

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 17 juin 2020

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
Mme Röthenbacher, juge, et M. Reinberg, assesseur
Greffier : M. Favez

Cause pendante entre :

Z._____, à [...], recourante, représentée par Me Corinne Monnard Séchaud,

et

A._____, à [...], intimée.

Art. 6 LAA

E n f a i t :

A. Z._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante) née en 1968, travaille à plein temps en qualité d'employée de stérilisation pour le compte de E._____. A ce titre, elle est assurée contre le risque d'accidents auprès de A._____ (ci-après : A._____ ou l'intimée).

Le 10 juillet 2018, lors de vacances, l'assurée a glissé sur les catelles d'une piscine en sortant du bassin, chutant sur le côté droit, plus précisément sur l'épaule. Elle a immédiatement ressenti des omalgies. Des tiers ont aidé l'intéressée à se relever.

Ne constatant pas d'amélioration, l'assurée a consulté son médecin traitant, le Dr G._____, spécialiste en médecine interne générale, dès le mois de septembre 2018. Celui-ci a prescrit un traitement antalgique.

L'assurée a consulté le Dr T._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologique de l'appareil locomoteur, dès le 12 novembre 2018. Ce spécialiste a commandé une arthro-IRM de l'épaule droite.

Le Dr R._____, spécialiste en radiologie, a réalisé cette arthro-IRM le 21 novembre 2018. Dans son rapport du 22 novembre 2018, ce spécialiste a tiré les conclusions suivantes :

« Tendinopathie distale importante du tendon supra-épineux [ci-après : sus-épineux], siège d'une déchirure interstitielle insertionnelle prenant globalement 50 % de l'épaisseur tendineuse associée à de petites déchirures partielles de la face articulaire, de l'ordre de 20 %.

Déchirure partielle de la face articulaire et distale du tendon subscapulaire.

Bursite sous-acromio-deltoïdienne marquée.

Arthropathie dégénérative acromio-claviculaire modérée en poussée congestive.

Pas d'anomalie labrale significative.

Discrète tendinopathie de la portion intra-articulaire du long chef du biceps. »

Le 26 novembre 2018, après examen du rapport d'arthro-IRM susmentionné, le Dr T. _____ a posé les diagnostics de lésion du tendon sus-épineux de grade III et de lésion de la partie haute du tendon sous-scapulaire de l'épaule droite. Il a proposé une arthroscopie.

Le 29 janvier 2019, le Dr T. _____ a opéré l'assurée en vue de la réparation de la coiffe des rotateurs par arthroscopie.

A. _____ a entendu l'assurée à son domicile le 22 février 2019. L'intéressée a notamment déclaré ce qui suit :

« Lorsque j'ai repris le travail, j'avais toujours des douleurs qui allaient en augmentant et une collègue m'a conseillé d'aller voir le Dr. T. _____.

J'ai seulement pu avoir un rendez-vous début novembre avec lui.

Vu les douleurs, j'ai consulté le Dr. G. _____ (...) en septembre 2018, ce dernier m'a prescrit des patchs, de l'Irfen et du Dafalgan. »

Le Dr C. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologique de l'appareil locomoteur et médecin-conseil de A. _____, a examiné l'assurée le 18 avril 2019 et commandé une IRM et des radiographies des épaules. Après examen des rapports du 1^{er} mai 2019 du Dr Q. _____, spécialiste en radiologie, le Dr C. _____ a rendu son rapport le 20 mai 2019. Ce médecin-conseil a indiqué ce qui suit s'agissant de l'appréciation du cas :

« L'essentiel de l'histoire orthopédique de Z. _____ a été étayé plus haut.

A l'issue du présent examen, on constate que Z. _____ présente une tendinopathie de la coiffe des rotateurs aux deux épaules. La maladie paraît discrètement plus évoluée du côté dominant.

Cette pathologie n'a rien d'exceptionnel à l'âge de 51 ans. De tels troubles débutent en effet souvent avec le vieillissement (4^{ème} décennie), devenant fréquents durant la décennie suivante.

Il semble que cette dégradation soit corrélée, chez certains, aux contraintes imposées aux épaules, d'où une relative haute

prévalence chez les sportifs. L'association de troubles métaboliques accentue la dégradation tissulaire. Enfin, la notion d'une responsabilité élevée d'une prédisposition génétique (responsable d'une apoptose cellulaire plus précoce) chez certains patients est de plus en plus évoquée dans les études épidémiologiques.

L'atteinte se caractérise, macroscopiquement, par une hétérogénéité tendineuse, une enflure, puis éventuellement par une perte volumique du tendon, avant que ne survienne la rupture. Les stigmates y relatifs, sur les radiographies standard, sont une sclérose du trochiter, parfois une altération de sa surface, associant parfois des kystes sous-chondraux à l'aplomb des insertions tendineuses, réactionnels (à des contraintes biomécaniques chroniques). Des aléas anatomiques intéressant l'acromion sus-jacent (plongeant, crochet), peuvent participer à l'usure.

Souvent, ce processus reste paucisymptomatique, élément qui ressort de plusieurs études épidémiologiques, où des US ou IRM furent pratiqués sur des populations asymptomatiques. Entre 2,5 et 15 % des cas (géographie et examinateur dépendants) avaient des déchirures conséquentes 1

Chez Z. _____, l'événement tel qu'il a été décrit plus haut semblait susceptible de provoquer une lésion anatomique d'envergure de la coiffe des rotateurs. Notons cependant que la clinique qui a suivi ne corrobore pas une telle lésion. Il n'y a pas eu de déficit fonctionnel significatif à l'issue de la chute. Ainsi, la première consultation médicale n'a eu lieu que plusieurs semaines plus tard ! Rappelons enfin que Z. _____ a poursuivi son activité professionnelle, sensiblement contraignante pour une épaule, élément qui rejoint finalement l'hypothèse d'une faible implication de l'événement qui nous concerne dans le cursus de cette épaule.

Le bilan radiologique, réalisé 4 mois après la chute, a montré la présence de troubles dégénératifs à l'épaule droite, intéressant surtout la coiffe des rotateurs et plus particulièrement le sus-épineux. Notons l'absence d'atrophie musculaire (reflet d'une utilisation normale ou presque du membre supérieur en question, traduction du fait qu'il n'y a pas eu, dans les semaines ou mois qui ont précédé, une altération biomécanique significative de l'épaule. En revanche, évidence de quelques stries graisseuses, reflet d'une dégénérescence en cours.

Cette dégénérescence n'est pas un phénomène récent. Je rappelle l'étude de Mellis et al., qui démontre que la survenue d'une dégénérescence graisseuse est tardive en cas de lésions tendineuses d'envergure, le délai se situant entre 2 et 4 ans pour les lésions non transfixiantes.

L'IRM de contrôle (du 1^{er} mai 2019) met quant à elle en évidence une atrophie, résultat de l'impotence fonctionnelle en lien avec la capsulite rétractile (qui n'était pas présente avant l'opération). Elle montre aussi une légère progression de la dégénérescence graisseuse pour le sus-épineux.

Le présent bilan révèle la présence d'une tendinopathie de la coiffe des rotateurs également à l'épaule non dominante, atraumatique. Elle se rapproche de celle touchant l'épaule dominante (mise à part la dégénérescence musculaire), respectant le schéma habituel (tant sur l'IRM que sur les clichés standard).

En pondérant l'ensemble des éléments radio-cliniques recueillis, on constate encore une fois la propension qu'a (et qu'avait, depuis longtemps) Z._____ à user ses épaules, plus particulièrement la coiffe des rotateurs. L'événement du 10 juillet 2018 fut responsable d'une contusion bénigne de l'épaule droite. Nous n'avons pas d'indices suggérant une dégradation anatomique significative de l'épaule droite suite audit événement.

Une contusion de l'épaule cesse généralement de déployer ses effets après quelques jours, au maximum après 4-6 semaines. Une extension de la symptomatologie dans le temps, ex. sur 4-6 semaines supplémentaires, pourrait être théoriquement admise, partant de l'hypothèse que ces tissus fragiles peuvent ralentir le rétablissement fonctionnel.

Au-delà de ce délai maximal de 3 mois, et sans autre élément probant, une autre raison doit être recherchée pour rendre compte des plaintes durables concernant l'épaule droite de Z._____ (en l'occurrence la tendinopathie de la coiffe des rotateurs, entité anatomopathologique abordée plus haut). »

Par décision du 24 mai 2019, A._____ a informé l'assurée de la fin du versement des prestations au 31 décembre 2018, considérant que, pour les troubles de l'épaule droite, le *statu quo ante* était atteint à cette date.

L'intéressée, assistée de son assurance protection juridique, s'est opposée à cette décision par courriers des 21 juin 2019 et 22 juillet 2019, en invoquant notamment que le rapport du Dr C._____ ne permettait pas de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le retour à l'état antérieur était atteint au 31 décembre 2018. Elle s'est notamment référée au rapport du 30 juin 2019 du Dr T._____, produit en annexe à sa seconde écriture. Le Dr T._____ a estimé que, s'agissant des atteintes à l'épaule droite, la rupture subtransfixiante du tendon sus-épineux, la lésion de la partie haute du sous-scapulaire et la tendinopathie du long chef du biceps étaient en relation de causalité directe avec l'accident du 10 juillet 2018. Il a indiqué que le traumatisme était « tout à fait adéquat ». Il a estimé que sa patiente ne présentait pas de signes de lésions dégénératives du tendon sur l'arthro-IRM du 21 novembre 2018 et que l'involution graisseuse était physiologique.

A._____ a à nouveau soumis le dossier au Dr C._____. Ce dernier a notamment relevé ce qui suit dans son rapport du 17 août 2019 :

« Selon le Dr T. _____ (rapport du 30 juin 2019), le traumatisme subi est tout à fait adéquat et l'assurée ne présente pas de signes de lésion dégénérative du tendon sur l'arthrographie-IRM du 21 novembre 2018. L'involution graisseuse Goutalier I est une involution tout à fait physiologique. Les lésions étayées sont : rupture subtransfixiante du tendon sus-épineux et lésion de la partie haute du sous-scapulaire avec tendinopathie du long chef du biceps.

Le Dr T. _____ ne fait aucunement référence à la situation concernant l'épaule controlatérale, atraumatique et asymptomatique au moment de l'examen du 18 avril 2019.

Pourtant, elle présentait un schéma lésionnel pour ainsi dire similaire à celui intéressant l'épaule droite, à savoir une déchirure interstitielle, distale, du sus-épineux, lésion atteignant la surface bursale du tendon, ce qui équivaut à une déchirure ou tendinopathie « subtransfixiante ». Association d'un épaissement avec hétérogénéité du tendon sous-scapulaire, traduction d'une tendinopathie active (ce qui équivaut aussi à une lésion). Association par ailleurs d'une tendinopathie du sus-épineux et d'une arthropathie dégénérative acromio-claviculaire.

De mon côté, j'avais estimé que l'événement du 10 juillet 2018 semblait susceptible de provoquer une lésion anatomique d'envergure de la coiffe des rotateurs, argument qui rejoint la conclusion du Dr T. _____.

En revanche, la clinique qui a suivi le traumatisme en question, argument sur lequel mon collègue ne se prononce pas, ne correspondait pas à celle usuellement observée après déchirure (perte de continuité, même partielle) d'un tendon, en l'occurrence celui de la coiffe des rotateurs. L'assurée avait décrit une clinique de relative faible importance, sans impotence fonctionnelle, ce qui fait que la première consultation médicale n'a eu lieu que 2 mois plus tard !

En cas de rupture tendineuse aiguë, on s'attend à une clinique bruyante, associant une impotence fonctionnelle, au moins antalgique au début, les patients recherchant dans l'écrasante majorité des cas une aide médicale rapide (ne serait-ce que pour une antalgie efficace).

Cet argument a une valeur nettement prépondérante par rapport à celui de l'aspect spectaculaire ou non du traumatisme subi.

L'involution graisseuse est tout à fait physiologique chez les personnes qui présentent une dysfonction chronique (délai généralement de 2 ou plusieurs années) du ou des muscles en question. A moins qu'elle ne traduise une atteinte du nerf innervant ledit muscle (neuropathie). Encore une fois, j'invite le lecteur à lire l'étude de Mellis & al, particulièrement documentée, traitant de ce sujet.

En définitive, le Dr T. _____ se prononce sur certains volets du problème concernant Z. _____, laissant de côté des éléments très importants, en particulier la propension qu'avait (et a) l'assurée à développer des troubles dégénératifs de sa coiffe des rotateurs, aux deux épaules, et de manière quasi identique. Nous n'avons aucune

preuve d'une dégradation du côté droit suite au traumatisme bénin subi le 10 juillet 2018, ni sur le plan radiologique ni sur le plan clinique. »

Par décision sur opposition du 26 septembre 2019, A. _____ a confirmé la décision du 24 mai 2019.

B. Par acte du 28 octobre 2019, Z. _____, sous la plume de son conseil, a déféré la décision sur opposition précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à l'annulation de la décision et à son renvoi à l'intimée pour complément d'instruction. Subsidiairement, elle a conclu à la réforme en ce sens que l'intimée était tenue de lui verser les prestations légales en relation avec l'accident du 10 juillet 2018. La recourante a requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, sa propre audition, ainsi que celle du Dr T. _____. Elle a reproché à l'intimée de ne pas avoir mis en œuvre une expertise après avoir constaté des divergences entre les appréciations des Drs T. _____ et C. _____. En substance, la recourante s'est référée aux avis de son orthopédiste traitant qui renaient un lien de causalité entre l'accident et les lésions à l'épaule. Elle s'est aussi prévalue d'une publication parue au Swiss medical forum (2019;19(15-16):260-267). D'après la recourante, la présence d'éventuels troubles dégénératifs préexistants ne suffisait pas pour nier l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'évènement en cause et les atteintes à la santé. Or, le Dr C. _____ n'avait pas, selon l'intéressée, procédé à une argumentation complète permettant de retenir que l'atteinte présentait un caractère dégénératif prépondérant. La recourante en a inféré que la chute était à l'origine des atteintes subies au niveau de la coiffe des rotateurs, de sorte que l'intimée devait prester au-delà du 31 décembre 2018.

Dans sa réponse du 13 décembre 2019, A. _____ a conclu au rejet du recours, faisant valoir que les rapports du Dr C. _____ étaient probants. L'intimée a relevé que la position du Dr T. _____ était difficilement compréhensible du fait que la recourante présentait une affection similaire à l'épaule gauche, atraumatique et asymptomatique. Elle en a conclu qu'il y avait rupture du lien de causalité entre les atteintes

à l'épaule droite et l'évènement du 10 juillet 2018 au-delà de quelques semaines post-traumatiques comme en attestaient les explications objectives du Dr C._____, de sorte qu'elle avait mis à juste titre un terme à ses prestations au 31 décembre 2018.

Répliquant le 7 janvier 2020, la recourante a réitéré que l'intimée n'avait pas apporté la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, de l'absence de lien de causalité, à partir du 31 décembre 2018, entre l'accident et les atteintes à la santé. En substance, il existait à tout le moins un doute minime sur la pertinence du rapport du Dr C._____ au vu des rapports du Dr T._____ et de la publication au Swiss medical forum, de sorte qu'il y avait lieu d'ordonner une expertise.

Par duplique du 2 mars 2020, l'intimée a précisé que la clinique présentée à la suite de l'évènement du 10 juillet 2018 ne correspondait pas, dans son intensité, à celle observée lors de la déchirure d'un tendon de la coiffe des rotateurs. Elle a pour le surplus renvoyé à sa précédente écriture.

Le 13 mars 2020, la recourante a confirmé ses conclusions.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre

2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante aux prestations de l'assurance-accidents au-delà du 31 décembre 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).

La jurisprudence considère que plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (TF 8C_61/2016 du 19 décembre 2016 consid. 3.2 et les références, in SVR 2017 UV n° 19 p. 63 ; 8C_331/2015 du 21 août 2015 consid. 2.2.2, in SVR 2016 UV n° 18 p. 55).

c) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 ; TF 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.1 et les références citées).

d) En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Cependant, lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas ou plus la

cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). A l'inverse, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (TF 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.2 et les références citées).

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

Dans un arrêt du 24 septembre 2019 (ATF 146 V 51), le Tribunal fédéral s'est penché sur le nouvel art. 6 al. 2 LAA, qui s'applique désormais en lieu et place de l'art. 9 al. 2 aOLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202). La Haute Cour a tout d'abord constaté que l'obligation de prêter de l'assureur-accidents pour les lésions définies à l'art. 6 al. 2 LAA existe même en l'absence d'un accident répondant aux critères de l'art. 4 LPGA (consid. 8.2.1). Il y a désormais une présomption légale, selon laquelle les lésions listées à l'art. 6 al. 2 LAA sont assimilées à un accident et doivent être prises en charge par l'assureur-accidents, à moins que celui-ci ne parvienne à établir que celles-là sont dues de manière prépondérante, à savoir à plus de 50 % (consid. 8.2.2.1), à l'usure ou à une maladie (consid. 8.6). Même si la nouvelle réglementation ne requiert plus l'existence d'un facteur extérieur comportant un risque de lésion accru, comme cela était le cas sous l'art. 9 al. 2 aOLAA (ATF 143 V 285 consid. 2 ; TF 8C_150/2018 du 8 novembre 2018 consid. 4.2), la question de savoir s'il s'est passé un événement dont

l'assuré se souviennent et qu'il puisse nommer demeure pertinente sous l'angle du nouveau droit. Lorsqu'aucun événement initial n'a été évoqué ou que cet événement est uniquement de nature tout à fait secondaire, respectivement anodin, cela facilite en règle générale, par la force des choses, la preuve libératoire de l'assureur-accidents. Il appartient avant tout aux spécialistes du domaine médical d'apprécier la question de la délimitation, en prenant en considération l'éventail complet des causes de la lésion corporelle en question. Il convient non seulement d'éclaircir l'état préexistant, mais également les circonstances de la survenance initiale des douleurs. Les différents indices, qui parlent en faveur ou en défaveur de l'usure ou de la maladie, doivent être évalués d'un point de vue médical. Afin de parvenir à apporter la preuve libératoire, l'assureur-accidents doit établir, au degré de la vraisemblance prépondérante et sur la base d'appréciations médicales concluantes, que l'atteinte corporelle en question est attribuable de manière prépondérante, c'est-à-dire à plus de 50 %, à l'usure ou à la maladie (consid. 8.6).

4. a) 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).

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

c) 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).

d) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

5. a) En l'espèce, il est constant que la recourante présente des atteintes à la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, en particulier une rupture du tendon du sus-épineux et une lésion de la partie haute du tendon sous-scapulaire. Parmi la liste mentionnée à l'art. 6 al. 2 LAA figurent notamment les déchirures de tendons (let. f). Selon la jurisprudence (notamment 8C_36/2017 du 5 septembre 2017 consid. 5.2.1 et 8C_61/2016 du 19 décembre 2016 consid. 5.1), les déchirures partielles de tendons constituent des lésions corporelles assimilées à un accident au sens de l'ancien art. 9 al. 2 let. f aOLAA, jurisprudence qui reste applicable dès lors que la liste des lésions n'a pas été modifiée avec la révision, mais figure désormais dans la LAA (ATF 146 V 51 consid. 8). La recourante reproche à l'intimée de ne pas avoir appliqué cette disposition.

Or, les alinéas 1 et 2 de l'art. 6 LAA sont indépendants l'un de l'autre et, en principe, chaque cas doit être examiné individuellement. Si la lésion assimilée est due à un événement accidentel au sens de l'art. 4 LPGA, l'assureur accidents est tenu de verser des prestations jusqu'à ce que l'accident n'est plus la cause naturelle de la lésion, c'est-à-dire que l'atteinte à la santé est uniquement et exclusivement due à des causes sans rapport avec l'accident. Si, en revanche, les critères d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA ne sont pas tous remplis, l'assureur accidents est en principe tenu de verser des prestations pour une lésion assimilée au sens de l'art. 6 al. 2 LAA, à moins qu'il ne puisse prouver que l'atteinte est principalement due à l'usure ou à une maladie (TF 8C_22/2019 précité consid. 9.1). Lorsque l'assureur-accidents a admis l'existence d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA, il doit prendre en charge les suites de la lésion en cause sur la base de l'art. 6 al. 1 LAA (TF 8C_169/2019 du 10 mars 2020 consid. 5.2)

Dans le cas d'espèce, l'intimée a reconnu l'événement du 10 juillet 2018 comme un accident au sens de l'art. 4 LPGA et a initialement versé des prestations pour ses conséquences. En résumé, elle a retenu l'existence d'atteintes dégénératives préexistantes, dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie, mais que ces atteintes

avaient été décompensées légèrement et temporairement par l'événement accidentel. Elle a ainsi admis un lien de causalité partiel avec l'accident qui a aggravé des lésions préexistantes d'origine malade. Le cas doit donc être examiné sous l'angle de l'art. 6 al. 1 LAA et il n'est pas nécessaire de l'examiner à la lumière de l'art. 6 al. 2 LAA.

b) L'intimée a mis fin aux prestations avec effet au 31 décembre 2018 en considérant que les atteintes persistantes n'étaient plus en lien de causalité avec l'accident, la recourante ayant atteint le *statu quo sine vel ante*. Pour ce faire, l'intimée s'est principalement fondée sur les rapports de son médecin-conseil, le Dr C._____.

Le Dr C._____ a en substance considéré que le mécanisme de la chute pouvait être compatible avec une lésion anatomique d'envergure de la coiffe des rotateurs, mais que la clinique qui avait suivi ne corroborait pas une telle lésion. En effet, la recourante n'avait pas présenté d'impotence fonctionnelle immédiate significative qui serait compatible avec une rupture transfixiante du sus-épineux. L'intéressée avait repris le travail après ses vacances et ne s'était pas plainte d'une impotence, alors qu'elle avait indiqué devoir porter des containers d'environ 10 kg dans son activité professionnelle. Elle n'avait consulté son médecin que le 28 octobre 2018 et avait refusé des séances de physiothérapie. L'accident n'a par ailleurs été annoncé par l'employeur que le 21 décembre 2018, soit deux mois après la première visite médicale. Sur l'arthro-IRM du 21 novembre 2018 (quatre mois après la chute), le Dr C._____ a noté l'absence d'atrophie musculaire, ce qui était le reflet d'une utilisation normale ou presque du membre supérieur en question et signifiait qu'il n'y avait pas eu dans les semaines ou mois qui avaient précédé une altération biomécanique significative de l'épaule. Le Dr C._____ s'est ainsi fondé sur des éléments objectifs pour retenir l'absence d'impotence fonctionnelle et de conséquence significative de l'accident sur les atteintes à l'épaule droite. L'absence d'impotence n'est d'ailleurs pas contestée, la recourante ne s'étant plainte que de douleurs à la suite de l'accident, si l'on se réfère à son audition par l'intimée le 22 février 2019.

Puis, se fondant sur l'arthro-IRM de l'épaule droite du 21 novembre 2018 et l'IRM des deux épaules du 1^{er} mai 2019, le médecin-conseil a noté la présence de lésions dégénératives au niveau de la coiffe des rotateurs et plus particulièrement au niveau du sus-épineux. Celles-ci étaient sans aucun doute en lien avec la rupture du tendon du sus-épineux. Ce dernier avait été usé par frottement, ce qui n'était pas exceptionnel chez une personne de l'âge de l'assurée. Le Dr C. _____ a relevé la présence d'une infiltration graisseuse qui montrait l'existence d'une rupture depuis plus d'une année et corroborait l'existence d'une dégénérescence en cours.

Le médecin-conseil de l'intimée a ensuite comparé les deux IRM réalisées à quelques mois d'intervalle (21 novembre 2018 et 1^{er} mai 2019). Celle du 1^{er} mai 2019 a révélé une atrophie résultant de l'impotence fonctionnelle en lien avec la capsulite rétractile qui n'était pas présente avant l'opération. Elle montrait aussi une légère progression de la dégénérescence graisseuse pour le sus-épineux. Pour le médecin-conseil, ces éléments témoignaient d'une dégradation après l'intervention, celle-ci n'étant pas visible, même quatre mois après l'événement accidentel.

Puis le Dr C. _____ a comparé l'état des deux épaules (IRM du 1^{er} mai 2019) et constaté la présence d'une tendinopathie de la coiffe des rotateurs également à l'épaule gauche non dominante et atraumatique. Il a observé qu'elle se rapprochait de l'épaule droite dominante (mise à part la dégénérescence musculaire), respectant le schéma habituel. Il a déduit de l'ensemble de ces éléments que la recourante souffrait de l'usure de ses deux épaules, la droite, dominante, étant légèrement plus touchée, et a constaté qu'aucun indice ne suggérait une dégradation anatomique significative de cette épaule à la suite de l'événement du 10 juillet 2018. Il a ajouté que les effets d'une contusion de l'épaule cessaient généralement après quelques jours, voire quatre à six semaines au maximum, tout en admettant une possible extension de la symptomatologie sur quatre à six semaines supplémentaires, partant de

l'hypothèse que les tissus fragiles pouvaient ralentir le rétablissement fonctionnel. Après un délai maximal de trois mois, une autre raison devait être recherchée pour rendre compte des plaintes durables concernant l'épaule droite de la recourante, soit en l'occurrence la tendinopathie de la coiffe des rotateurs.

Le Dr C._____ a fondé son analyse sur des éléments objectifs, d'abord en constatant sur les IRM des 21 novembre 2018 et 1^{er} mai 2019 l'existence d'atteintes dégénératives à l'épaule droite, puis en relevant l'absence d'impotence fonctionnelle pendant les mois qui ont suivi l'accident, et en observant, sur l'IRM du 1^{er} mai 2019, le même phénomène de dégénérescence à l'épaule gauche de la recourante à un stade moins avancé en raison du fait que l'épaule droite est l'épaule dominante.

c) Les avis médicaux du Dr T._____ ne sont ni motivés ni étayés. Ils ne remettent ainsi pas sérieusement en cause les conclusions du Dr C._____ qui, elles, sont motivées et basées sur des éléments objectifs. En effet, il ne suffit pas de déclarer qu'il existe un lien de causalité entre les atteintes et l'accident pour justifier la continuation des prestations d'assurance-accidents. Dans son rapport complémentaire, le Dr C._____ a relevé que le Dr T._____ ne se prononçait pas sur l'état de l'épaule gauche atraumatique, alors qu'elle présentait un schéma lésionnel pour ainsi dire similaire à celui de l'épaule droite, à savoir une déchirure interstitielle, distale du sus-épineux, lésion atteignant la surface bursale du tendon, ce qui équivalait à une déchirure ou tendinopathie subtransfixiante. Comme le Dr T._____, le Dr C._____ a admis que l'événement du 10 juillet 2018 semblait susceptible de provoquer une lésion anatomique d'envergure de la coiffe des rotateurs. Il a toutefois noté que la clinique qui avait suivi, sur laquelle le Dr T._____ ne se prononçait pas, ne correspondait pas à celle observée usuellement après une déchirure (perte de continuité même partielle) d'un tendon. Il a ajouté qu'en cas de rupture tendineuse aiguë, on pouvait s'attendre à une clinique bruyante, associant une impotence fonctionnelle, au moins antalgique au début, les patients recherchant dans l'écrasante majorité

des cas une aide médicale rapide. Or, tel n'a pas été le cas en l'espèce. Le Dr T._____ a indiqué que l'involution graisseuse de Goutailler I était physiologique et qu'il n'y avait pas d'atteinte dégénérative du tendon. Le Dr C._____ a précisé que l'involution graisseuse était physiologique chez les personnes qui présentaient une dysfonction chronique du ou des muscles en cause (délai généralement de deux ou plusieurs années), à moins qu'elle ne traduisît une atteinte du nerf innervant ledit muscle (neuropathie). Le Dr C._____ a mis en évidence le fait que le Dr T._____ ne se prononçait pas sur des éléments très importants, en particulier la propension qu'avait la recourante à développer des troubles dégénératifs de sa coiffe des rotateurs aux deux épaules, ceci de manière quasi identique. Il a conclu qu'il n'y avait aucune preuve d'une dégradation de la lésion à l'épaule droite à la suite du traumatisme bénin subi le 10 juillet 2018, ceci ni sur le plan radiologique ni sur le plan clinique. Le Dr T._____ n'a fait que d'exprimer un avis contraire au Dr C._____, mais sans toutefois l'étayer sur la base d'éléments objectifs probants. Il n'a en outre pas fait une analyse complète et circonstanciée, dès lors qu'il n'a pas pris en compte des éléments déterminants relevés par le Dr C._____.

d) La recourante se prévaut encore d'arguments fondés sur la publication au Swiss Medical Forum. Celle-ci ne présente toutefois que des généralités qui ne sont pas rapportées au cas d'espèce par un avis médical circonstancié, de sorte que cette publication n'est d'aucune aide à l'intéressée.

e) En définitive, dans son rapport du 20 mai 2019 et son complément du 17 août 2019, le Dr C._____ examine le cas de manière complète sur la base d'éléments médicaux au dossier et motive clairement ses conclusions qui peuvent ainsi être suivies. Ni l'avis divergent du Dr T._____ ni la publication au Swiss Medical Forum ne suffisent à remettre en cause les constatations circonstanciées du Dr C._____. Il convient par conséquent d'admettre l'existence de lésions dégénératives préexistantes, décompensées légèrement et temporairement par l'évènement accidentel, mais que le *statu quo* était

atteint trois mois après la glissade survenue le 10 juillet 2018. Partant, l'intimée n'a – compte tenu de la nature de l'atteinte à la santé – pas violé le droit fédéral en mettant un terme à l'octroi de ses prestations au 31 décembre 2018.

6. Vu l'issue de la procédure et compte tenu des circonstances, en particulier des rapports clairs et circonstanciés du Dr C._____, ni la mise en œuvre d'une expertise judiciaire ni les auditions de la recourante et de son orthopédiste traitant n'apparaissent de nature à apporter un éclairage différent des éléments retenus ci-dessus. Les réquisitions en ce sens doivent dès lors être écartées par appréciation anticipée des preuves (ATF 141 I 60 consid. 3.3 ; 137 III 208 consid. 2.2 ; 135 II 286 consid. 5.1).

7. a) Mal fondé, le recours doit en conséquence être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

b) La procédure étant en principe gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, ni d'allouer de dépens au vu de l'issue du litige (art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 26 septembre 2019 par A._____ est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Monnard Séchaud (pour la recourante),
- A. _____ (intimée),
- 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 :