

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 31 janvier 2011

---

Présidence de       Mme     DI FERRO DEMIERRE  
Juges     :       Mmes Röthenbacher et Pasche  
Greffière     :       Mme     Trachsel

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**Fabienne GUIGNARD**, à Froideville, recourante, représentée par Me  
Sandrine Osojnak, avocate, à Vevey,

et

**LA CAISSE VAUDOISE, DÉPARTEMENT LAA**, à Lausanne, intimée.

---

**Art. 6 al. 2 LAA et 9 al. 2 OLAA**

## **E n f a i t :**

**A.** Fabienne Guignard (ci-après : l'assurée), née en 1979, est assurée auprès de La Caisse Vaudoise, département LAA (ci-après : la caisse) contre les accidents professionnels et non professionnels du fait de son emploi d'enseignante auprès de l'Etat de Vaud. Par déclaration de sinistre du 19 septembre 2008, l'employeur de l'assurée a annoncé que cette dernière avait ressenti des douleurs à l'épaule droite lors d'un match de volley-ball, le 20 janvier 2006. Le traitement a débuté en novembre 2007.

L'assurée a consulté le Dr Philippe Vaney, chirurgien orthopédique et traumatologue, le 28 novembre 2007, lequel a fait réaliser des radiographies et une arthro-IRM de l'épaule droite. Cette dernière montrait notamment que le tendon du sus-épineux de l'épaule droite présentait une structure hétérogène en rapport avec une tendinite érosive par impingement syndrome sans amincissement du tendon, sans image suspecte de déchirure tendineuse et sans extravasation du produit de contraste en dehors de l'articulation scapulo-humérale, en particulier pas d'opacification pathologique, que le tendon sous-scapulaire présentait un léger épaissement hétérogène traduisant la présence d'une tendinopathie inflammatoire sans image suspecte de rupture et que les autres tendons de la coiffe (sous-épineux et petit rond) étaient normaux. La présence d'une volumineuse encoche du bourrelet gènoïdien antéro-supérieur faisait suspecter la présence d'une déchirure de ce bourrelet de type SLAP.

L'assurée a subi une intervention le 23 septembre 2008, réalisée par le Dr Vaney. Ce dernier a pratiqué une arthroscopie de l'épaule droite, une réinsertion du bourrelet antérieur sur la glène et du tendon du biceps par des ancrs résorbables, une suture et réinsertion osseuse du tendon du sus-épineux et une acromioplastie.

Le 5 octobre 2008, répondant à un questionnaire de la caisse, l'assurée a indiqué notamment qu'elle pratiquait le volley-ball de manière habituelle et qu'aucun événement particulier ne s'était produit le jour de l'événement.

L'assurée s'est entretenue téléphoniquement avec la caisse le 13 octobre 2008. Ses propos, qui ont été retranscrits par la caisse, sont les suivants :

" Le 20 janvier 2006, alors qu'elle saute pour attaquer, au moment où elle frappe le ballon (le bras en l'air), notre assurée se blesse à l'épaule. Mme Guignard ressent immédiatement une forte douleur et arrête de jouer. L'intéressée ne fait plus de sport pendant deux à trois semaines et les douleurs s'atténuent, mais restent présentes. Notre interlocutrice pense que cela va passer tout seul et ne consulte pas. Petit à petit, les douleurs s'amplifient jusqu'à la réveiller la nuit et notre assurée se décide à consulter.

Une IRM est réalisée en date du 28 novembre 2007 et, au vu des résultats, le Dr Vaney l'informe de suite qu'elle devra être opérée. Le problème est que Mme Guignard a accouché récemment et elle ne veut pas laisser son enfant si jeune pendant plusieurs jours... Le Dr Vaney pratique donc deux infiltrations. La première a beaucoup aidé notre interlocutrice, la deuxième n'a pas eu vraiment d'effets. Finalement, le Dr Vaney a opéré l'intéressée le 23 septembre 2008. Il lui a garanti que les frais seraient pris en charge en LAA. Nous informons donc notre assurée que nous ne nous sommes pas encore déterminés. Pour cela nous attendons des informations du Dr Vaney. L'intervention aurait dû se faire en ambulatoire, mais Mme Guignard a mal supporté la narcose. Elle s'est mise à délirer et à vomir. Les Dr ont décidé de la garder à la Clinique. Notre assurée y a donc séjourné du 23 au 25 septembre. Elle n'a pas d'assurance complémentaire et est informée que les frais relatifs à la division privée seront à sa charge. Depuis, notre interlocutrice a revu le Dr Vaney le 6 octobre 2008 et le revoit dans une semaine. Au niveau des douleurs, cela va bien mieux depuis qu'elle a été opérée, même si elle en ressent toujours. [...] Mme Guignard a un certificat médical pour 6 semaines à compter de l'intervention. [...] L'intéressée n'a pas d'antécédent au niveau de son épaule droite.

Dans un rapport médical du 30 janvier 2009, le Dr Vaney a posé le diagnostic de déchirure et désinsertion du bourrelet glénoïdien antérieur et lésion SLAP de l'épaule droite. Il notait comme étiologie de l'affection une chute et relevait que l'assurée avait repris le travail à plein temps le 6 novembre 2008 après un arrêt de travail du 23 septembre au 5 novembre 2008. Il indiquait que, suite à l'intervention, l'évolution médicale de l'assurée avait été favorable, que ses douleurs avaient progressivement disparu et qu'elle avait recouvré une bonne mobilité. Il

relevait qu'aucune circonstance extérieure à l'accident n'avait joué de rôle sur l'état de l'assurée et que son traitement avait pris fin le 21 janvier 2009.

Par décision du 2 mars 2009, la caisse a refusé de prendre en charge les suites du sinistre annoncé en septembre 2008, considérant qu'il n'était pas établi au degré de vraisemblance prépondérante, que les troubles traités dès le mois de novembre 2007, soit vingt-deux mois après l'événement, soient en relation de causalité naturelle avec l'événement bénin du 20 janvier 2006 et que la lésion mise en évidence par l'IRM était manifestement d'origine dégénérative.

L'assurée a formé opposition à cette décision par acte du 23 mars 2009. Elle faisait valoir que la nature de la lésion subie, causée avant l'âge de trente ans, ne pouvait être d'origine dégénérative, sans accident. Elle ajoutait qu'entre le moment de l'accident et de sa première consultation chez le Dr Vaney, elle avait été enceinte et avait allaité son premier enfant, né en octobre 2006, ce qui l'avait empêchée d'entamer tout traitement et l'avait amenée à supporter ses douleurs.

A la demande de la caisse, son médecin-conseil, le Dr Nicolas Daroussos, chirurgien orthopédique FMH, a examiné l'assurée et établi un rapport le 19 août 2009. Il relevait notamment ce qui suit :

" 1. La survenance d'une lésion de l'article 9 alinéa 2 OLAA [ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents, RS 832.202], le 20 janvier 2006 lors de l'événement incriminé est-elle établie au degré de vraisemblance prépondérante?

Le Dr Vaney a décrit une lésion distale du sus-épineux, apparemment transfixiante. Ceci paraît étonnant, compte tenu des images arthro-IRM où, après injection du produit de contraste, aucune fuite du produit dans l'espace sous-acromial (qui aurait signifié la brèche tendineuse) n'a été constaté.

En revanche, cet examen montre clairement un conflit sous-acromial chronique, avec hétérogénéité marquée du sus-épineux et du sous-scapulaire et amincissement sous acromial. Il s'agit donc d'une lésion de la coiffe antérieure, qui n'a rien d'exceptionnelle chez une sportive pratiquant le volley-ball même jeune.

La lésion labrale (SLAP) ne rentre pas dans le cadre de l'article 9.2 OLAA.

## 2. La déchirure labrale de type SLAP est-elle une lésion 9.2 OLAA ?

Non. Pour rappel, le complexe bicipito-labral, siège des lésions SLAP, comporte la partie crâniale du labrum et l'insertion sur ce dernier du tendon du muscle long chef du biceps. Ce dernier participe à la stabilisation de la tête humérale, en phase dynamique.

Le labrum est un fibro-cartilage, solidement ancré sur la glène, permettant d'augmenter la surface de contact avec la tête humérale, et exerçant de surcroît un effet ventouse sur cette dernière.

Le complexe bicipito-labral subit des contraintes exagérées dans la population sportive. Il peut aussi être sollicité de manière aberrante lors d'une insuffisance de la coiffe des rotateurs, où le transfert de charges sur le LCB est anormal. Il se produit ainsi une usure labrale ou une déchirure du complexe en question. Ces lésions ont été caractérisées par les études de Snyder, décomposées en lésions SLAP I, II, III, jusqu'à VII (selon la complexité des lésions).

De telles lésions sont rencontrées chez des patients dont l'âge moyen se situe dans la troisième-quatrième décennie, souvent de sexe masculin (3/4 des cas), pratiquant en général un sport de lancer (Handball, volley-ball, tennis) ou comportant un armé contré (sports de combat, gymnastique, water-polo).

Dans l'écrasante majorité des cas, il s'agit d'une tension extrême du long chef du biceps, qui peut survenir par exemple dans la phase terminale du lancer, lorsque le bras est en décélération et le coude en extension.

Il a aussi été démontré qu'une chute sur le coude, coude fléchi, peut être à l'origine d'une avulsion du complexe bicipito-labral, en réalité par un phénomène indirect, c'est-à-dire une sub-luxation supérieure abrupte de la tête humérale.

Aucun de ces mécanismes n'a été caractérisé dans le cas de Mme Guignard.

En réalité, le banal événement (ou plutôt incident) survenu le 20 janvier 2006, a révélé une tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, dans le cadre d'un conflit sous-acromial chronique et, surtout, une lésion SLAP, dont l'histoire naturelle a été longuement étayée plus haut. "

Dans un courriel du 15 septembre 2009, le Dr Daroussos a précisé, à la demande de la caisse, qu'une femme enceinte ne devait pas subir d'arthrographie, celle-ci se pratiquant sous contrôle de la radioscopie, générant des rayons X, mais qu'en revanche, elle pouvait sans autre se soumettre à une IRM.

Par décision sur opposition du 15 septembre 2009, la caisse a confirmé sa décision du 2 mars 2009. Elle soutenait d'une part que, dans la mesure où l'assurée avait répondu par la négative à la question : "*s'est-il produit un événement particulier ?*", dans le questionnaire qui lui avait été adressé le 5 octobre 2008, la condition de la cause extérieure de la définition de l'accident n'était pas remplie, d'autre part, elle estimait que la désinsertion labrale - bourrelet glénoïdien - n'était pas une lésion corporelle assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA, puisqu'il s'agissait d'un cartilage fibreux (fibro-cartilage) et non pas d'un muscle, d'un tendon ou d'un ligament, et qu'il n'était pas établi au degré de vraisemblance prépondérante que la lésion du sus-épineux traitée le 23 septembre 2008 ait été causée lors de l'événement du 20 janvier 2006, puisqu'elle n'existait pas en novembre 2007.

**B.** Fabienne Guignard a recouru contre cette décision par acte du 15 octobre 2009, en concluant principalement à sa réforme, en ce sens que le droit aux prestations découlant de l'assurance-accidents devait être reconnu pour l'événement du 20 janvier 2006 et ses suites, en particulier l'intervention médicale du 23 septembre 2008 et le traitement médical y afférant, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause pour nouvelle instruction et nouvelle décision au sens des considérants. Elle contestait les conclusions du Dr Daroussos et faisait valoir qu'elle avait subi une lésion au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA. Elle sollicitait la mise en place d'une expertise pour le démontrer.

Dans sa réponse du 20 novembre 2009, la caisse a maintenu ses conclusions et soutenu, de surcroît, que la relation de causalité naturelle entre l'événement et les troubles à l'épaule ne pouvait être admise.

**C.** Dans ses déterminations du 25 janvier 2010, la recourante a maintenu ses conclusions et produit deux certificats médicaux, établis le 8 janvier 2010, respectivement par le Dr Vaney et le radiologue Yves Goël.

Les conclusions du Dr Vaney étaient les suivantes :

" La lésion de SLAP II présente chez cette patiente correspond tout à fait aux données de la littérature. Le traumatisme décrit par la patiente se retrouve dans la littérature dans les origines de cette lésion. Les images IRM sont sans équivoque quant à la lésion et les images arthroscopiques n'ont fait que confirmer ce qui était suspecté, soit une déchirure de SLAP II, classique. C'est cette lésion qui a motivé l'intervention chirurgicale. La suture de la déchirure partielle de l'insertion du tendon sus-épineux a été faite en complément, vu la déchirure de ce tendon. A elle seule, elle n'aurait pas motivé une intervention chirurgicale. Contrairement à ce qui est dit dans le rapport de l'assurance, la lésion de la coiffe n'a jamais été décrite comme transfixiante. [...] "

Le radiologue Yves Goël précisait quant à lui que :

"La lésion décrite au niveau du bourrelet glénoïdien supérieur s'étend antéro-postérieurement depuis la face antérieure jusqu'à la face postérieure du bourrelet supérieur. Il s'agit d'une déchirure du bourrelet de type SLAP et non pas d'un simple foramen sous-labral. Cette lésion s'accompagne d'ailleurs d'un aspect très irrégulier et hétérogène du bourrelet antérieur, d'allure post-traumatique.

Au niveau du tendon sus-épineux, les lésions décrites sont plutôt de type tendinose érosive que d'allure post-traumatique, si l'on considère la présence d'un amincissement de l'espace sous-acromial."

Dans ses déterminations du 18 février 2010, la caisse a constaté notamment qu'une déchirure du bourrelet de type SLAP (Superior Labrum Anterior to Posterior) était aussi appelée lésion labrale ou du labrum et que cette déchirure ne faisait pas partie de la liste exhaustive de l'art. 9 al. 2 OLAA.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** Selon l'art. 1 al. 1 LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents, RS 832.20), les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, sous réserve des exceptions expressément prévues. L'art. 56 al. 1 LPGA prévoit que les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours. Un tel recours doit être adressé au tribunal cantonal des assurances du canton de domicile de l'assuré, dans un délai de 30 jours suivant la notification de la décision

querellée (art. 57, 58 et 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, la décision, rendue dans le cadre d'une procédure d'opposition, était donc susceptible de recours auprès de l'autorité vaudoise compétente.

**b)** La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est donc compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD). Il n'est pas possible de déterminer exactement la valeur litigieuse de la cause, le dossier ne contenant aucun élément à cet égard. On sait toutefois que la recourante a subi une opération, séjour en division privée en clinique, alors qu'elle ne bénéficiait pas d'une assurance complémentaire, de physiothérapie et de frais de transport et qu'il s'en est suivi une période d'incapacité de travail complète de plus d'un mois. On peut dès lors retenir que la valeur litigieuse est probablement supérieure à 30'000 fr., de sorte que la cour doit être composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; RSV 173.01]).

**2.** Est litigieuse en l'espèce la question de savoir s'il incombe à la caisse intimée de servir des prestations de l'assurance-accidents à raison de l'événement du 20 janvier 2006.

Dans son recours, Fabienne Guignard soutient que la lésion dont elle a été victime est une lésion au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA. Pour sa part, la caisse, sur la base de l'arthro-IRM du 28 novembre 2007, considère qu'il n'y a aucune déchirure de la coiffe des rotateurs, mais bien des tendinopathies dégénératives liées à la dysplasie acromiale et relève que seule une déchirure du bourrelet glénoïdien, lequel ne fait pas partie de la coiffe des rotateurs, est suspectée. Elle estime ainsi que la lésion subie par l'assurée n'est pas une lésion corporelle assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA et qu'il n'est pas établi au degré de vraisemblance prépondérante que la lésion du sus-épineux traitée le 23 septembre 2008 ait été causée lors de l'événement du 20 janvier 2006, puisqu'elle n'existait pas sur l'arthro-IRM du 28 novembre 2007. Elle constate que la recourante a consulté un médecin vingt-et-un mois après ledit événement

et nie le lien de causalité naturelle entre celui-ci et les troubles de l'épaule.

**3.** Il ressort donc des pièces au dossier que la recourante présente des atteintes différentes qu'il conviendra de différencier.

**a)** Selon 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. 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 (art. 4 LPGGA).

Il résulte de la définition même de l'accident que le caractère extraordinaire de l'atteinte ne concerne pas les effets du facteur extérieur, mais seulement ce facteur lui-même. Dès lors, il importe peu que le facteur extérieur ait entraîné des conséquences graves ou inattendues. Le facteur extérieur est considéré comme extraordinaire lorsqu'il excède, dans le cas particulier, le cadre des événements et des situations que l'on peut, objectivement, qualifier de quotidiens ou d'habituels (ATF 129 V 402 consid. 2.1 ; TF 8C\_234/2008 du 31 mars 2009, consid. 3.1).

Selon la jurisprudence, le critère du facteur extraordinaire extérieur peut résulter d'un mouvement non coordonné. Lors d'un mouvement corporel, l'exigence d'une incidence extérieure est en principe remplie lorsque le déroulement naturel d'un mouvement corporel est influencé par un empêchement «non programmé», lié à l'environnement extérieur. Dans le cas d'un tel mouvement non coordonné, l'existence du facteur extérieur doit être admise, parce que le facteur extérieur - la modification entre le corps et l'environnement extérieur - constitue en même temps le facteur extraordinaire en raison du déroulement non programmé du mouvement (ATF 130 V 117 consid. 2.1 et les références). Le caractère extraordinaire peut ainsi être admis lorsque l'assuré s'encouble, glisse ou se heurte à un objet, ou encore lorsqu'il exécute ou

tente d'exécuter un mouvement par réflexe pour éviter une chute (TF U 252/06 du 4 mai 2007, consid. 2). Lors de la pratique d'un sport par un assuré s'y adonnant plus ou moins régulièrement, professionnellement ou à titre privé, on prendra comme point de comparaison l'ensemble des personnes de la même catégorie se livrant à la même activité pour déterminer si l'événement présente un caractère exceptionnel, et ce n'est que dans ce cas qu'il pourra être, toutes autres conditions réalisées, considéré comme un accident. Le Tribunal fédéral a du reste encore rappelé que pour qu'un événement survenu dans le cadre de la pratique d'un sport puisse être considéré comme accidentel, il faut que se soit produit un incident particulier ("*besonderes Vorkommnis*"), non programmé (TF U 172/03, du 30 décembre 2003 et les arrêts cités).

**b)** En outre, aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA, le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. En vertu de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 9 al. 2 OLAA, qui prévoit que les lésions suivantes sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire :

- a. les fractures ;
- b. les déboîtements d'articulations ;
- c. les déchirures du ménisque ;
- d. les déchirures de muscles ;
- e. les élongations de muscles ;
- f. les déchirures de tendons ;
- g. les lésions de ligaments ;
- h. les lésions du tympan.

Cette liste est réputée exhaustive (ATF 116 V 136 consid. 4a et les références). La notion de lésion corporelle assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. L'assureur-accidents doit ainsi assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait souvent être couvert par l'assurance-maladie. Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA sont

assimilées à un accident même si elles ont, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, tout au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 129 V 466). Il faut qu'un facteur extérieur soit une cause possible de la lésion, au moins à titre partiel, pour qu'une lésion assimilée à un accident soit admise (TF 8C\_698/2007 du 27 octobre 2008, consid. 4.2 et les références).

**c)** La jurisprudence a précisé les conditions d'octroi des prestations en cas de lésion corporelle assimilée à un accident, en prévoyant qu'à l'exception du caractère extraordinaire de la cause extérieure, toutes les autres conditions constitutives de la notion d'accident doivent être réalisées (cf. art. 4 LPGA). En particulier, en l'absence d'une cause extérieure - soit d'un événement similaire à un accident, externe au corps humain, susceptible d'être constaté de manière objective et présentant une certaine importance -, fût-ce comme simple facteur déclenchant des lésions corporelles énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA, les troubles constatés sont à la charge de l'assurance-maladie (ATF 129 V 466 consid. 4 ; TF 8C\_35/2008 du 30 octobre 2008, consid. 2.1).

L'existence d'une lésion corporelle assimilée à un accident doit ainsi être niée dans tous les cas où le facteur dommageable extérieur se confond avec l'apparition (pour la première fois) de douleurs identifiées comme étant les symptômes des lésions corporelles telles qu'énumérées à l'art. 9 al. 2 let. a à h OLAA. De la même manière, l'exigence d'un facteur dommageable extérieur n'est pas donnée lorsque l'assuré fait état de douleurs apparues pour la première fois après avoir accompli un geste de la vie courante (par exemple en se levant, en s'asseyant, en se couchant ou en se déplaçant dans une pièce, etc.), à moins que le geste en question n'ait sollicité le corps, en particulier les membres, de manière plus élevée que la normale du point de vue physiologique et dépasse ce qui est normalement maîtrisé d'un point de vue psychologique. La notion de cause extérieure suppose en effet qu'un événement générant un risque de lésion accru survienne. Tel est le cas notamment lors de changements de position du corps, qui sont fréquemment de nature à provoquer des

lésions corporelles selon les constatations de la médecine des accidents (brusque redressement du corps à partir de la position accroupie, le fait d'accomplir un mouvement violent ou en étant lourdement chargé, ou le changement de position corporelle de manière incontrôlée sous l'influence de phénomènes extérieurs ; cf. ATF 129 V 466 consid. 4.2.2).

**4. a)** En l'occurrence, l'arthro-IRM effectuée le 28 novembre 2007 révèle la présence d'une encoche du bourrelet glénoïdien antéro-supérieur faisant suspecter une déchirure de celui-ci, de type SLAP.

Le Dr Daroussos explique que cette lésion, aussi appelée lésion labrale ou du labrum est une atteinte du fibro-cartilage, solidement ancré sur la glène, permettant d'augmenter la surface de contact avec la tête humérale, et exerçant de surcroît un effet ventouse sur cette dernière. Il ne s'agit donc ni d'un muscle, ni d'un tendon, ni d'un ligament et ne peut dès lors être assimilé à une déchirure tendineuse.

Partant, c'est à juste titre que la caisse a considéré que cette atteinte n'entraîne pas dans la liste exhaustive des lésions assimilées de l'art. 9 al. 2 OLAA.

**b)** Dans sa réplique, la recourante fait valoir encore que c'est l'événement du 20 janvier 2006 qui a provoqué la déchirure de ce bourrelet de type SLAP.

Le Dr Daroussos explique que le complexe bicipito-labral subit des contraintes exagérées dans la population sportive et qu'ainsi, il peut se produire une usure labrale ou une déchirure du complexe en question. Il note que de telles lésions sont rencontrées, dans les trois-quarts des cas, dans la troisième/quatrième décennie chez les personnes pratiquant un sport de lancer comme le volley-ball. Ce spécialiste précise en outre que, dans la majorité des cas, il s'agit d'une tension extrême du long chef du biceps, qui peut survenir par exemple dans la phase terminale du lancer, lorsque le bras est en décélération et le coude en extension. Il ajoute qu'une chute sur le coude, coude fléchi, peut être à l'origine d'une

avulsion du complexe bicipito-labral. Ce médecin constate finalement qu'aucun de ces mécanismes n'a été caractérisé chez la recourante.

Ces dernières conclusions sont confirmées par les propos tenus par la recourante puisque celle-ci, répondant à un questionnaire de la caisse le 5 octobre 2008, admet qu'elle pratique le volley-ball de manière régulière et qu'aucun événement particulier ne s'est produit le jour de l'événement. Cette dernière avait par ailleurs à juste titre elle-même relevé dans son mémoire de recours que, s'agissant d'un sport, le critère du facteur extraordinaire de l'art. 4 LPGA devait être nié en l'absence d'un événement particulier.

Cela étant, force est de constater qu'il n'y a pas eu, le 20 janvier 2006, d'incident non programmé ou de mouvement excédant le cadre des événements et des situations que l'on peut, objectivement, qualifier de quotidiens ou d'habituels dans la pratique du volley-ball (cf. supra, consid. 3c). Partant, la condition de la cause extérieure extraordinaire de l'art. 4 LPGA fait défaut.

**5.** Il reste finalement à examiner si la déchirure du tendon du sus-épineux, révélée lors de l'intervention du 23 septembre 2008, est en rapport de causalité avec l'événement du 20 janvier 2006.

**a)** L'arthro-IRM réalisée le 28 novembre 2007 montre que le tendon du sus-épineux de l'épaule droite présente une structure hétérogène en rapport avec une tendinite érosive par impingement syndrome sans amincissement du tendon et sans image suspecte de déchirure tendineuse, que le tendon sous-scapulaire présente un léger épaissement hétérogène traduisant la présence d'une tendinopathie inflammatoire sans image suspecte de rupture et que les autres tendons de la coiffe sont sans particularité.

Ainsi, ce n'est que lors de l'intervention du 23 septembre 2008 qu'une déchirure du tendon du sus-épineux a été constatée. Dès lors, puisque cette lésion n'existait pas sur les clichés du 28 novembre 2007

(en l'absence de fuite du produit de contraste), et dans la mesure où la recourante est restée près de deux ans sans consulter, c'est à juste titre que la caisse a considéré qu'il n'était pas établi au degré de vraisemblance prépondérante que cette lésion ait été causée lors de l'événement du 20 janvier 2006. Le fait que la recourante a déclaré ne pas avoir pu effectuer d'examens médicaux avant le mois de novembre 2007, dans la mesure où elle avait été enceinte puis avait allaité son enfant, n'y change rien, le Dr Daroussos ayant expliqué qu'une femme enceinte ne pouvait certes pas pratiquer d'arthrographie, celle-ci générant des rayons X, mais qu'il n'y avait pas de contre-indication à effectuer une IRM.

Au demeurant, les conclusions du 8 janvier 2010 du Dr Goël qui indique que les lésions sont plutôt de type tendino-érosive que d'allure post-traumatique, celles du Dr Vaney qui admet à la même date que la suture de la déchirure partielle de l'insertion du tendon du sus-épineux a été faite en complément à l'intervention de la lésion SLAP (cf. supra, consid. 4), et qu'à elle-seule, elle n'aurait pas motivé une intervention chirurgicale ou encore celles du Dr Daroussos, qui ne constate, tout comme le Dr Vaney, aucune fuite du produit de contraste dans l'espace sous-acromial (qui aurait signifié la brèche tendineuse), mais admet que l'arthro-IRM montre clairement un conflit sous-acromial chronique, avec hétérogénéité marquée du sus-épineux et du sous-scapulaire et amincissement sous-acromial, en d'autres termes aucune déchirure, et considère que la lésion de la coiffe antérieure n'a rien d'exceptionnelle, chez une sportive pratiquant le volley-ball, rejoignent celles de la caisse et démontrent que la déchirure apparue postérieurement à la date de l'arthro-IRM, qui plus est dans le cadre d'une tendinopathie érosive par impingement syndrome, ne saurait être reliée audit événement.

**6.** En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne le maintien de la décision attaquée du 15 septembre 2009. Il n'est pas perçu de frais de justice, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA) ni alloué de dépens, vu 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 15 septembre 2009 par La Caisse Vaudoise, département LAA est confirmée.
  
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.
  
- IV. Il n'est pas 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 Sandrine Osojnak, avocate, (pour Fabienne Guignard)
- La Caisse Vaudoise, département LAA
- 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 :