

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 18 juin 2020

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
MM. Piguet, juge, et Reinberg, assesseur
Greffière : Mme Chaboudez

Cause pendante entre :

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

et

B. _____, à [...], intimée.

Art. 6 LAA

E n f a i t :

A. **a)** Z. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1983, était employée comme serveuse à 50 % par le Café Restaurant [...] à [...] et était, à ce titre, assurée contre les accidents professionnels et non professionnels ainsi que contre les maladies professionnelles auprès de B. _____ (ci-après : B. _____ ou l'intimée).

Par déclaration d'accident du 11 mai 2018, son employeur a annoncé à B. _____ que lors d'un match de volleyball, le 26 avril 2018, l'assurée s'était blessée aux deux épaules, qu'elle présentait une bursite et une tendinite à la suite de l'effort sportif et du fait qu'elle était tombée à plusieurs reprises.

L'assurée s'est retrouvée en totale incapacité de travail dès le 18 mai 2018.

Les radiographies des épaules réalisées le 24 mai 2018 étaient dans la norme et l'échographie effectuée le même jour avait révélé la présence d'une tendinopathie chronique du sus-épineux droit sans déchirure associée.

Selon une notice du 3 août 2018, l'assurée a expliqué à une collaboratrice de B. _____ que lors du match de volleyball, elle avait glissé et était tombée sur ses bras violemment, que ses épaules étaient alors parties en arrière et qu'elle avait entendu un craquement dans les épaules. Elle n'était pas allée consulter de suite car elle travaillait dans la restauration et ne pouvait pas manquer son travail, malgré les douleurs. Elle avait fini par aller consulter quelques jours plus tard en raison de douleurs violentes, qui l'empêchaient notamment de trouver une position adéquate pour dormir. Elle avait été en incapacité de travail totale durant deux mois et avait repris son emploi le 30 juillet 2018, précisant avoir également eu congé entre deux.

Dans un rapport médical initial LAA du 23 août 2018, la Dre M. _____, médecin praticien, a posé le diagnostic d'omalgie bilatérale sur conflit sous-acromial, compliqué par une bursite symptomatique et un syndrome myofacial des trapèzes. Il était précisé que l'assuré était tombée à plusieurs reprises, dont une fois plus fortement sur les mains, que ses épaules étaient alors parties en arrière et elle avait entendu un « clac ». Son incapacité de travail avait été totale du 18 mai au 7 juillet 2018 et le traitement terminé à l'issue des séances de physiothérapie.

Une arthro-IRM de l'épaule droite a été effectuée le 30 août 2018. Le Dr I. _____, spécialiste en radiologie, a décrit un tendon du sus-épineux présentant une petite discontinuité de la surface articulaire à proximité de son insertion trochitérienne, ce qui l'a conduit à conclure à l'existence d'une petite déchirure partielle, inférieure à 50 % de l'épaisseur musculaire, de la face articulaire du supra-spinatus. Une minime quantité de liquide était visible dans la bourse sous-acromio-deltôïdienne, mais elle pouvait aussi être la conséquence d'une petite fuite par le point d'injection articulaire. Il n'y avait en revanche pas de lésion labrale, ni de type SLAP.

Des certificats d'arrêt de travail ont été établis par le Dre M. _____ et le Dr P. _____, spécialiste en rhumatologie, pour les périodes du 18 mai au 7 juillet 2018 en raison de l'accident.

b) Il ressort d'une note au dossier que l'épouse de l'employeur a indiqué par téléphone le 4 septembre 2018 que l'assurée était à nouveau en arrêt mais pour cause de maladie.

De nouvelles incapacités de travail ont été attestées du 28 août au 7 septembre 2018 par la Dre M. _____, pour cause de maladie, puis du 7 au 30 septembre 2018 par le Dr G. _____, médecin au Centre [...], secteur psychiatrie, également pour cause de maladie.

La comptable de l'employeur de l'assurée a requis le 3 octobre 2018 le décompte des indemnités accident, indiquant qu'elle préparait une demande d'indemnité pour la maladie.

c) A la demande de B._____, le Dr N._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin conseil de l'assurance, s'est prononcé sur le dossier de l'assurée le 27 septembre 2018. Il a relevé que l'examen par IRM avait montré une petite lésion du sus-épineux qui était très probablement préexistante, que l'événement du 26 avril 2018 avait aggravé de façon temporaire un état préexistant et qu'on pouvait établir un *statu quo sine* trois mois après l'événement en cause. Ainsi, il a considéré que le lien de causalité entre l'accident du 26 avril 2018 et les troubles constatés était probable durant trois mois, les dommages s'étant aggravés compte tenu de l'état antérieur et le *statu quo sine* étant fixé à trois mois.

d) Par décision du 5 octobre 2018, B._____ a pris en charge les suites de l'événement du 26 avril 2018 jusqu'au 26 juillet 2018, renonçant toutefois au remboursement des prestations payées jusqu'au 23 août 2018.

Par courrier du même jour, B._____ a informé l'employeur de l'assurée de sa décision et de ce que l'assureur-maladie devait ensuite se prononcer sur la prise en charge de l'incapacité de travail et des soins.

L'assureur maladie a déposé une opposition de principe à la décision en attendant de pouvoir se déterminer après avoir pris connaissance du dossier.

L'assurée s'est également opposée à cette décision par acte du 26 octobre 2018, qu'elle a complété le 5 novembre 2018 par l'intermédiaire de sa mandataire. Elle a fait valoir que rien n'établissait que la lésion du sus-épineux était préexistante et que le Dr N._____ ne motivait pas son point de vue.

Le 15 janvier 2019, l'assurée a produit un rapport établi le 9 janvier 2019 par le Dr L._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation. Celui-ci a posé les diagnostics de subluxation postérieure des deux épaules suite à une chute, de rupture partielle du tendon du sus-épineux de l'épaule droite et de bursite sous acromiale post-traumatique de l'épaule droite. Selon lui, ces lésions étaient entièrement en relation avec l'événement traumatique du 26 avril 2018, puisque l'assurée n'avait jamais souffert de ses épaules auparavant. Les quelques années où elle avait pratiqué le volley-ball durant l'adolescence ne pouvaient en aucun cas provoquer une lésion structurelle anatomique d'un tendon de la coiffe des rotateurs. Le mécanisme traumatique était en outre cohérent avec ce type de lésions. L'atteinte tendineuse partielle de la face articulaire du tendon du sus-épineux allait contre l'hypothèse éventuelle d'un conflit sous-acromial chronique et la présence d'une bursite post-traumatique allait encore plus dans le sens accidentel. Il n'y avait donc à son avis aucun état préexistant. Il a en outre estimé qu'on ne pouvait établir un *statu quo sine* trois mois après un événement traumatique quand il s'agissait d'une lésion tendineuse, qui pouvait prendre jusqu'à douze mois pour une guérison, complète ou non. Il considérait ainsi que la causalité naturelle pouvait continuer au minimum jusqu'au printemps 2019.

Dans un complément de rapport médical du 22 février 2019, le Dr N._____ a estimé que le diagnostic de subluxation postérieure des deux épaules n'était pas basé sur des faits objectivables, qu'aucune lésion du labrum n'avait été diagnostiquée ni aucune lésion à l'épaule gauche. Les lésions par usure des tendons de la coiffe des rotateurs étaient très fréquentes, non seulement liées à l'âge mais aux activités sportives, en particulier les sports tels que le basketball et le volleyball. A son avis, il n'y avait pas de lien probable entre la lésion du tendon du sus-épineux et l'événement en cause, du fait que l'action vulnérante était inappropriée pour solliciter le tendon du sus-épineux au-delà de la rupture, qu'il n'y avait pas eu de pseudo-paralysie initiale, que l'assurée avait pu continuer à travailler en tant que serveuse quelques jours malgré les douleurs, et que les images ne montraient aucune lésion typiquement traumatique. Le fait que les symptômes étaient apparus après l'accident ne permettait pas

d'admettre l'existence d'un lien de causalité, contrairement à l'opinion du Dr L._____. Le lien de causalité entre l'événement en cause et les lésions partielles du tendon du sus-épineux à droite étaient à peine possible.

Le 23 avril 2019, l'assurée a fait valoir que B._____ n'avait pas démontré que la lésion subie était due de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie. Elle a produit un rapport du 15 mars 2019, dans lequel le Dr L._____ a considéré que le mécanisme initial de l'accident, à savoir une chute directe sur les deux épaules avec un mouvement de subluxation vers l'arrière, était parfaitement appropriée à causer une rupture partielle - et non complète - d'une portion bien spécifique du tendon du sus-épineux. Il n'y avait rien d'étonnant à ce qu'il n'y ait pas eu de pseudo-paralysie initiale compte tenu de l'atteinte uniquement partielle du tendon. Dans la mesure où les images montraient une rupture de la face articulaire du tendon, il s'agissait d'une lésion qui ne correspondait pas à un éventuel conflit sous-acromial sur pratique sportive répétée qui, dans ce contexte, toucherait essentiellement la face superficielle et sous-acromiale du même tendon. L'hypothèse d'une usure chronique qui serait restée asymptomatique et qui aurait provoqué une rupture partielle du tendon sans tendinopathie préexistante symptomatique n'était pas défendable au vu de l'âge de l'assurée.

e) Le 22 mars 2019, compte tenu des éléments figurant au dossier, O._____, assureur-maladie de l'assurée, a retiré l'opposition de principe qu'elle avait déposée le 29 octobre 2018 et reconnu ses obligations légales dès le 27 juillet 2018.

f) Par décision sur opposition du 9 juillet 2019, B._____ a rejeté l'opposition formée par l'assurée et confirmé sa décision du 5 octobre 2018. Elle a reconnu une pleine valeur probante à l'avis du Dr N._____, en sa qualité de médecin d'une institution d'assurance sociale, et du fait que ses conclusions étaient partagées par l'assureur-maladie. Elle a rappelé que, selon la jurisprudence, le seul fait que les douleurs sont apparues après l'accident ne permet pas d'établir un lien de causalité

avec celui-ci. Finalement, elle a relevé que dans la mesure où l'événement du 26 avril 2018 constituait un accident, il n'y avait pas lieu d'appliquer l'art. 6 al. 2 LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20).

B. Par acte de sa mandataire du 9 août 2019, Z._____ 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-accidents au-delà du 26 juillet 2018, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimée pour complément d'instruction par le biais d'une expertise médicale indépendante. Elle a invoqué qu'elle avait eu des douleurs aux deux épaules, en particulier à droite, après la chute, mais avait néanmoins continué à travailler, pensant qu'elles disparaîtraient. Elle a reproché à B._____ de ne pas avoir démontré que l'origine dégénérative ou malade des lésions était prépondérante, au sens de l'art. 6 al. 2 LAA. Elle s'est prévaluée des conclusions motivées du Dr L._____ et a émis des critiques à l'encontre des rapports du Dr N._____. Le fait que l'assureur-maladie ait reconnu son obligation de prêter n'était selon elle pas relevant. Elle a requis la mise en œuvre d'une expertise.

Le 27 septembre 2019, la recourante a produit une expertise privée réalisée par le Dr X._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans son rapport du 20 septembre 2019, celui-ci a posé les diagnostics de rupture partielle post-traumatique de la surface articulaire du sus-épineux de l'épaule droite, de bursite sous-acromiale post-traumatique de l'épaule droite et de bursite sous-acromiale post-traumatique de l'épaule gauche. Son examen clinique révélait que la mobilité des épaules droite et gauche était dans la norme. Les tests cliniques spécifiques des tendons de la coiffe des rotateurs étaient dans la norme, ceux pour le sus-épineux et le long du chef du biceps étant très discrètement positifs, et l'examen neurologique était sans particularité. Il a relevé que les scores de l'épaule au 16 septembre 2019, reprenant des indications objectives et subjectives, montraient une

souffrance persistante de l'épaule droite. Il a affirmé que les lésions étaient en lien de causalité avec l'évènement du 26 avril 2018, soit d'origine traumatique, et qu'une chute sur les deux mains était un mécanisme adéquat pour causer une rupture partielle du tendon du sus-épineux à un degré de vraisemblance certain, comme le soulignait la littérature internationale. Il a souligné que la recourante ne pratiquait plus régulièrement du sport et ce depuis l'âge de 17 ans, étant prise par ses activités professionnelles et parentales, et n'avait jamais exercé une profession manuelle lourde connue pour causer une usure précoce des tendons de l'épaule, ce qui rendait caduque l'argumentation du Dr N._____ de considérer les activités sportives comme causales de l'apparition d'usures ou lésions tendineuses chroniques chez l'assurée. Il a estimé que l'hypothèse d'une subluxation ou luxation postérieure des deux épaules émise par le Dr L._____ était intéressante et certainement envisageable vu le mécanisme lésionnel, précisant que le fait que l'arthro-IRM soit muette quant à la présence de lésions typiquement associées à la luxation postérieure, dont des dégâts capsulaires ou labraux ou des séquelles d'une lésion de Hill-Sachs inversée, n'excluait pas qu'une subluxation ait eu lieu, citant une étude selon laquelle il n'existait aucune lésion essentielle et toujours présente dans la luxation ou subluxation postérieure. Le fait que la recourante ait continué à travailler quelques jours était lié à ses obligations professionnelles et ne permettait pas de nier la douleur présente puisque d'une part, sur l'ultrason du 24 mai 2018, des anomalies tendineuses accompagnées d'une lame de liquide étaient décrites, ce qui selon les auteurs était significatif d'une souffrance tendineuse et, d'autre part, il y avait des lésions de déchirures partielles clairement visibles sur l'arthro-IRM du 30 août 2018. Il a relevé que l'assurée était allée consulter quelques jours après, alors qu'elle souffrait de douleurs nocturnes, lesquelles étaient une présentation typique et quasiment pathognomonique d'une lésion touchant les tendons de la coiffe des rotateurs. La Dre M._____ avait noté, lors de son examen du 7 mai 2018, une limitation de l'abduction et de l'élévation de l'épaule droite, ce qui était typique d'une lésion de la coiffe des rotateurs et notamment de lésions touchant le sus-épineux et prouvait qu'il y avait bien eu une limitation de la mobilité même si celle-ci n'était pas une pseudo-paralysie

totale, précisant que la pseudo-paralysie totale ne se voyait que lors de rupture complète et transfixiante majeure des tendons de la coiffe des rotateurs, ce qui n'était pas le cas ici, où il s'agissait d'une rupture partielle. Il a relevé que la déchirure partielle visible sur l'arthro-IRM était « typique » des lésions partielles post traumatiques, comme le souligne la littérature, et que lors d'une déchirure aiguë ou traumatique, le muscle n'avait pas le temps de s'atrophier, ce qui était le cas chez la recourante. Mais il a également reconnu qu'il était difficile de se prononcer sur une image pour conclure à une cause traumatique ou dégénérative. Il a expliqué, se référant à des mensurations et index radiologiques, que les radiographies standards ne montraient aucun signe indirect de dégénérescence ou lésion dégénérative tendineuse et que la morphologie de l'épaule n'était pas favorable à un état de rupture chronique. Citant plusieurs études, il a mentionné qu'on ne pouvait pas affirmer, comme le faisait le Dr N._____, que les lésions des tendons de l'épaule soient si fréquentes dans la population des 30 à 40 ans. Il a mentionné que la notion de *statu quo sine* ne s'appliquait pas puisqu'il n'y avait pas d'état antérieur. S'appuyant sur de la littérature médicale, il a précisé que le dommage permanent subi par la patiente ne se réparait pas spontanément en trois mois mais qu'il fallait compter une année et envisager, selon l'évolution, une intervention chirurgicale.

Dans sa réponse du 1^{er} octobre 2019, B._____ a constaté qu'elle aurait dû verser les indemnités journalières jusqu'au 6 juillet 2018 et non jusqu'au 26 juillet 2018 au vu des certificats médicaux établis. Elle a relevé que dans son rapport du 23 août 2018, la Dre M._____ indiquait que le traitement médical en relation de causalité avec l'accident était terminé à l'issue des séances de physiothérapie et que la reprise du travail était complète en date du 7 juillet 2018. Elle a précisé qu'elle n'avait pas à apporter la preuve qu'aucune atteinte à la santé ne subsistait et que la jurisprudence autorisait un assureur accident à clore un sinistre même si l'accidenté présentait encore des douleurs résiduelles, le point décisif étant de savoir si les causes accidentelles jouaient encore un rôle. Elle a considéré que les rapports du Dr N._____ démontraient à satisfaction que les troubles présentés dès le 27 juillet 2018 n'étaient plus en relation

de causalité avec l'accident, ce qui rendait la mise en œuvre d'une expertise inutile.

B._____ s'est déterminée le 18 novembre 2019 sur le rapport d'expertise du Dr X._____, apportant des arguments en défaveur de la valeur probante de celui-ci. Elle a notamment observé que, malgré des douleurs décrites comme violentes, la recourante n'avait consulté son médecin que le 7 mai 2018, soit onze jours plus tard ; à cette date, la Dre M._____ n'avait pas attesté d'une incapacité de travail et la recourante avait poursuivi ses activités habituelles. Ce n'était que le 18 mai 2018 qu'une incapacité de travail avait été attestée, de sorte que la recourante avait travaillé pendant vingt-deux jours dans les suites de l'événement en occupant deux emplois en parallèle, soit celui de serveuse et celui d'auxiliaire de santé dans un EMS, où elle distribuait de manière personnalisée les repas, boissons et collations. L'intimée a ainsi constaté que la recourante avait été apte à exercer deux activités professionnelles dans des endroits différents et à s'occuper de ses deux enfants de 6 et 11 ans pendant trois semaines, sans que le médecin traitant n'ait attesté d'une moindre incapacité de travail après onze jours. De l'avis de l'intimée, ces faits étaient de nature à relativiser l'intensité des douleurs alléguée par l'assurée. Elle a indiqué en outre que l'adéquation statistique d'un mécanisme ne permettait pas d'affirmer l'existence d'une relation de causalité naturelle ; toute chute sur les mains n'entraînaient pas une lésion des tendons de l'épaule. Elle a aussi relevé la faiblesse méthodologique des études citées par le Dr X._____ qui ne portaient que sur un nombre très restreint de patients ou sur des cas particuliers qui ne coïncidaient pas avec celui de la recourante.

Dans son courrier du 2 décembre 2019, la recourante a contesté les arguments de l'intimée et requis que les frais de l'expertise privée soient mis à la charge de l'intimée.

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). 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 juillet 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. 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). 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).

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. 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 muscles (let. d) et de tendons (let. f), pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie.

Dans un arrêt récent destiné à publication (TF 8C_22/2019 du 24 septembre 2019), le Tribunal fédéral a examiné les répercussions de la modification législative relatives aux lésions corporelles assimilées à un accident. Il s'est notamment penché sur la question de savoir quelle disposition était désormais applicable lorsque l'assureur-accident avait admis l'existence d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA et que l'assuré souffrait d'une lésion corporelle au sens de l'art. 6 al. 2 LAA. Le Tribunal fédéral a alors admis que dans cette hypothèse, l'assureur-accidents devait prendre en charge les suites de la lésion en cause sur la base de l'art. 6 al. 1 LAA. En revanche, en l'absence d'un accident au sens juridique, le cas devait être examiné sous l'angle de l'art. 6 al. 2 LAA (TF 8C_169/2019 du 10 mars 2020 consid. 5.2).

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).

D'après la jurisprudence, le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

6. a) En l'espèce, il est admis que l'événement du 26 avril 2018 constitue un accident au sens de l'art. 4 LPGA, ce que l'intimée reconnaît

expressément dans sa décision sur opposition du 9 juillet 2019. La prise en charge des conséquences de cet événement doit dès lors être examinée au regard de l'art. 6 al. 1 LAA, l'application de l'art. 6 al. 2 LAA n'intervenant qu'en l'absence d'un accident.

b) Dans le contexte de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents est tenu de prendre en charge les atteintes qui sont en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident. Dans ses décisions des 5 octobre 2018 et 9 juillet 2019, B._____ a fait application de l'art. 36 LAA, estimant que l'atteinte présentée par la recourante était d'origine dégénérative et n'avait été que temporairement aggravée par l'accident du 26 avril 2018. Se basant sur l'avis de son médecin-conseil, elle a retenu que le *statu quo sine* était atteint le 26 juillet 2018 et a mis fin à ses prestations à cette date. La recourante se prévaut des rapports de ses médecins traitants ainsi que du rapport d'expertise privée du Dr X._____ pour affirmer que son atteinte à l'épaule est d'origine traumatique et que la causalité doit être admise à tout le moins durant une année pour ce genre de lésion.

c) En premier lieu, il faut constater qu'il est constant que la recourante présente une petite déchirure partielle du sus-épineux, mise en évidence par l'arthro-IRM du 30 août 2018.

aa) Dans ses rapports médicaux des 27 septembre 2018 et 22 février 2019, le Dr N._____ retient que l'assurée est tombée en avant et a développé des douleurs aux deux épaules. Il considère que la petite lésion du sus-épineux montrée par l'IRM est très probablement préexistante et que l'événement du 26 avril 2018 a aggravé de façon temporaire cet état préexistant. Il explique qu'il n'y a pas de lien probable entre la lésion du tendon du sus-épineux et l'événement en cause du fait que l'action vulnérante est inappropriée pour solliciter le tendon du sus-épineux au-delà de la rupture et qu'il n'y a pas eu de pseudo-paralysie initiale, l'assurée ayant pu continuer à travailler malgré les douleurs et ayant consulté pour la première fois une dizaine de jours après

l'événement en cause. Les images ne montrent en outre aucune lésion typiquement traumatique, l'atteinte pouvant très bien être due à l'usure.

bb) De son côté, le Dr L._____, dans ses rapports des 9 janvier et 15 mars 2019, pose les diagnostics de subluxation postérieure des deux épaules suite à une chute, de rupture partielle du tendon du sus-épineux de l'épaule droite et de bursite sous acromiale post-traumatique de l'épaule droite. Selon lui, le mécanisme initial de l'accident, à savoir une chute directe sur les deux épaules avec un mouvement de subluxation vers l'arrière, était parfaitement approprié à causer une rupture partielle - et non complète - d'une portion bien spécifique du tendon du sus-épineux. Il n'y avait rien d'étonnant à ce qu'il n'y ait pas eu de pseudo-paralysie initiale compte tenu de l'atteinte uniquement partielle du tendon. A l'inverse, il excluait une origine dégénérative du fait que les images montraient une rupture de la face articulaire du tendon, soit une lésion qui ne correspondait pas à un éventuel conflit sous-acromial sur pratique sportive répétée qui, dans ce contexte, toucherait essentiellement la face superficielle et sous-acromiale du même tendon. La présence d'une bursite post-traumatique allait encore plus dans le sens accidentel. L'hypothèse d'une usure chronique qui serait restée asymptomatique et qui aurait provoqué une rupture partielle du tendon sans tendinopathie préexistante symptomatique n'était pas défendable au vu de l'âge de l'assurée. Enfin, l'assurée n'avait jamais souffert de ses épaules auparavant.

L'avis du Dr L._____ souffre de quelques faiblesses qui ne permettent pas de considérer ses conclusions comme étant fiables et probantes. En effet, il pose le diagnostic de subluxation postérieure des deux épaules, sans motiver ce diagnostic divergent. Le Dr N._____ a relevé que ce diagnostic de subluxation postérieure des deux épaules posé par le Dr L._____ n'était pas basé sur des faits objectivables, qu'aucune lésion du labrum n'avait été diagnostiquée ni aucune lésion à l'épaule gauche. En effet, les imageries n'ont pas révélé de lésion à l'épaule gauche, de sorte qu'on peine à comprendre sur quelle base le Dr L._____ a posé son diagnostic. Le Dr X._____ a estimé que l'hypothèse

d'une subluxation ou luxation postérieure des deux épaules émise par le Dr L._____ était intéressante et certainement envisageable vu le mécanisme lésionnel, chutes sur les mains, précisant que le fait que l'arthro-IRM soit muette quant à la présence de lésions typiquement associées à la luxation postérieure, dont des dégâts capsulaires ou labraux ou des séquelles d'une lésion de Hill-Sachs inversée, n'excluait pas qu'une subluxation ait eu lieu. Il juge l'hypothèse du Dr L._____ recevable, ce qui est loin d'être suffisant pour être qualifié de probant. Le diagnostic posé par le Dr L._____ ne saurait ainsi être retenu.

Ce médecin est ensuite parti de la fausse prémisse que la recourante a connu un choc direct sur ses épaules, alors qu'il est constant qu'elle est tombée sur les mains sans choc direct sur les épaules. Sa thèse selon laquelle ce mécanisme est en adéquation avec l'atteinte n'a donc aucune pertinence.

En outre, le Dr L._____ tient pour preuve de l'absence de lésion préexistante le fait que la patiente n'a jamais souffert de ses épaules auparavant ; or, comme le relève à juste titre le Dr N._____, le fait que l'assurée n'ait jamais présenté de douleurs aux épaules avant l'événement ne permet pas de retenir que les lésions sont dues à l'accident (raisonnement *post hoc ergo propter hoc*). Le rapport médical du Dr L._____ n'est donc pas suffisamment probant pour remettre en cause les conclusions du Dr N._____.

cc) L'avis du Dr X._____ diverge de celui du Dr N._____ sur plusieurs points. S'agissant du mécanisme de la chute, contrairement à l'avis du Dr N._____ qui nie l'existence d'un lien de causalité avec l'événement en cause du fait que l'action vulnérante est inappropriée pour solliciter le tendon du sus-épineux au-delà de la rupture, le Dr X._____ confirme que celui-ci est adéquat pour provoquer une lésion tendineuse. Il se réfère à cet égard à une large littérature médicale, tandis que le Dr N._____ retient l'hypothèse contraire, sans autre précision. Or, il est admis qu'une chute avec réception sur le bras en extension peut constituer un mécanisme lésionnel au niveau de la coiffe des rotateurs

(Lésions transfixiantes dégénératives ou traumatiques de la coiffe des rotateurs, paru dans la revue Forum Médical Suisse 2019;19(15-16):260-267, p. 263) ; en l'espèce, il n'est pas expressément noté que la recourante avait les bras en extension au moment de sa chute, mais le Dr X._____, qui s'est entretenu avec l'assurée, le retient ainsi et celle-ci a indiqué en cours de procédure qu'elle était tombée sur ses bras violemment, plus précisément sur ses mains, et que ses épaules étaient parties en arrière. Le fait de tomber sur les mains et de sentir le choc remonter les bras jusqu'aux épaules laisse suggérer qu'elle avait certainement les bras en extension au moment du choc. Il y a donc lieu d'admettre que le mécanisme lésionnel pourrait être en adéquation avec la lésion décelée, l'adéquation d'un mécanisme lésionnel n'étant toutefois pas suffisant pour établir un lien de causalité.

Le Dr X._____ estime en outre que l'absence de pseudo-paralysie initiale ne permet pas de nier la sévérité de l'atteinte présentée par la recourante, visible aux examens d'imagerie. A l'instar du Dr L._____, il indique que les pseudo-paralysies totales ne se voient que lors de rupture complète et transfixiante majeure des tendons de la coiffe des rotateurs, ce qui n'est pas le cas de la recourante, qui ne présente qu'une rupture partielle. Il précise que s'il n'y a pas eu de pseudo-paralysie totale, il y a eu une limitation de la mobilité constatée par la Dre M._____, constatation qui est typique en présence de lésions du sus-épineux. Il ajoute que la recourante a consulté en raison de la persistance des douleurs, qui notamment l'empêchaient de trouver une position adéquate pour dormir, et que de telles douleurs sont une présentation typique et quasiment pathognomonique d'une lésion touchant la coiffe des rotateurs. Sur ce point, on doit constater que la sévérité de l'atteinte du tendon ne saurait être confirmée pour plusieurs motifs et que l'absence de pseudo-paralysie initiale relevée par le Dr N._____ est confirmée. La limitation de la mobilité en abduction et élévation constatée par la Dre M._____ n'a pas été quantifiée, de sorte que cette seule indication ne permet pas d'estimer l'ampleur de l'action invalidante de l'atteinte. En revanche, on constate, comme l'a relevé l'intimée, que malgré des douleurs décrites comme violentes, la recourante n'a consulté son

médecin que le 7 mai 2018, soit onze jours plus tard, ce qui paraît déjà une durée assez longue en présence de douleurs prétendument violentes ; en outre, à cette date, la Dre M. _____ n'a pas constaté d'incapacité de travail et la recourante a poursuivi ses activités habituelles. Ce n'est que le 18 mai 2018 qu'une incapacité de travail a été attestée, de sorte que la recourante a travaillé pendant vingt-deux jours dans les suites de l'événement en occupant deux emplois en parallèle, soit celui de serveuse et celui d'auxiliaire de santé dans un EMS, où elle distribuait les repas, boissons et collations. L'intimée a ainsi constaté que la recourante avait été apte à exercer deux activités professionnelles dans des endroits différents et à s'occuper de ses deux enfants de 6 et 11 ans pendant trois semaines, sans que le médecin traitant n'ait attesté d'une moindre incapacité de travail après onze jours. Ces faits ne corroborent pas l'existence de violentes douleurs ni de l'atteinte sévère décrite par le Dr X. _____. Par ailleurs, les radiographies des deux épaules, ainsi que l'échographie, effectuées le 24 mai 2018 ne révèlent aucune lésion, montrant tout au plus un aspect désorganisé du faisceau superficiel du sus-épineux évoquant une tendinopathie chronique sans déchirure à l'épaule droite. Ce n'est que l'arthro-IRM de l'épaule droite réalisée le 30 août 2018 qui a laissé apparaître une petite discontinuité de la surface articulaire du tendon du sus-épineux. La petite déchirure ne saurait donc objectivement être qualifiée de lésion sévère. Ainsi, on peut suivre le Dr N. _____ lorsqu'il relève que l'on ne se trouve pas en présence d'un développement d'une épaule pseudo paralytique due à une lésion de la coiffe des rotateurs qui est classiquement retrouvée immédiatement après un accident, mais tout au plus d'une légère atteinte de la mobilité active en élévation et en abduction consécutive à une aggravation passagère de l'atteinte.

Puis, en cas de rupture traumatique de la coiffe des rotateurs, il est généralement admis que la consultation médicale se devrait d'être immédiate et peut tout au plus être reportée de quelques jours. La consultation tardive du cas d'espèce parle plutôt en faveur d'une épaule présentant un problème dégénératif chronique préexistant à l'événement du 26 avril 2018, avec apparition de douleurs prononcées à l'occasion de

l'événement en question. Ceci vaut d'autant plus que la première consultation n'a pas abouti à la constatation d'une incapacité de travail.

En ce qui concerne les images, le Dr X. _____ explique qu'il n'existe à ce jour aucun critère définitif pour classer une lésion partielle du sus-épineux en traumatique ou non traumatique. Il note néanmoins qu'on ne saurait affirmer, comme le fait le Dr N. _____, que les images ne montrent aucune lésion typiquement traumatique, puisque celles-ci révèlent une nette déchirure partielle de la face articulaire du sus-épineux, sans atrophie musculaire. Or, on doit relever qu'une telle déchirure partielle peut être de cause dégénérative ; elle n'est pas, en tant que telle, une lésion typique d'un traumatisme. Certes, on ne constate aucune atrophie musculaire plaidant pour une atteinte dégénérative, mais on ne trouve également aucun élément parlant en faveur d'une lésion typiquement d'origine traumatique comme un œdème musculaire, la minime quantité de liquide visible dans la bourse sous-acromiale-deltaïdienne pouvant aussi être la conséquence d'une petite fuite par le point d'injection. On peut en revanche relever qu'en cas de lésion partielle, les lésions de la partie supérieure du tendon du sus-épineux sont plutôt d'origine traumatique, résultant d'un écrasement du tendon de l'acromion, tandis que les lésions côté face articulaire du tendon sont plutôt d'origine dégénérative. Or les lésions mineures de la recourante sont décrites sur la face articulaire (inférieure) du tendon. L'examen des imageries n'est donc pas suffisant pour déterminer l'origine de la lésion.

Enfin, le Dr X. _____ ne fait aucunement référence à la situation concernant l'épaule controlatérale, asymptomatique, ne présentant pas de lésion quand bien même elle a subi le même choc.

L'avis du Dr N. _____ postule en faveur de l'usure du tendon résultant principalement de contraintes répétées, exagérées, responsables au cours du temps de micro-déchirures tendineuses et en voit l'origine notamment dans la pratique du volleyball exercé durant des années par la recourante. Il résulte du rapport du Dr X. _____ que la recourante était une fervente adepte du volleyball et qu'elle a pratiqué ce sport pendant six ans jusqu'à ses 17 ans. Le Dr X. _____ nie tout lien entre l'atteinte et

l'exercice de ce sport car la recourante ne l'a plus pratiqué depuis plusieurs années, soit jusqu'au tournoi lors duquel elle déclare s'être blessée. Or, cet argument n'est pas déterminant. La recourante a fait un sport à risque pour ses épaules pendant plusieurs années, de manière fervente, ce qui signifie qu'elle a exercé un mécanisme responsable de contraintes répétées et exagérées pendant plusieurs années, en particulier avec l'épaule droite puisqu'elle est droitrière. Il n'est pas contesté que la pratique de ce sport puisse être à l'origine de lésions tendineuses. Les Drs X._____ et L._____ tirent argument du seul fait que l'assurée n'a plus pratiqué ce sport pendant plusieurs années. Or, on ne voit pas en quoi il est critiquable de considérer que des micro-lésions occasionnées il y a plusieurs années en jouant au volleyball, restées asymptomatiques, ont pu se réveiller lors de la pratique de ce sport sollicitant les mêmes gestes et efforts qu'à l'époque. Le fait que l'épaule droite a été davantage touchée, alors que la chute a été réceptionnée sur les deux mains, tend à confirmer la thèse d'une lésion due à l'emploi répété de l'épaule droite par une personne droitrière, plutôt qu'au hasard de l'événement accidentel qui a pourtant touché les deux épaules avec la même force.

Pour le surplus, le Dr X._____ se réfère largement à diverses études, plus ou moins représentatives, et en déduit des probabilités sur les chances qu'une tendinite puisse être d'origine accidentelle. Toutes ses considérations médico-théoriques ne sont toutefois pas suffisantes puisque chaque situation est particulière et doit faire l'objet d'une évaluation distincte et objective.

dd) En définitive, la constatation du Dr N._____ selon laquelle la lésion est très probablement préexistante à la chute accidentelle et que l'événement du 26 avril 2018 a aggravé de façon temporaire cet état préexistant n'est pas sérieusement remise en cause par les avis médicaux au dossier et peut être suivie.

En effet, si l'événement traumatique semble susceptible de provoquer une lésion anatomique de la coiffe des rotateurs, la clinique qui

a suivi ne corrobore pas une telle lésion consécutive à la chute, mais une aggravation d'une atteinte préexistante. Il n'y a pas eu de déficit fonctionnel significatif immédiat, soit à l'issue de la chute. La première consultation médicale a eu lieu onze jours plus tard, sans aboutir à un constat d'incapacité de travail, laquelle n'a été attestée qu'après trois semaines. Puis l'assurée a poursuivi son activité professionnelle, sensiblement contraignante pour une épaule, élément qui rejoint l'hypothèse d'une faible implication de l'événement en cause dans le cursus de l'épaule. Il a été relevé l'absence d'atrophie musculaire, ce qui est le reflet d'une utilisation normale ou presque des membres supérieurs, à savoir qu'il n'y a pas eu dans les semaines ou mois qui ont précédé le bilan radiologique, une altération biomécanique significative des épaules. Enfin, l'épaule dominante est seule touchée par une rupture partielle, alors que les deux épaules ont subi la même chute avec une force identique, ce qui plaide en faveur d'une maladie évoluée du côté dominant en raison de contraintes imposées aux épaules, en particulier l'épaule droite dominante, qui accentue la dégradation tissulaire et qui provient vraisemblablement de la pratique fervente du volleyball pendant plusieurs années. Ainsi, l'événement fut responsable d'une contusion bénigne des épaules ; il n'y a pas d'indice suggérant une dégradation anatomique significative des épaules à la suite de l'accident.

7. a) Il convient maintenant d'examiner si B._____ était légitimée à mettre fin à ses prestations en date du 26 juillet 2018.

b) 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 entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans les limites 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 (ATF 117 V 261 consid. 3b). 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 (TF 8C_383/2018 du 10 décembre 2018 consid. 3.2).

c) La date du 26 juillet 2018 a été posée par le Dr N._____, qui a considéré qu'une aggravation temporaire d'une lésion d'origine dégénérative ne devait pas durer plus de trois mois, alors que la recourante revendique des droits pendant un an après l'accident, avis des Drs L._____, et X._____ à l'appui.

La recourante ne démontre pas qu'elle souffre d'une atteinte invalidante consécutive à l'accident au-delà du 26 juillet 2018. La fin de la causalité à cette date est en outre confirmée par les certificats médicaux des médecins traitants. En effet, les certificats médicaux établis ne font état d'une incapacité de travail que de brève durée. L'arrêt de travail total a été reconnu du 18 mai au 7 juillet 2018, comme le mentionne la Dre M._____ dans son rapport du 23 août 2018. L'assurée a d'ailleurs annoncé à B._____ avoir repris le travail le 30 juillet 2018, après ses vacances, lors d'un appel téléphonique du 3 août 2018. Le 28 août 2018, la Dre M._____ a rédigé un nouveau certificat d'arrêt de travail valable du 28 août au 31 août 2018, soit une très courte période, en indiquant la maladie comme motif de l'arrêt, et non plus l'accident. Elle a renouvelé le certificat du 1^{er} septembre au 7 septembre 2018 en raison de la maladie également. Le Dr G._____, qui travaille dans un secteur psychiatrique, a établi des certificats d'incapacité de travail du 7 septembre au 30 septembre en invoquant la maladie. Le domaine d'activité de ce médecin suffit à convaincre que l'arrêt de travail ne concerne pas la lésion à l'épaule mais une autre maladie. D'ailleurs, le Dr X._____ indique dans son rapport qu'après la reprise du travail en août 2018, la recourante est mise au bénéfice d'un arrêt de travail pour maladie pendant tout le mois de septembre 2018, cet arrêt étant motivé par un épisode dépressif lié aux douleurs de ses épaules et à des difficultés professionnelles. Il n'y a donc aucun certificat médical pour attester d'une incapacité de travail en raison de l'accident au-delà de fin juillet 2018.

Le Dr X. _____ se réfère à des études pour évaluer le temps de récupération d'une tendinopathie et affirme qu'une symptomatologie douloureuse et handicapante s'étendant sur une ou plusieurs années n'est pas exclue. Il ne s'exprime toutefois pas sur le cas d'espèce. Or, ces constatations théoriques et hypothétiques ne coïncident pas avec le tableau clinique de la recourante. On rappelle que celle-ci a souffert d'une petite déchirure partielle du tendon du sus-épineux qui a été traitée par des infiltrations et des séances de physiothérapie, qui n'a pas généré de douleurs invalidantes dans l'immédiat et qui a causé une incapacité de travail du 18 mai au 7 juillet 2018, la recourante étant apte à reprendre complètement le travail dès cette date selon la Dre M. _____. Aucun rapport médical subséquent ne constate de péjoration de la situation, ni d'une incapacité de travail postérieure liée à cette atteinte, ni même d'un traitement médical supplémentaire qui aurait été mis en place par la suite. D'ailleurs, à aucun moment, l'assurée n'a prétendu être en incapacité de travail liée aux lésions accidentelles après fin juillet 2018, ni avoir suivi de traitement médical. Elle a eu un entretien téléphonique avec le Dr N. _____ avant la réalisation de son rapport médical du 27 septembre 2018 dans lequel il est indiqué qu'elle avait expliqué les circonstances de l'accident ; s'agissant des suites de l'accident, l'assurée a dit avoir consulté la Dre M. _____ et avoir bénéficié d'un arrêt de travail de deux mois et avoir repris le travail le 30 juillet 2018 ; il n'y a aucune mention de nouvelle incapacité de travail ni de traitement en cours.

Dans le complément d'opposition rédigé par l'avocate conseil de la recourante, il n'y a aucune mention d'une incapacité de travail, ni d'un traitement qui auraient perduré et dont il n'aurait pas été tenu compte. La recourante conteste uniquement l'existence de lésion préexistante. Puis dans son courrier du 15 janvier 2019, elle se prévaut des conclusions du Dr L. _____ en ce sens qu'on ne peut établir un *statu quo sine* trois mois après un événement traumatique quand il s'agit d'une lésion tendineuse qui peut prendre jusqu'à 12 mois pour une guérison complète ou non. Il n'est aucunement indiqué qu'en l'espèce la lésion

nécessitait des soins ni qu'elle engendrait une nouvelle incapacité de travail.

Par ailleurs, le rapport du Dr L. _____ du 9 janvier 2019, à l'instar du Dr X. _____, n'est en aucun cas constatatoire d'une péjoration de l'état de santé de l'assurée nécessitant un traitement ou générant une incapacité de travail. Il indique que les suites traumatiques d'une lésion tendineuse peut prendre jusqu'à 12 mois, de sorte que la causalité peut durer jusqu'à 12 mois après le traumatisme. Il ne soutient nullement que tel est le cas en l'espèce. Il n'a constaté aucun trouble persistant dans son rapport médical qui pourrait justifier qu'en l'occurrence la causalité devrait être admise sur une plus longue durée que les trois mois retenus par le Dr N. _____. Le rapport du 15 mars 2019 ne fait état d'aucune lésion persistante.

Enfin, compte tenu du caractère relativement détaillé du rapport d'expertise du Dr X. _____, il faut considérer que si l'assurée avait décrit des douleurs persistantes invalidantes ou un traitement en cours, celles-ci y figureraient. La seule indication sur la persistance éventuelle de troubles est que la recourante se plaint de douleurs notamment à l'épaule droite et prend parfois des anti-inflammatoires ; ces éléments subjectifs ne suffisent pas pour constater la persistance de l'atteinte que l'intéressée ne qualifie pas d'invalidante d'ailleurs. Le Dr X. _____ s'est par ailleurs montré particulièrement clair lors de son examen clinique du 16 septembre 2018 sur le fait que la mobilité des épaules droite et gauche était dans la norme, que les tests cliniques spécifiques des tendons de la coiffe des rotateurs étaient dans la norme, ceux pour le sus-épineux et le long du chef du biceps étant très discrètement positifs, et l'examen neurologique était sans particularité. Et pourtant, il a conclu que le degré d'invalidité partielle au niveau de l'épaule droite pouvait être estimée à 7 % et celle de l'épaule gauche à 3 %, ce qui totalise 10 %, sans explication et ce qui paraît contradictoire avec le résultat de son examen clinique. Il a ajouté qu'il fallait envisager selon l'évolution une intervention chirurgicale, comme le soulignait la littérature médicale citée. Une telle nécessité n'a toutefois pas été

constatée objectivement pour le cas de la recourante, aucun médecin ne le prétend d'ailleurs. Dans son anamnèse, il relève que l'arrêt de travail lié à l'accident est attesté jusqu'à fin juillet 2018, avec une reprise de travail en août 2018 et un arrêt de travail en raison de maladie en septembre 2018 ; ensuite il n'y a plus de certificat d'arrêt de travail. Il est mentionné que l'assurée a quitté son emploi et en a trouvé un autre. Au jour du rapport, elle se plaint encore de douleurs à l'épaule droite, ce qui ne l'empêche cependant pas de travailler. Le Dr X. _____ indique également dans l'expertise une « reprise du travail comp[lètement] dès le 07.07.2018 à l'issue des séances de physiothérapie », se référant ainsi à l'avis de la Dre M. _____. La recourante n'a par ailleurs produit aucun document attestant de la nécessité d'un traitement au-delà du 26 juillet 2018. Le simple fait qu'elle présente encore des douleurs n'est pas suffisant.

Il résulte des avis des Dr L. _____ et X. _____ qu'ils se fondent sur des généralités théoriques et des hypothèses non réalisées en l'espèce pour fixer le temps de guérison. Ils n'apportent ainsi aucun argument permettant de remettre en cause la fixation du *statu quo* à trois mois après l'accident par le Dr N. _____ et confirmée *in casu* par la Dre M. _____. Dès lors qu'il n'est même pas allégué qu'il existerait un traitement propre à entraîner une amélioration de l'état de santé de la recourante ou à éviter une péjoration de cet état concernant les atteintes consécutives à l'accident, l'intimée était fondée à considérer l'état de santé de l'assurée comme stabilisé et ayant atteint le *statu quo*, partant, à cesser le versement des indemnités journalières et la prise en charge des soins médicaux.

d) En définitive, le *statu quo* peut être admis, aucun élément au dossier ne démontrant la persistance d'une atteinte invalidante ni la nécessité d'un traitement médical au-delà du 26 juillet 2018.

8. Le juge peut renoncer à accomplir certains actes d'instruction si, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves, elle est convaincue que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne peuvent plus

modifier cette appréciation (appréciation anticipée des preuves ; ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1). En l'occurrence, les éléments au dossier permettent de statuer en toute connaissance de cause, de sorte qu'il n'est pas nécessaire d'ordonner une expertise.

9. a) La recourante requiert que les frais de son expertise privée soient mis à la charge de l'intimée.

b) Selon l'art. 45 al. 1 LPGA, les frais de l'instruction sont pris en charge par l'assureur qui a ordonné les mesures ; à défaut, l'assureur rembourse les frais occasionnés par les mesures indispensables à l'appréciation du cas ou comprises dans les prestations accordées ultérieurement. Tel est notamment le cas lorsque l'état de fait médical ne peut être établi de manière concluante que sur la base de documents recueillis et produits par la personne assurée, si bien que l'on peut reprocher à l'assureur de n'avoir pas établi, en méconnaissance de la maxime inquisitoire applicable, les faits déterminants pour la solution du litige (TF 8C_354/2015 du 13 octobre 2015 consid. 6.1 ; 9C_136/2012 du 20 août 2012 consid. 5 ; ATF 115 V 62).

c) En l'occurrence, le recours est finalement rejeté sans que le rapport d'expertise ne se soit avéré indispensable à la résolution du litige. Il n'y a dès lors pas lieu d'en faire supporter les frais à l'intimée.

10. a) Le recours doit par conséquent être rejeté et la décision entreprise confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, dès lors que la recourante n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I. Le recours est rejeté.

- II. La décision sur opposition rendue le 9 juillet 2019 par B._____ est confirmée.

- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué 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),
- B._____,
- 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 :