

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 7 avril 2015

---

Composition : Mme PASCHE, présidente  
Mme Thalmann et M. Merz, juges  
Greffière : Mme Berseth Béboux

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**H.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par **I.** \_\_\_\_\_, à Genève,

et

**L.** \_\_\_\_\_, à [...], intimée.

---

**Art. 4 LPGA ; art. 6 al. 1 et 2, 36 LAA ; art. 9 al. 2 OLAA**

**E n f a i t :**

**A.** H.\_\_\_\_\_, née en [...], travaillait comme « customer service representative » auprès de Z.\_\_\_\_\_ depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1988 à 50%. A ce titre, elle était assurée obligatoirement contre les accidents professionnels et non professionnels selon la LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20) auprès de L.\_\_\_\_\_ (ci-après également : L.\_\_\_\_\_ ou la Caisse).

Selon la déclaration de sinistre bagatelle LAA du 29 mars 2011, l'assurée s'était blessée durant ses vacances à [...], le 12 janvier 2011, au niveau de l'épaule droite. Alors qu'elle était sur un bateau, tenant une corde, une vague était arrivée, causant une grande tension sur la corde, et une lésion au bras. Les premiers soins avaient été donnés par le Dr A.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, puis la suite du traitement par K.\_\_\_\_\_, physiothérapeute.

Le 14 avril 2011, l'assurée a subi une arthro-IRM de l'épaule droite. Dans son rapport du même jour, le Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, a posé la conclusion suivante :

« Déchirure non transfixiante du versant supérieur du tendon du muscle sus-épineux accompagnée d'une fine collection liquidienne réactionnelle de la bourse sous-acromio-deltoïdienne. Il n'y a pas de passage du contraste injecté au niveau de cette bourse. Intégrité des bourrelets glénoïdiens. Pas de lésion de type Bankart. Intégrité de l'appareillage ligamentaire antérieur et en particulier du ligament gléno-huméral inférieur. »

L'assurée a été opérée le 12 août 2011 par le Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur auprès du V.\_\_\_\_\_ (ci-après : V.\_\_\_\_\_). Elle a subi une révision, acromioplastie et suture du sus-épineux à droite, le diagnostic posé étant celui de déchirure du tendon du sus-épineux de l'épaule droite.

Le 16 août 2011, L.\_\_\_\_\_ a fait savoir au V.\_\_\_\_\_ qu'elle prendrait en charge les frais de traitement consécutifs à l'événement du

12 janvier 2011, en réservant toutefois l'approbation de son médecin-conseil, se disant dans l'attente de renseignements médicaux pour confirmer son obligation d'octroyer des prestations.

Examinant le cas de l'assurée le 22 août 2011, le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et médecin-conseil de la Caisse, a estimé qu'une déchirure était seulement possible, car l'arthro-IRM ne montrait aucun passage du produit de contraste entre l'articulation et la bourse sous-acromiale. Comme la déchirure n'était selon lui pas prouvée, la lésion ne pouvait être considérée comme une lésion corporelle assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.2002). Pour le Dr J.\_\_\_\_\_, si la patiente n'avait consulté qu'un mois après les faits, cela entraînait l'absence d'impotence fonctionnelle immédiate et de douleur importante.

Le 23 août 2011, le Dr A.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de déchirure du muscle sus-épineux droit, constatant une mobilisation douloureuse de l'épaule droite en abduction, avec incapacité totale de travail à compter de l'opération du 12 août 2011.

Interpellée par la Caisse sur le déroulement de l'accident, l'assurée a exposé ce qui suit le 24 août 2011 :

« En revenant au bateau dans l'annexe, le skipper m'a demandé de tenir une corde attachée au voilier afin que l'annexe ne tape pas contre la coque du bateau. Cette corde était en hauteur et je l'ai tenue avec ma main droite. L'arrivée était un peu rapide et en même temps une vague a poussé l'annexe\*. J'ai ressenti une vive douleur dans l'épaule et entendu comme un craquement. Ensuite juste un peu mal. Le jour suivant dans l'après-midi tout le bras droit m'a fait très mal. Ensuite à nouveau presque plus de douleur. \*Mon corps supérieur a subi une torsion et mon épaule droite a été violemment tirée en arrière. »

Le 2 octobre 2011, le Dr R.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de déchirure du sus-épineux droit, les douleurs ayant diminué et le traitement consistant en de la physiothérapie. La reprise du travail à 100% était prévue le 4 octobre 2011.

Le cas de l'assurée a été à nouveau soumis au Dr J.\_\_\_\_\_, qui a relevé le 26 octobre 2011 que le protocole opératoire [de l'intervention du 12 août 2011] était tellement succinct qu'il n'éclairait pas sur le point de savoir s'il s'agissait d'une tendinopathie ou d'une déchirure transfixiante, estimant dès lors qu'il était impossible de déterminer si l'assurée présentait une lésion assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA.

Par décision du 7 novembre 2011, L.\_\_\_\_\_ a refusé le droit aux prestations, en relevant que son médecin-conseil, qui avait examiné le dossier, était d'avis que l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'atteinte actuelle à la santé et l'événement du 12 janvier 2011 n'était pas « probable de façon prépondérante », l'IRM ne montrant aucun passage de produit de contraste entre l'articulation et la bourse sous-acromiale, si bien qu'aucune déchirure n'était prouvée.

L'assurée s'est opposée le 9 novembre 2011 à cette décision, en faisant pour l'essentiel valoir qu'elle n'avait pas eu de douleurs au niveau de l'épaule droite avant l'accident, et que de l'avis du Dr R.\_\_\_\_\_, une intervention chirurgicale était nécessaire si elle voulait récupérer l'usage total de son bras, raison pour laquelle, étant sportive et active, elle avait accepté l'opération.

Le 19 décembre 2011, la société I.\_\_\_\_\_, représentant désormais l'assurée, a adressé à L.\_\_\_\_\_ copie d'un courrier du même jour par lequel elle expliquait à sa mandante que la Caisse devait reprendre l'instruction du cas, la question étant de savoir si la lésion subie entrait dans le cadre des lésions corporelles assimilées à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA.

L'assurée a produit un rapport du 10 janvier 2012 du Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui suggérait que des informations complémentaires soient demandées au Dr R.\_\_\_\_\_, relevant que le

Dr J.\_\_\_\_\_ aurait dû examiner son dossier radiologique, et pas seulement le rapport du radiologue.

A la demande d'I.\_\_\_\_\_ du 19 décembre 2011, le Dr R.\_\_\_\_\_ a indiqué le 11 janvier 2012 qu'il n'y avait pas de clichés de l'intervention, en précisant que cette dernière avait consisté en la suture d'une déchirure longitudinale du tendon du sus-épineux.

A la suite de l'opposition de l'assurée, la Caisse a repris l'instruction du cas. Elle a ainsi également interpellé le Dr R.\_\_\_\_\_, le 10 janvier 2012, afin qu'il la renseigne sur l'intervention du 12 août 2011. Ce dernier lui a fait savoir le 16 janvier 2012 que le traumatisme subi expliquait parfaitement la déchirure constatée lors de l'intervention chirurgicale, le tendon du sus-épineux entrant anatomiquement en conflit avec l'acromion et se déchirant. Pour lui, le lien de causalité était clair, ce d'autant que la patiente n'avait jamais présenté de pathologie de cette épaule avant l'événement du 12 janvier 2011.

Dans un rapport du 18 janvier 2012, le Dr X.\_\_\_\_\_ a suggéré qu'un autre rapport opératoire soit demandé au Dr R.\_\_\_\_\_, ou qu'à défaut, ce médecin indique la nature de la rupture. Le Dr R.\_\_\_\_\_ a alors fait savoir au représentant de l'assurée qu'il s'agissait d'une lésion transfixiante du sus-épineux.

Le 24 janvier 2012, le Dr X.\_\_\_\_\_ a encore observé que dans la mesure où l'assurée n'était rentrée de vacances que le 21 janvier 2011, l'argument du Dr J.\_\_\_\_\_ concernant le délai d'un mois entre l'accident et la première consultation perdait de son importance, estimant qu'il n'était pas inhabituel de devoir attendre 15 à 20 jours pour recevoir un rendez-vous.

Le 7 février 2012, le Dr X.\_\_\_\_\_ a en outre estimé qu'il convenait à ses yeux de renvoyer le dossier au Dr J.\_\_\_\_\_ pour un nouvel examen.

Le 14 mai 2012, L.\_\_\_\_\_ a fait savoir à l'assurée qu'après examen des images de l'arthro-IRM, le Dr J.\_\_\_\_\_ était d'avis qu'il n'existait pas de déchirure du tendon ni même de délamination significative, mais tout au plus une tendinopathie dégénérative.

Le 22 mai 2012, l'assurée a observé que des lésions du tendon du sus-épineux avaient également été constatées, ce qui tendait à établir un lien de causalité avec l'accident.

Le 29 mai 2012, le Dr X.\_\_\_\_\_ a maintenu que le Dr R.\_\_\_\_\_ avait constaté de visu une déchirure transfixiante du tendon du sus-épineux de l'épaule droite.

Les parties ont ensuite entrepris des pourparlers transactionnels, qui n'ont pas abouti.

La Caisse a alors mandaté le Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, afin qu'il procède à une expertise.

Ce médecin a examiné l'assurée le 8 mars 2013 et a rendu son rapport le 22 mars 2013. Il y a notamment relevé ce qui suit :

**« Appréciation du cas et diagnostics**

Il s'agit d'une femme de 5 [...] ans en date de l'expertise, en excellente santé habituelle, sans médication, modérément sportive, mais pratiquant un peu de Nordique Walking, un peu de vélo, et de la voile depuis longtemps, permis mer depuis plus de vingt ans.

Le 12 janvier 2011, sur une île à [...] près de [...], elle se trouve à l'avant d'une annexe de bateau, de type Zodiac semi-rigide, se dirigeant de la plage au bateau à l'ancre dans un atoll. Arrive à l'arrière du bateau, attrape des palans fixés à l'arrière par une armature, qui sert à remonter le Zodiac lors de la navigation, attrape de la main droite le palan [se] trouvant du côté droit. A ce moment-là, une vague pousse le bateau en avant, et le bras droit est tiré en avant et en arrière. Violentes douleurs avec perception d'un craquement.

Il s'agit d'un mouvement d'élévation/abduction, un mouvement luxant, qui en général fait des lésions du bourrelet, voire du sous-scapulaire, lorsque l'épaule se luxé complètement, c'est-à-dire que la tête humérale sort de la cavité glénoïdienne, peut entraîner une

déchirure complète ou partielle de la coiffe des rotateurs, en particulier du sus-épineux.

La lésion s'effectue à ce moment-là par distension massive en avant et en bas, pour le sus et le sous-épineux.

A ma demande, il n'y a pas eu la perception ou le ressenti d'une luxation ou éventuellement d'une subluxation, mais un craquement et une douleur.

Le soir même et dans les jours qui suivent, impotence fonctionnelle, mais relative, dans le sens où elle pouvait un peu bouger, mais avait terriblement mal, elle n'arrive pas à dire si elle pouvait bouger son bras au-dessus de l'épaule. Elle va présenter des douleurs qui perdurent à son retour en Suisse, et va consulter son médecin traitant. Celui-ci prescrit une physiothérapie, qui manifestement est essentiellement antalgique, à raison d'une fois par semaine. Elle n'aura pas de traitement antalgique pas d'infiltration. La situation stagne au vu d'un traitement conservateur à minima. Une arthro-IRM est faite quatre mois après le traumatisme qui montre une nette lésion classique de l'extrémité distale du sus-épineux, non transfixiante, au niveau de la face articulaire.

Avant de continuer, j'aimerais rappeler quelques éléments essentiels de la coiffe des rotateurs, et en particulier de la fréquence des lésions tendineuses, et en particulier sus-épineuses, liées à l'âge.

[...]

Sur la base de ces éléments, on peut conclure : moins l'action vulnérante est importante, plus la lésion dégénérative ou malade du tendon du sus-épineux doit être importante afin qu'une rupture puisse se produire.

Si l'on en revient à Madame H.\_\_\_\_\_, il y a quand même un élément vulnérant approprié, dans le sens d'un mouvement brusque, en haut et en arrière, avec une action musculaire visant à retenir violemment dans un mouvement de frein actif. Elle a également ressenti un craquement.

On ne peut donc exclure que cet élément vulnérant ait entraîné une lésion du sus-épineux, qui présentait certainement des lésions dégénératives préexistantes, comme l'attestent les kystes à son insertion, témoignant de phénomènes dégénératifs certains, antérieurs à l'événement.

Il se pose donc la question de l'importance de l'événement, est-il déterminant, ou n'a-t-il fait que révéler une pathologie préexistante asymptomatique.

Une rupture complète amène en général une impotence fonctionnelle totale, empêchant une élévation du bras, rendant une épaule pseudo-paralytique. Ce qui ne semble pas être le cas, mais je n'ai pas réussi à obtenir des renseignements clairs dans le sens où Madame H.\_\_\_\_\_ dit ne pas avoir essayé de lever son bras au-dessus de l'épaule en raison des douleurs, je n'ai aucun élément de la part des médecins traitants malgré mes demandes.

Si l'on se base uniquement sur l'arthro-IRM, il s'agit classiquement d'une lésion dégénérative.

Le rapport opératoire du Dr R.\_\_\_\_\_ m'a quelque peu interpellé, vis-à-vis de sa brièveté, pour ne pas dire plus, ne permettant donc pas de juger sur pièce.

Je rappellerai également que la simple présence d'une rupture transfixiante dans un protocole opératoire ou affirmée après coup, n'est pas suffisante pour affirmer ou infirmer à elle seule l'origine traumatique ou non de la lésion tendineuse, sachant la fréquence importante des ruptures transfixiantes complète du sus-épineux sans aucune symptomatologie, dans la population à partir de la cinquantaine.

La mesure de la force des mains au Jamar a montré que pour la main dominante, des valeurs proches de la limite supérieure chez la femme (classe d'âge 55-59 ans 17-30kg, et pour la main non dominante de 14-28kg). On peut donc dire, que Madame H. \_\_\_\_\_ présentait quand même une force manuelle suffisante pour serrer de façon importante le bout du palan pour retenir le bateau, et par là même, entraîner un mouvement réactif relativement important, qui aurait pu léser le tendon par un mécanisme d'arrachement classique. Toutefois, le mouvement n'est pas typique, car dans les mouvements de flexion contrainte, s'exercent plutôt sur le long chef du biceps ou son insertion, et dans les mouvements de rotation externe/abduction, qui s'exercent plutôt sur l'insertion du sous-scapulaire qui effectue la contrainte pour bloquer la rotation externe. Toutefois cette analyse est difficile à faire, s'agissant souvent de mouvements complexes.

Je retiendrai donc toutefois une lésion du tendon en relation avec le mécanisme lésionnel, sur un tendon présentant probablement une lésion préexistante.

Le traitement chirurgical a permis la guérison du tendon dans les délais habituels, la guérison s'effectuant sans complication, sans arthrofibrose postopératoire.

Il persiste en date de l'expertise une petite amyotrophie de la masse deltoïdienne droite.

L'assurée déclare ne plus avoir pratiqué de rééducation depuis l'été 2012, période où le cas est totalement stabilisé.

Sur la base de ces éléments, je fixerai donc un statu quo sine à fin juin 2012, le tendon présumé sain ayant donc pu guérir au vu d'une récupération fonctionnelle complète, des testings de coiffe normaux, et une mobilité complète.

[...]

#### **Question 4 : Diagnostics?**

- Déchirure longitudinale du sus-épineux droit.

#### **Question 5 : Question relative à la causalité.**

**Question 5 telle que posée par L. \_\_\_\_\_ : Question relative à la causalité. Si le lien de causalité entre l'accident et l'atteinte à la santé n'est pas clairement médicalement à admettre ou à nier, il y a lieu d'apprécier la causalité selon les trois degrés de vraisemblance (preuve) soit : certaine (supérieure à 50%), probable (égale à 50%), possible (inférieure à 50%) ?**

**Remarque faite par I. \_\_\_\_\_ : A la question 5, il y a 5 degrés de causalité, ce qui [est] inutile à notre sens. La causalité peut-être niée ; n'est que possible ; est plus que vraisemblable ou alors certaine. La notion de causalité « plutôt invraisemblable » est à supprimer.**

Selon la vraisemblance prépondérante qui régit la LAA, la causalité est tout juste probable. Il reste clairement une zone d'ombre dans le sens où l'arthro-IRM montre une lésion loco-classico de la face profonde du sus-épineux non transfixiante, il n'y pas eu de protocole opératoire décrivant la lésion, secondairement, manuscritement, de façon plus que sommaire, le Dr R. \_\_\_\_\_ a déclaré une lésion longitudinale du tendon du sus-épineux, mais il n'a pas précisé si celle-ci était transfixiante, son étendue, il n'a pas précisé quelle était l'épaisseur du tendon au niveau de la déchirure et sa qualité.

Si l'on part du principe que le tendon était sain, il s'agissait donc manifestement d'une lésion relativement mineure, pas étendue, et qu'elle a donc dû guérir sans particularité dans les délais de guérison des lésions tendineuses simples.

Les délais habituels de rééducation de l'épaule est d'environ six mois à douze mois, au vu de la bonne évolution, d'un cas stabilisé à une année, je fixerai à la fin juin 2012 le statu quo sine, ceci correspondant à l'évolution clinique.

Il reste en date de l'expertise une petite amyotrophie résiduelle de la masse musculaire du deltoïde droit, mais il s'agit du côté adominant, et l'assurée a reconnu ne pas avoir pratiqué depuis l'été 2012 une autorééducation particulière.

**Question 5.1 : les troubles actuels de santé de l'assuré sont-ils à mettre sur le compte de l'accident en tant que cause unique ou partielle (conditio sine qua non) ? Le cas échant selon quel degré de vraisemblance susmentionné.**

Cf. réponse aux questions précédentes.

**Question 5.2 : Existe-t-il des facteurs étrangers à l'accident (états antérieurs tels que conséquences d'accidents antérieurs ou de maladies ; maladies concomitantes, etc.) ? Si oui, lesquels ?**

Cf. réponse aux questions précédentes.

**Question 5.3 telle que posée par L. \_\_\_\_\_ : Dans le cas où les troubles actuels sont à mettre sur le compte de l'accident de façon prépondérante :**

**L'accident a-t-il conduit à une aggravation provisoire déterminante de cet état antérieur ? Si dite aggravation n'est que provisoire, le statu quo ante/sine est-il atteint ? A quelle date?**

**Remarque faite par I. \_\_\_\_\_ : à la question 5.3, l'expert aura à expliquer dans quelle mesure un statu quo ante vel sine peut réellement encore être atteint dans le cas qui nous occupe (au vu de la nature de la lésion et de l'intervention subie).**

Cf. réponse aux questions précédentes.

**Question 6 : L'état de santé est-il actuellement stabilisé ? Existe-t-il encore un traitement médical susceptible d'améliorer sensiblement l'état de santé de l'assurée ? Lequel ? Un traitement médical en vue de préserver la capacité de travail actuelle ou afin d'empêcher que l'état de santé ne subisse une détérioration notable est-il nécessaire ? Si oui, lequel ?**

Oui, cf. appréciation du cas et réponse à la question 5. Plus de traitement médical.

**Question 7 : A combien (%) estimez-vous le dommage à l'intégrité selon l'annexe 3 OLAA, les tables d'estimation**

**publiées par la SUVA et l'art. 36 OLAA, (en tenant compte d'une aggravation prévisible uniquement en relation de causalité avec l'accident) ?**

Aucun compte tenu du *statu quo sine* fixé.

**Question 8 : Remarques et propositions?**

Aucunes. »

Se déterminant sur le rapport d'expertise, l'assurée a relevé le 26 avril 2013 que le Dr B. \_\_\_\_\_ n'avait pas, selon elle, répondu à la question relative à la justification du *statu quo sine*, estimant que si la fin du traitement médical initial avait certes été atteinte en juin 2012, il n'y avait pas de *statu quo sine*. Elle a produit avec son écriture un avis du Dr X. \_\_\_\_\_ du 16 avril 2013, qui avait notamment la teneur suivante :

« Au stade actuel, Mme H. \_\_\_\_\_ va bien et le traitement médical est terminé. Par contre, il n'est pas possible - au sens strict du terme - de fixer un *statu quo ante vel sine* sur une épaule opérée. En effet, quel est l'état actuel du tendon (est-il plus fin ? S'est-il à nouveau, même partiellement, déchiré ? etc.) ? A mon avis, si une rechute se produit, il faudra alors déterminer la question de la causalité entre celle-ci et l'accident initial ainsi que ses suites ».

Par décision sur opposition du 5 juin 2013, la Caisse a modifié sa décision du 7 novembre 2011 en admettant de prendre en charge les suites de l'événement du 12 janvier 2011 jusqu'au 30 juin 2012. En substance, elle a estimé que l'assurée avait subi à la suite de cet événement une déchirure longitudinale du sus-épineux droit, soit une lésion assimilée au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA, le *statu quo sine* étant fixé à fin juin 2012 sur la base du rapport du Dr B. \_\_\_\_\_.

**B.** Par acte du 28 juin 2013, H. \_\_\_\_\_, toujours représentée par I. \_\_\_\_\_, a recouru contre la décision sur opposition du 5 juin 2013 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à sa réforme en ce sens que L. \_\_\_\_\_ est « tenue de reconnaître que le *statu quo sine* des suites de l'accident du 12 janvier 2011 n'est pas atteint en date du 30 juin 2012 ». En substance, elle fait valoir qu'il est contradictoire de retenir l'atteinte d'un *statu quo sine* alors que l'articulation scapulaire a « très probablement » été irrémédiablement modifiée dans sa structure à la suite de l'intervention chirurgicale.

Le 2 juillet 2013, le juge instructeur a constaté que la recevabilité des conclusions du recours, en tant qu'elles tendaient uniquement à la constatation d'un fait, paraissait douteuse, un délai étant imparti à la recourante pour préciser ce à quoi elle estimait avoir encore droit pour la période postérieure au 30 juin 2012.

Le 6 août 2013, la recourante a précisé que dans la mesure où la décision de l'intimée ne se prononçait pas sur l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI), et qu'elle ne souhaitait pas qu'il lui soit reproché d'avoir laissé la décision ici attaquée entrer en force sans réagir lorsqu'elle réclamerait une telle indemnité, elle avait décidé de recourir. Elle a ainsi précisé ses conclusions en ce sens que L.\_\_\_\_\_ est tenue de reconnaître que le *statu quo sine* des suites de l'accident du 12 janvier 2011 n'est pas atteint en date du 30 juin 2012 et de déterminer le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité selon l'art. 24 LAA.

Dans sa réponse du 17 septembre 2013, l'intimée conclut au rejet du recours, pour autant qu'il soit recevable.

Les parties ont maintenu leur position dans leurs écritures ultérieures.

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

**1. a)** 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 de dérogations expresses (cf. art. 1 al. 1 LAA). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (cf. art. 56 LPGA). Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (cf. art. 58 al. 1 LPGA). Un tel recours doit être adressé au tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une

autre partie au moment de son dépôt, dans un délai de 30 jours suivant la notification de la décision querellée (art. 57, 58 al. 1 et 60 al. 1 LPGA).

**b)** La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (cf. art. 93 let. a LPA-VD).

**c)** Selon un principe général de procédure, les conclusions en constatation de droit ne sont recevables que lorsque des conclusions condamnatoires ou formatrices sont exclues. Sauf situations particulières, les conclusions constatatoires ont donc un caractère subsidiaire (cf. ATF 135 I 119 consid. 4 ; TF 2C\_490/2014 du 26 novembre 2014 consid. 1.2, 2C\_199/2010 et 2C\_202/2010 du 12 avril 2011 consid. 3.3 non publié in ATF 137 II 383).

En l'espèce, le recours contient d'une part une conclusion tendant à ce que soit constatée l'absence de *statu quo sine* au 30 juin 2012, et d'autre part une conclusion - précisée en cours de procédure -, visant à ce que le droit à une IPAI au sens de l'art. 24 LAA soit déterminé.

En lien avec la première conclusion, il y a lieu de relever que celle-ci est de nature constatatoire, dans la mesure où elle ne tend pas à l'octroi de prestations de l'assurance-accidents au-delà du 30 juin 2012. Or une telle conclusion apparaît comme irrecevable au vu de la jurisprudence précitée. Vu le rejet du recours sur le plan matériel, cette question peut cependant rester indécise. Dans cette mesure, il n'y a pas lieu non plus de déterminer si ladite conclusion aurait pu être interprétée d'une autre manière compte tenu du principe de la procédure simple et du fait que le tribunal n'est pas lié par les conclusions (cf. art. 61 let. a et d LPGA).

Quant à la conclusion tendant à ce que le droit à une IPAI soit reconnu, on rappellera que dans la procédure juridictionnelle

administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1 ; 125 V 413 consid. 1a ; 119 Ib 33 consid. 1b et les références citées ; sur la notion d'objet de la contestation, cf. Meyer/von Zwehl, L'objet du litige en procédure de droit administratif fédéral, in Mélanges Pierre Moor, 2005, p. 437 ss).

Par sa décision du 5 juin 2013, qui détermine l'objet de la contestation, l'intimée ne s'est pas prononcée sur l'IPAI. La conclusion de la recourante tendant à ce que le droit à l'IPAI soit déterminé est donc irrecevable.

**2.** Supposé recevable, le recours devrait dans tous les cas être rejeté (cf. consid. 6 infra).

**3.** Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Aux termes de 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. La notion d'accident se décompose ainsi en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés ; il suffit en effet que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'atteinte dommageable ne puisse pas être qualifiée d'accident et qu'elle doive être, le cas échéant, qualifiée de maladie (cf. ATF 129 V 402 consid. 2.1 et 122 V 230 consid. 1 ; cf. RAMA 1986 n° K 685 p. 299 s. consid. 2 ; TF 8C\_767/2012 du 18 juillet 2013 consid. 3.1). L'une de ces conditions, notamment, suppose qu'il existe, entre l'événement dommageable et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle et adéquate (cf. ATF 129 V 402 consid. 4.4.1).

Il y a causalité naturelle entre l'atteinte à la santé et l'événement assuré lorsqu'il y a lieu d'admettre que sans l'événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondé sur l'accident assuré doit être nié (cf. ATF 129 V 402 consid. 4.3.1, 129 V 177 consid. 3.1, 121 V 204 consid. 6b, 119 V 335 consid. 1 et les références mentionnées dans ces arrêts ; cf. TF 8C\_511/2010 du 22 mars 2011 consid. 2 ; cf. aussi André Ghélew/Olivier Ramelet/Jean-Baptiste Ritter, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents [LAA], Lausanne 1992, p. 51 ss ; cf. Alfred Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, Berne 1985, p. 458 ss). Le juge ne s'écartera des avis médicaux que lorsque ceux-ci apparaissent lacunaires ou contradictoires (cf. ATF 107 V 173 consid. 3).

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose, outre un lien de causalité naturelle, un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé (cf. ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 in limine). 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 (cf. ATF

129 V 177 consid. 3.2, 402 consid. 2.2, et 125 V 456 consid. 5a avec les références).

**4. a)** Selon 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, selon lequel certaines lésions corporelles sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. Ces lésions corporelles sont les suivantes :

- 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 exhaustive (cf. 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 (cf. ATF 139 V 327 consid. 3.1 et les références, 129 V 466, 123 V 43 consid. 2b). 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 (cf. TF 8C\_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 4.2 et les références).

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 (cf. ATF 129 V 466 consid. 4 ; cf. TF 8C\_537/2011 du 28 février 2012 consid. 3.1, 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 (le 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 ; cf. TF 8C\_184/2012 du 21 février 2013 consid. 4).

Le Tribunal fédéral a en outre précisé, dans le cadre de l'art. 9 OLAA, qu'on ne peut admettre qu'une lésion assimilée - malgré son origine en grande partie dégénérative - a fait place à l'état de santé dans lequel se serait trouvé l'assuré sans l'accident (*statu quo sine*), tant que le caractère désormais exclusivement maladif ou dégénératif de l'atteinte à la santé n'est pas clairement établi. A défaut, en effet, on se trouverait à nouveau confronté, immédiatement après avoir admis l'existence d'une lésion assimilée à un accident, à la difficulté de distinguer entre l'origine dégénérative ou accidentelle de cette lésion (cf. TF 8C\_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 2, 8C\_714/2013 du 23 juillet 2014 consid. 5.1.2 ; cf. TFA U 220/02 du 6 août 2003 consid. 2 ; cf. également Jean-Michel Duc, La jurisprudence du TFA concernant les lésions tendineuses, RSAS 2000, pp. 529ss, plus spécialement 534ss).

On ne recherche pas si les lésions constatées sont d'origine uniquement accidentelle, mais, inversement, si elles sont d'origine exclusivement dégénérative. Le fait que ces lésions ont au moins été favorisées par des atteintes dégénératives ne suffit pas à exclure le droit aux prestations. C'est précisément dans de tels cas de figure, où l'influence d'un facteur extérieur, soudain et involontaire ne peut être clairement exclue, que l'art. 9 al. 2 OLAA impose d'assimiler les lésions tendineuses à un accident. Le but est ainsi d'éviter de mener systématiquement de longues procédures et expertises médicales en vue d'établir la question de la causalité naturelle en cas d'atteintes figurant dans la liste de cette disposition, étant admis qu'un certain nombre de cas en soi du ressort de l'assurance-maladie sont mis à la charge de l'assurance-accidents (cf. ATF 129 V 466 consid. 3 ; cf. TF U 162/06 du 10 avril 2007 consid. 5.2.1 et 5.3).

**b)** D'après l'art. 36 LAA (concours de diverses causes de dommages), les prestations pour soins, les remboursements pour 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 (al. 1) ; les rentes d'invalidité, les indemnités pour atteinte à l'intégrité ainsi que les rentes de survivants sont réduites de

manière équitable lorsque l'atteinte à la santé ou le décès ne sont que partiellement imputables à l'accident. Toutefois, en réduisant les rentes, on ne tiendra pas compte des états antérieurs qui ne portaient pas atteinte à la capacité de gain (al. 2). La jurisprudence a souligné à cet égard que, 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 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 tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). A contrario, 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 a été causé ou aggravé par l'accident (cf. TF 8C\_373/2013 du 11 mars 2014 consid. 3.2 ; TFA U 149/04 du 6 septembre 2004 consid. 2.3 et U 266/99 du 14 mars 2000 ; cf. RAMA 1992 n° U 142 p. 75).

Si le principe « *post hoc ergo propter hoc* » ne suffit pas en soi à établir un rapport de causalité entre une atteinte à la santé et un accident (cf. ATF 119 V 335 spéc. 341 ss), on ne saurait pas davantage lui dénier toute valeur lorsqu'il est mis en relation avec d'autres critères médicalement déterminants. Finalement, si l'expert judiciaire est d'avis que d'après la description que l'assuré lui a faite de l'accident, celui-ci est de nature à causer le traumatisme constaté, un juge ne peut pas, sans motif pertinent, purement et simplement substituer sa propre appréciation à celle de l'expert (cf. TFA U 349/05 du 21 août 2006).

En cas de rechute ou de séquelle tardive, l'assuré peut à nouveau prétendre à la prise en charge du traitement médical et, en cas d'incapacité de travail, au paiement d'indemnités journalières (cf. art. 11 OLAA ; pour les titulaires d'une rente de l'assurance-accidents : cf. art. 21 LAA). On parle de rechute ou de séquelle tardive lorsqu'une atteinte à la santé était guérie en apparence, mais non dans les faits. En cas de

rechute, la même affection se manifeste à nouveau. Une séquelle tardive survient, en revanche, lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (cf. ATF 123 V 137 consid. 3a et 118 V 293 consid. 2c).

**5.** De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a avec la référence citée). Ce dernier constat a été précisé par le Tribunal Fédéral, lequel a relevé en substance que l'appréciation de la situation médicale d'un assuré ne se résume pas à trancher, sur la base de critères formels, la question de savoir quel est, parmi les rapports médicaux versés au dossier, celui qui remplit au mieux les critères jurisprudentiels en matière de valeur probante. Un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. De même, le simple fait qu'un certificat est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. De surcroît, une expertise présentée par une partie peut également valoir comme moyen de preuve (cf. TF 9C\_853/2011 du 27 juin 2012 consid. 3.2 et I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 5.2). Cependant, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve ; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du

médecin traitant (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; cf. VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc). L'appréciation des circonstances ne saurait reposer sur les seules impressions de l'expertisé, la méfiance envers l'expert devant au contraire être démontrée par des éléments objectifs (cf. TF 9C\_180/2013 du 31 décembre 2013 consid. 2.2 avec les références citées ; cf. également TF 9C\_67/2007 du 28 août 2007 consid. 2.4).

**6.** En l'espèce, après avoir nié le caractère accidentel, respectivement celui de lésion assimilée à un accident de l'événement du 12 janvier 2011, l'intimée a admis de reprendre l'instruction du cas de la recourante. C'est dans ce contexte qu'a été mandaté le Dr B.\_\_\_\_\_. Ce médecin spécialiste a rédigé son rapport après avoir analysé l'ensemble de la documentation au dossier, procédé à un examen complet et résumé l'anamnèse ainsi que les plaintes de la recourante. Sur la base de ses observations, il a exposé de façon claire et détaillée ce qui le conduisait à retenir qu'au stade de la vraisemblance prépondérante, la déchirure longitudinale du sus-épineux droit était en relation de causalité probable avec l'événement du 12 janvier 2011. Il a en particulier relevé que quand bien même la simple présence d'une rupture transfixiante dans un protocole opératoire n'était pas suffisante pour affirmer ou infirmer à elle seule l'origine traumatique ou non de la lésion tendineuse - compte tenu de la fréquence importante des ruptures transfixiantes complètes du sus-épineux sans aucune symptomatologie dans la population à partir de la cinquantaine -, il retenait toutefois une lésion du tendon en relation avec le mécanisme lésionnel. Il a également constaté que le traitement chirurgical avait permis la guérison du tendon dans les délais habituels, sans complication. L'assurée avait au demeurant déclaré ne plus avoir pratiqué de rééducation à compter de l'été 2012, période où le cas a été totalement stabilisé. Le Dr B.\_\_\_\_\_ a ainsi retenu que le *statu quo sine* avait été atteint à la fin juin 2012, le tendon ayant pu guérir au vu d'une récupération fonctionnelle complète, des testings de coiffe normaux et d'une mobilité complète.

Le rapport du Dr B.\_\_\_\_\_, complet, dénué de contradictions et bien étayé, remplit les réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. Il n'est au demeurant pas contredit par d'autres éléments du dossier : en particulier, le bref rapport du Dr X.\_\_\_\_\_ du 16 avril 2013 dont se prévaut la recourante ne dit pas le contraire du Dr B.\_\_\_\_\_, puisque le Dr X.\_\_\_\_\_ constate lui aussi que la recourante va bien et que le traitement médical est terminé. Le Dr X.\_\_\_\_\_ se contente finalement d'affirmer qu'il n'est pas possible de fixer un *statu quo sine vel ante* sur une épaule opérée : or une telle affirmation générale, qui vaudrait dans le cas de toute opération chirurgicale, ne permet pas de remettre en cause l'appréciation du Dr B.\_\_\_\_\_ sur laquelle s'est fondée l'intimée pour prendre en charge les suites de l'événement du 12 janvier 2011 jusqu'au 30 juin 2012.

**7.**           **a)** Vu ce qui précède, la décision attaquée, conforme au droit, doit être confirmée, ce qui conduit au rejet du recours, pour autant qu'il soit recevable.

**b)** Il n'y a pas lieu de percevoir des frais de justice, la procédure étant gratuite (cf. art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (cf. art. 55 LPA-VD ; cf. art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours, en tant qu'il est recevable, est rejeté.
  
- II.** La décision sur opposition rendue le 5 juin 2013 par L.\_\_\_\_\_ est confirmée.
  
- III.** L'arrêt est rendu sans frais ni dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- I. \_\_\_\_\_ (pour la recourante),
- L. \_\_\_\_\_,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :