.

b) Dans sa réponse du 30 septembre 2019, E._____ SA, par l'intermédiaire de son mandataire, Me Patrick Moser, a conclu au rejet du recours ainsi qu'à la confirmation de la décision attaquée. Il n'existait au dossier aucune raison suffisante de s'écarter des conclusions des Drs Q._____ et Z._____, leurs rapports apparaissant comme concluants et exempts de contradictions. Pour l'assureur, quel que fût le choc ressenti par l'intéressée lors de sa chute de sa propre hauteur en février 2018, cet événement n'avait provoqué qu'une simple contusion de l'épaule. Le cursus de l'épaule droite était ainsi manifestement régi par le potentiel évolutif des nombreuses lésions purement dégénératives qui affectaient l'articulation. Il était ainsi justifié qu'elle mette un terme à son devoir d'indemnisation au 23 mai 2018.

c) Par réplique du 29 juin 2020, l'assurée a confirmé les conclusions prises à l'occasion de son recours. A l'occasion d'observations complémentaires déposées le 14 juillet 2020, l'assurée a allégué que les avis médicaux produits par ses médecins traitants allaient clairement dans le sens de la littérature médicale et juridique pertinente et devaient entraîner l'admission de ses conclusions. A l'appui de ses observations, l'intéressée a produit un rapport du 8 juillet 2020 rédigé par le Dr N._____, identique à celui précédemment établi le 11 décembre 2018.

d) Dupliquant le 9 octobre 2020, E._____ SA a maintenu ses conclusions. Elle mettait en évidence que le Dr N._____ lui-même avait relevé que la rupture traumatique rapportée était intervenue sur un terrain d'usure chronique en lien notamment avec le BMI important de l'intéressée. Elle estimait qu'il n'existait objectivement aucun élément allant dans le sens d'une chute majeure et que le médecin-traitant ne pouvait pas nier l'existence d'un terrain d'usure préexistante (état de la coiffe des rotateurs lors de l'intervention chirurgicale), de remaniements

dégénératifs du tubercule majeur ainsi que d'un mélange de signes dégénératifs et de signes traumatiques.

e) Le 14 décembre 2020, l'assurée a, à la demande de la Cour de céans, produit le protocole opératoire de l'arthroscopie du 14 août 2018.

f) Dans ses déterminations du 13 janvier 2021, E. _____ SA a indiqué que le procès-verbal de l'opération ne faisait que confirmer les éléments médicaux versés au dossier (tendinopathie, lésions dégénératives, inflammation, suspicion d'une lésion antérieure, déchirure transfixiante feuilletée) et que l'avis du Dr N. _____ était en définitive parfaitement superposable aux autres avis médicaux versés au dossier. Elle maintenait ainsi l'intégralité de ses précédentes conclusions.

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 de la loi sur la procédure administrative du 28 octobre 2008 [LPA-VD ; BLV 173.36]) et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. A teneur de la décision attaquée, il convient de constater que l'intimée a admis le caractère accidentel de l'événement survenu le 23

février 2018, puisqu'elle a accepté de prester jusqu'au 23 mai 2018. Est par conséquent seule litigieuse la question de savoir si la recourante a droit à des prestations de l'assurance-accidents pour la période postérieure au 23 mai 2018.

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) 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).

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). 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 (*statu quo sine*) (TF 8C_283/2017 du 26 novembre 2017 consid. 3.2 et 8C_354/2007 du 4 août 2008 consid. 2.2).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 142 V 435 consid. 1 avec les références citées).

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. 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) Pour pouvoir examiner le droit aux prestations, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que les médecins, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées). Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont

contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

b) C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a et les références citées ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

c) Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2 et la référence) entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité. La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (ATF 117 V 265 consid. 3b et les références ; TF 8C_383/2018 du 10 décembre 2018 consid. 3.2 ; voir également ATF 139 V 176 consid. 5.2).

5. a) En premier lieu, il sied de relever que la recourante a, dans les suites directes de sa chute survenue le 23 février 2018, présenté des douleurs à son épaule droite associée à une impotence fonctionnelle (rapports des docteurs V. _____ du 23 février 2018, N. _____ du 2 juillet 2018 et D. _____ du 24 juillet 2018). L'IRM du 3 mai 2018 a mis en évidence une tendinopathie sévère du sous-épineux s'étendant jusqu'à la jonction musculotendineuse, une fissure transfixiante de 3 mm à l'insertion du bord antérieur du sus-épineux, une bursite sous-acromiale ainsi qu'une probable entorse d'un os acromial.

b) Comme développé précédemment (consid. 3b), il faut et il suffit selon la jurisprudence que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé. Autrement dit, le fait que l'événement traumatique ait aggravé une déchirure préexistante et asymptomatique est suffisant pour justifier l'intervention de l'assurance-accidents.

c) Dans le cas d'espèce, trois médecins ont exprimé un avis circonstancié quant à la question de savoir si les lésions constatées relèvent d'un processus dégénératif ou d'un événement traumatique.

Dans son appréciation du 23 août 2018, le docteur Q. _____ a estimé, compte tenu de la règle d'expérience selon laquelle les contusions guérissent dans l'immense majorité en moins d'un mois, que le *statu quo sine* avait dû être retrouvé à cette échéance. Ce médecin a notamment relevé que le mécanisme accidentel était totalement inapproprié pour solliciter les tendons de la coiffe des rotateurs au-delà de leur point de rupture. Il semble toutefois que le docteur Q. _____ ait sous-estimé l'importance de l'accident. Ainsi que le met en évidence le docteur N. _____ dans son rapport du 11 décembre 2018, la recourante a fait une chute dans des escaliers - et non simplement de sa hauteur comme indiqué par le docteur Z. _____ dans son bilan asséurologique du 8 avril 2019 - avec contusion et dermabrasion au niveau de l'épaule, de la main et une plaie profonde au niveau du genou gauche. Au vu des circonstances de la chute, on ne saurait parler d'une chute bénigne, mais

bien d'une chute avec un risque potentiel de blessures graves, notamment à l'épaule (à propos des actions vulnérantes susceptibles d'entraîner une lésion traumatique de la coiffe des rotateurs, ALEXANDRE LÄDERMANN et *alii*, Lésions transfixiantes dégénératives ou traumatiques de la coiffe des rotateurs, in Swiss Medical Forum, 2019, p. 263). Il convient ensuite de relever que les docteurs Q._____ et Z._____ ont passé sous silence le fait que la recourante avait présenté une impotence immédiate de son épaule droit à la suite de son accident. Or la littérature médicale la plus récente précise qu'une atteinte immédiate de la mobilité active en élévation, en rotation externe ou le développement d'une épaule pseudoparalytique était classiquement retrouvée après un accident (cf. ALEXANDRE LÄDERMANN et *alii*, op. cit., p. 262).

Il n'est toutefois pas contestable que la recourante présentait un certain nombre de lésions dégénératives préexistantes. A ce propos, le docteur Q._____ a estimé que la recourante présentait « certainement un état préexistant précaire de son épaule droite » dont la symptomatologie avait été révélée et non pas causée par la contusion qu'elle avait subie le 23 février 2018. En procédant de la sorte, le docteur Q._____, rejoint en cela par le docteur Z._____, fournit cependant une appréciation globale et indifférenciée de la situation, sans procéder à une analyse détaillée de chaque lésion constatée. Un raisonnement fondé sur la seule présence de lésions dégénératives préexistantes ne permet toutefois pas d'exclure que certaines lésions présentées par la recourante aient pu trouver leur origine dans l'événement traumatique qu'elle avait subi. Or le docteur N._____ a expressément indiqué que la recourante présentait un mélange de signes dégénératifs et de signes d'un traumatisme aigu avec rupture traumatique et accidentelle de deux tendons de la coiffe des rotateurs. Ce médecin a notamment précisé que la présence au mois de mai 2018 d'une infiltration graisseuse partielle de moins de 25 % du muscle n'était pas incompatible avec une lésion consécutive à un accident survenu au mois de février 2018 (cf. ALEXANDRE LÄDERMANN et *alii*, op. cit., p. 265). Quant à la doctrine médicale la plus récente, elle a souligné que les lésions transfixiantes de la coiffe purement

dégénératives étaient rares (cf. ALEXANDRE LÄDERMANN et *alii*, op. cit., p. 262).

d) Compte tenu de ce qui précède, il y a lieu de retenir, au vu de l'ensemble des éléments mis en évidence (mécanisme lésionnel, atteinte immédiate à la mobilité, infiltration graisseuse), qu'il existe une relation probable entre l'accident et la déchirure transfixiante des tendons sus-épineux et sous-épineux, si bien que l'intimée n'était pas fondée, eu égard à l'art. 36 al. 1 LAA, à refuser de prendre en charge le cas pour la période postérieure au 23 mai 2018.

6. 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 dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020, applicable conformément à l'art. 83 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). Après examen de la liste des opérations déposée le 19 février 2021, il convient de constater que l'activité déployée dépasse ce qu'admet la pratique de la Cours dans l'estimation du temps objectivement requis pour le traitement de cas de ce genre, eu égard à l'importance et à la complexité du litige. Compte tenu de ces éléments ainsi que du temps requis par le traitement d'une telle affaire, il se justifie de fixer l'indemnité forfaitairement à 4'000 fr., débours et TVA compris, et de la mettre à la charge de l'autorité intimée (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]).

d) Par décision du juge instructeur du 29 juillet 2019, la recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 29 mai 2019 et a obtenu à ce titre la commission d'un avocat d'office en la personne de Me Guy Longchamp. Ce dernier a produit sa liste des

opérations le 19 février 2021. Il en ressort un total de 24 heures et 42 minutes. Cette durée semble toutefois exagérée. En particulier, de nombreux courriels adressés à la recourante ne semblent pas s'inscrire raisonnablement dans l'accomplissement de sa tâche, mais consister en la simple transmission de copies de courriers, ce qui relève d'un pur travail de secrétariat. Pour ce motif déjà, il y a lieu de réduire de 5 heures le temps consacré à l'accomplissement du mandat. Ce faisant, le montant des dépens arrêté ci-dessus correspond au moins à ce qui aurait été alloué au titre de l'assistance judiciaire. Partant, il n'y a pas lieu, en l'état, de fixer plus précisément l'indemnité d'office du conseil de la recourante.

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision sur opposition rendue le 29 avril 2019 par E. _____ SA est annulée.

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

- IV. E. _____ SA versera à W. _____ une indemnité de 4'000 fr. (quatre 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 Longchamp, pour la recourante,
- Me Moser, pour l'intimée,

- l'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).

Le greffier :