

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 24 avril 2019

---

Composition : Mme DESSAUX, présidente

M. Gutmann et Mme Saïd, assesseurs

Greffière : Mme Monod

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

**U.**\_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Daniel Strub, Swiss Claims Network SA, à Fribourg

et

**CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS**, à Lucerne, intimée.

---

**Art. 6 al. 1 et 2, 36 al. 1 LAA.**

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

**A.** U.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1976, a exercé l'activité de concierge avant d'émarger à l'assurance-chômage dès le 1<sup>er</sup> août 2016. Depuis lors, elle a été assurée contre les accidents par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Victime d'une chute dans les escaliers de son immeuble le 25 septembre 2017, elle a ressenti immédiatement des douleurs dans le bas du dos et consulté le Centre C.\_\_\_\_\_, où un traitement antalgique a été mis en place sous suite d'incapacité totale de travail. Le lendemain, elle a souffert de douleurs à l'arrière de l'épaule et constaté un hématome sur l'omoplate. Elle s'est en conséquence rendue une nouvelle fois au centre précité, lequel a préconisé d'étendre le traitement antalgique à l'épaule.

Par déclaration de sinistre du 2 octobre 2017, dans laquelle étaient mentionnées des contusions au dos et aux épaules, le cas a été annoncé à la CNA, qui a confirmé l'allocation de ses prestations.

Un ultrason de l'épaule droite [recte : gauche] a été pratiqué au sein du Centre d'imagerie H.\_\_\_\_\_ le 27 octobre 2017. Ont été mises en évidence, aux termes du rapport correspondant, une « tendinopathie distale du sus-épineux, associée à une bursite sous-acromio-deltoïdienne » et une « arthropathie acromio-claviculaire ». Une infiltration à l'épaule gauche a par ailleurs été réalisée le 8 novembre 2017.

L'assurée s'est rendue à la consultation du Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, qui a maintenu l'incapacité totale de travail et prescrit la poursuite de séances de physiothérapie. Ce praticien a fait procéder à une arthro-IRM de l'épaule gauche le 6 décembre 2017 au sein de la Clinique G.\_\_\_\_\_. Le Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie auprès de ladite clinique, a conclu à des « déchirures partielles de la face

articulaire et distale du tendon supra-épineux », une « tendinopathie fissuraire de la portion intra-articulaire du long chef du biceps », un « épaissement modéré de la bourse sous-acromio-deltoïdienne », une « lésion labrale de type SLAP [réf. : lésion antéro-postérieure du labrum supérieur] IIa » et une « arthropathie dégénérative acromio-claviculaire modérée en poussée congestive » (cf. rapport d'arthro-IRM du 6 décembre 2017).

Compte tenu de ces éléments, le Dr B. \_\_\_\_\_ a préconisé une intervention chirurgicale en vue d'effectuer une suture de la coiffe et une réparation du SLAP arthroscopique (cf. rapport médical du 18 décembre 2017 à l'attention de la CNA).

La CNA a fait préciser les circonstances de l'accident par l'assurée à l'occasion d'un entretien du 8 janvier 2018 avec son inspecteur de sinistres et soumis le cas à son médecin d'arrondissement, la Dresse F. \_\_\_\_\_. Cette dernière a considéré que les troubles présentés à l'épaule gauche n'étaient plus en relation de causalité avec l'accident du 25 septembre 2017, au vu des lésions constatées à l'arthro-IRM et du contexte de la chute dans les escaliers. L'accident précité avait, de son point de vue, cessé de déployer ses effets au plus tard trois mois après sa survenance.

Par décision du 26 février 2018, la CNA a refusé de prendre en charge l'intervention chirurgicale planifiée à l'épaule gauche le 13 mars 2018 et mis un terme au versement de ses prestations au 1<sup>er</sup> mars 2018.

**B.** Assistée de Swiss Claims Network SA, l'assurée a formé opposition contre la décision précitée par acte du 16 mars 2018, complété le 24 mai 2018. Elle a fait valoir que la CNA n'avait pas démontré à satisfaction que les déchirures du tendon sus-épineux et du labrum étaient dues de manière prépondérante à une origine malade ou dégénérative. La CNA avait à son sens fixé arbitrairement un délai de trois mois pour considérer le retour à l'état de santé antérieur à l'accident. Etaient produits, à l'appui de ses arguments, des rapports des Drs L. \_\_\_\_\_ et

B.\_\_\_\_\_, datés respectivement des 26 avril 2018 et 14 mai 2018. Elle a requis la poursuite du versement des prestations de la CNA, soit des indemnités journalières et des frais de traitement.

La CNA a sollicité l'avis de la Dresse F.\_\_\_\_\_ sur les pièces médicales nouvellement produites, laquelle a précisé et maintenu sa précédente appréciation le 31 mai 2018.

L'assurée a pour sa part confirmé les conclusions de son opposition par écriture du 11 juin 2018, suggérant à titre subsidiaire de mettre en œuvre une expertise auprès d'un spécialiste externe neutre.

Par décision sur opposition du 18 juin 2018, la CNA a confirmé sa décision du 26 février 2018 et rejeté les conclusions de l'assurée, considérant que l'avis de la Dresse F.\_\_\_\_\_ pouvait se voir accorder pleine valeur probante pour statuer sur le cas d'espèce.

**C.** L'assurée, représentée par Swiss Claims Network SA, a déféré la décision sur opposition du 18 juin 2018 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par mémoire de recours du 17 août 2018. Elle a repris et étayé les conclusions formulées au stade de la procédure d'opposition, requérant principalement la poursuite du versement des prestations de la part de la CNA, subsidiairement le renvoi de la cause pour mise en œuvre d'une expertise externe avant nouvelle décision. Etaient notamment joints un descriptif des circonstances de l'accident rédigé par l'assurée le 11 mars 2018 à l'attention de M.\_\_\_\_\_SA, un avis du médecin conseil de cet assureur du 22 juin 2018 et un rapport du 6 août 2018 du Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie, en réponse à des questions posées par Swiss Claims Network SA.

La CNA a répondu au recours le 18 octobre 2018 et conclu à son rejet, produisant par ailleurs une nouvelle appréciation de la Dresse F.\_\_\_\_\_ du 13 septembre 2018 sur les pièces médicales fournies au stade de la procédure de recours.

Répliquant le 12 novembre 2018, l'assurée a maintenu sa position, tandis que la CNA a renoncé à dupliquer par écriture du 4 décembre 2018.

## **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 (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 sont sujettes à recours (art. 56 al. 1 LPGA) auprès du tribunal des assurances compétent, à savoir celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

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

**c)** En l'espèce, déposé auprès du tribunal compétent en temps utile compte tenu des fériés judiciaires estivales (cf. art. 38 al. 4 let. b LPGA, sur renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA) et respectant les formes prescrites par la loi, le recours est recevable.

**2.**           Le litige porte sur le point de savoir si la recourante a droit à des prestations de l'assurance-accidents obligatoire au-delà du 1<sup>er</sup> mars 2018 pour les suites de l'événement survenu le 25 septembre 2017.

**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.

En vertu de l'art. 6 al. 2 let. f et LAA, l'assurance alloue aussi ses prestations pour les déchirures de tendons et les lésions de ligaments, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie.

**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. Lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références citées ; TF 8C\_36/2017 du 5 septembre 2017 consid. 3.1).

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\_464/2014 du 17

juillet 2014 consid. 3.2). 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\_283/2017 du 26 novembre 2017 consid. 4.2).

**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 et les références citées ; TF 8C\_727/2016 du 20 octobre 2017 consid. 3). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 138 V 248 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_220/2016 du 10 février 2017 consid. 7.3).

**d)** En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduites 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 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

s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (TF 8C\_743/2016 du 18 mai 2017 consid. 3.2 et les références citées).

**4. a)** D'après le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la 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 médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe 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 de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

**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).

**5. a)** En l'espèce, ont été versés au dossier de la recourante les documents d'imagerie rédigés les 27 octobre 2017 et 6 décembre 2017.

Le rapport d'ultrasonographie de l'épaule droite [recte : gauche] du 27 octobre 2017 fait précisément état de la description suivante :

« Tendon du long chef du biceps en place dans la gouttière bicipitale, d'aspect normal.  
Pas d'anomalie visible au niveau du tendon du sous-scapulaire.  
Présence d'un aspect épaissi et hétérogène de la partie distale du tendon du sus-épineux, parlant en faveur d'une tendinopathie.  
Présence d'une lame de liquide au niveau de la bourse sous-acromio-deltaïdienne associée à un épaississement pariétal, parlant en faveur d'une bursite.  
Aspect normal du tendon du sous-épineux.  
Présence d'un épaississement de la capsule synoviale au niveau de l'articulation acromio-claviculaire, compatible avec une arthropathie ».

Quant aux résultats de l'arthro-IRM de l'épaule gauche du 6 décembre 2017, le Dr L. \_\_\_\_\_ a mentionné les constats ci-après :

« Plusieurs déchirures partielles de la face articulaire et distale du tendon supra-épineux [...] dont la plus volumineuse atteint plus de 50 % de l'épaisseur tendineuse, située au niveau de la moitié antérieure du tendon.  
Intégrité des tendons infra-épineux et sub-scapulaire, sans signe de déchirure transfixiante ou partielle de leur face articulaire ou bursale.  
Discrète tendinopathie fissuraire de la portion intra-articulaire du long chef du biceps [...]. Ce tendon est par ailleurs en place dans sa gouttière.  
Épaississement modéré de la bourse sous-acromio-deltaïdienne.  
Désinsertion labrale antéro-supérieure s'étendant de 12h à 4h, correspondant vraisemblablement à une lésion labrale de type SLAP IIA.  
Pas d'amincissement significatif des surfaces cartilagineuses gléno-humérales.  
Pas de lésion osseuse focale suspecte.  
Pas de stigmatisme de luxation antérieure ou postérieure de l'épaule.  
Arthropathie dégénérative acromio-claviculaire modérée en poussée congestive.  
La trophicité musculaire de la coiffe est conservée, sans signe d'involution graisseuse significative. »

**b)** S'agissant des circonstances de l'accident du 25 septembre 2017, la recourante s'est exprimée comme suit à l'occasion de la visite de l'inspecteur de sinistres de l'intimée le 8 janvier 2018 :

« Les faits sont bien survenus le matin du lundi 25.9.2017, dans la rampe d'escaliers intérieurs de mon immeuble alors que je me rendais à la caisse de chômage. Seule, au moment d'aborder la première marche d'escaliers, je ne sais pour quelle raison, j'ai subitement glissé comme si l'on m'avait donné un coup dans les

jambes. Je suis retombée en arrière, sur le derrière, puis sur le dos avant de dévaler les 14 marches dans cette position et de me retrouver couchée sur le dos sur les dernières marches de cette rampe. Je me suis relevée sitôt après. J'avais alors surtout mal dans le bas de mon dos ainsi qu'au niveau de l'entre-jambes et je me suis dit que j'avais eu de la chance de ne pas m'être cognée la tête. A noter que je portais alors mon sac à main autour de mon épaule droite et qu'à aucun moment je n'ai tenté de me retenir à la balustrade avec l'une ou l'autre de mes mains. Je ne me souviens pas non plus d'un choc direct au niveau de mon épaule gauche.

C'est dans cet état que je me suis rendue à la caisse de chômage. De retour chez moi, mes douleurs dans le bas de mon dos sont allées en augmentant. Je ressentais aussi des courbatures dans tout le corps. Je me suis alors rendue directement au Centre Médical situé juste à côté de chez moi. On m'y a fait passer des radios du bas de mon dos avant de me prescrire du Dafalgan et un gel. Le lendemain, au réveil, sans qu'il ne se passe rien de nouveau, je me suis retrouvée à ressentir de très fortes douleurs derrière mon épaule gauche. C'est alors que j'ai constaté la présence d'un hématome au niveau de l'omoplate. Je suis donc retournée ce même jour à la permanence où j'ai passé de nouvelles radiographies qui n'ont rien révélé de particulier dans cette épaule. On m'a dit que c'était là la conséquence de mes courbatures et recommandé de continuer à prendre le Dafalgan et d'appliquer aussi le gel à ce niveau-là.

C'est dans ce même état que je me suis rendue au chevet de mon père malade [...] à partir du 7.10.2017. Durant le trajet en voiture, progressivement, et toujours sans qu'il ne se passe rien de nouveau, comme une chute ou un choc, les douleurs bien situées derrière mon épaule, ont commencé à irradier dans toute mon épaule. [...] »

**c)** Fondée sur ces pièces, la Dresse F.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de l'intimée, s'est déterminée comme suit le 19 février 2018 :

« Selon l'enquête l'assurée chute sur le bas du dos puis sur le dos et dévale quelques marches d'escaliers. Pas de notion d'entorse de l'épaule ou de choc direct sur l'épaule G [réd. : gauche] ni de traction du bras. L'enquête confirme donc que les lésions visibles sur l'IRM du 06.12.17 sont de nature dégénérative, le mécanisme de la chute ne pouvant pas les avoir générées. Par ailleurs, la chute n'a pas entraîné de lésion structurelle pouvant lui être imputée. [...] Nous pouvons donc dire sur la base de l'enquête et de l'IRM que les troubles que présentent l'assurée au niveau de son épaule G ne sont plus en relation de causalité avec la chute du 25.09.2017. Les troubles actuels de l'assurée sont en lien avec des lésions dégénératives. L'assuré a présenté un hématome au niveau de l'omoplate sans fracture de celle-ci. Cet hématome est actuellement résorbé. L'événement du 25.09.2017 a donc totalement cessé de déployer ses effets depuis un certain [temps] mais au plus tard à 3 mois de la chute (plus d'hématome visible sur l'IRM du 06.12.2017).

L'opération recommandée par le Dr B. \_\_\_\_\_ n'est pas à notre charge. »

**d)** Au stade de la procédure d'opposition, la recourante a fait parvenir à l'intimée un rapport du Dr L. \_\_\_\_\_ rédigé le 26 avril 2018 notamment en ces termes à l'attention de son mandataire :

« [...L'arthro-IRM] a mis en évidence plusieurs déchirures partielles de la face articulaire et distale du tendon supra-épineux, dont la plus volumineuse atteint plus de 50% de l'épaisseur tendineuse, située au niveau de la moitié antérieure du tendon. Cette lésion est associée à une déchirure du labrum, antéro-supérieure, de type SLAP IIA.

L'association de ces deux lésions oriente plutôt vers une origine post traumatique. L'état du muscle supra-épineux, qui ne présente pas d'amyotrophie ni d'involution graisseuse, parle également plutôt en faveur d'une origine post traumatique que dégénérative.

L'arthropathie acromio-claviculaire semble quant à elle de nature dégénérative, associée à de légers signes de conflit sous-acromial et une petite bursite sous-acromio-deltaïdienne d'accompagnement. [...] »

Quant au Dr B. \_\_\_\_\_, il a fait parvenir ses réponses aux questions posées par Swiss Claims Network SA le 14 mai 2018 pour partie comme suit :

« [...] On ne sait pas si Madame U. \_\_\_\_\_ a déjà eu une problématique de l'épaule droite [recte : gauche]. Parfois on peut tomber et présenter une lésion avec des douleurs qui disparaissent assez vite.

D'après l'IRM la lésion de type SLAP peut s'apparenter à un accident ; par contre la lésion de la coiffe pourrait être d'origine dégénérative voir accidentelle.

2. Lors d'une chute, on peut avoir des lésions traumatiques de la coiffe mais pas tous les patients qui tombent, ne présentent une telle lésion. Pour cette raison il est difficile de dire si la lésion est en relation avec la chute, si elle existait précédemment ou si elle est due à une atteinte dégénérative. [...] »

**e)** Sollicitée sur ces nouveaux documents, la Dresse F. \_\_\_\_\_ a communiqué son appréciation du cas ci-après le 31 mai 2018 :

« [...] Selon l'enquête du 8 janvier 2018, l'assurée a glissé sur la 1<sup>ère</sup> marche et est tombée en arrière sur le dos et a dévalé toute la série des marches (14) sur le dos. À aucun moment, elle n'a tenté de se retenir ni n'a eu un choc direct au niveau de son épaule G. L'assurée n'a pas immédiatement présenté des douleurs de son épaule G, mais uniquement le lendemain avec, initialement, des douleurs au bas du dos et des courbatures. Le lendemain, elle découvre un

hématome au niveau de son omoplate, et elle se rend en consultation pour cette raison [...].

Un ultrason sera effectué qui ne montrera pas de rupture des tendons de la coiffe des rotateurs.

Si on analyse la chute, il n'y a aucun mouvement susceptible d'avoir lésé des tendons de la coiffe et qui plus est, le tendon du muscle sus-épineux. Les douleurs sont apparues par la suite, en augmentation, et irradiant dans tout le bras lors du trajet pour se rendre [...] en voiture, le 07.10.2017.

Néanmoins, l'assurée consultera bien après.

Suite à l'ultrason, une infiltration de la coiffe des rotateurs sera effectuée, dans un but de diminuer l'inflammation de l'épaule, car il n'est à aucun moment retenu une lésion traumatique.

Une arthro-IRM sera effectuée après 3 mois après la chute [...].

Le Dr B. \_\_\_\_\_, dans son courrier du 14 mai 2018, ne retient à aucun moment, de manière exhaustive, une origine dégénérative ou traumatique aux lésions présentées à l'épaule. Selon lui, la notion dégénérative est une notion juridique. Cette notion est une notion médicale, les lésions dégénératives sont liées à une usure et donc soit à une arthrose progressive (usure des cartilages et des os), voire à une usure de tendons avec des déchirures qui sont liées à des sollicitations répétées ou des frottements répétés des tendons.

Le fait qu'il y ait une tendinopathie distale du sus-épineux visible à l'ultrason effectué le 27.10.2017 soit environ 1 mois après l'événement incriminé, alors qu'à l'arthro-IRM réalisée 6 semaines après, il y a des lésions à d'autres endroits, permet clairement de retenir une origine dégénérative. En effet, il n'y a pas à l'ultrason puis à l'IRM de rupture franche qui signerait une origine traumatique.

Par ailleurs, les douleurs ne sont pas apparues immédiatement après la chute, ce qui aurait été le cas lors d'une rupture, même partielle, liée à la chute, avec une impotence fonctionnelle immédiate.

Les douleurs sont apparues le lendemain, au niveau d'un hématome sur l'omoplate, et ce n'est que dès le 07.10.2017 que l'assurée ressent des douleurs qui vont augmenter et qui vont conduire à la réalisation de l'ultrason près de 3 semaines plus tard.

On notera également une atteinte dégénérative du tendon du long chef du biceps avec une tendinopathie décrite à l'arthro-IRM qui conforte l'origine dégénérative au niveau des tendons.

Il convient d'examiner maintenant si la lésion SLAP est une lésion d'origine traumatique ou d'origine dégénérative dans la présente situation :

Rappelons que SLAP est une abréviation de Superior Labral Anterior to Posterior (bourelet supérieur de l'avant vers l'arrière). Le bourrelet glénoïde est un fibrocartilage qui contribue à la stabilité passive de l'articulation gléno-humérale avec la capsule et la surface articulaire. Sur sa partie supérieure s'insère le tendon du long chef du biceps qui passe dans l'articulation. Rappelons que dans cette situation, le long chef du biceps présente déjà une tendinopathie avec des images de type dégénératif selon l'arthro-IRM. Les lésions de type SLAP peuvent survenir selon 2 mécanismes, soit par traction lors du mouvement du lancer (chez les lanceurs comme volleyeurs, handball ou tennis), soit par compression du tendon du long chef du biceps par la tête humérale lors d'une chute sur la main avec le bras tendu en avant pour amortir la chute.

À aucun moment, l'assurée n'a présenté de chute sur la main, le bras tendu. Par contre, des mouvements répétés lors de gestes du lancer ou des mouvements en hauteur peuvent entraîner de telles lésions de type « usure ». Nous pouvons prendre comme image une ficelle que nous pourrions tendre sur le bord d'une table et y exercer des mouvements de va et vient. À un moment donné, la ficelle va s'user. Il en sera de même pour le bourrelet glénoïden qui est un fibrocartilage qui va s'user au contact de la tête humérale et par compression du tendon du long chef du biceps qui va également s'user. Au vu de ce qui précède, nous pouvons donc retenir que l'assurée n'a pas présenté une chute avec un mécanisme pouvant entraîner les lésions visibles à l'arthro-IRM du 06.12.2017. Le mécanisme de chute a provoqué une contusion derrière l'omoplate, puisque l'assurée est tombée à plat sur les escaliers puis glissant sur la rampe d'escaliers présentant des douleurs du bas du dos dans l'immédiat.

Ce n'est que le lendemain que l'assurée a ressenti des douleurs derrière l'omoplate en lien avec un hématome. Puis, ce n'est qu'à partir du 07.10.2017 que l'assurée a présenté de nouvelles douleurs qui sont allées en augmentant et qui ont nécessité que le médecin demande un ultrason de cette épaule. Celui-ci ne mettra pas en évidence de rupture mais une tendinopathie du supra-épineux et l'assurée va bénéficier d'une infiltration. À aucun moment, il n'est décrit une impotence fonctionnelle de ce bras ni une suspicion clinique d'une rupture du tendon du sus-épineux et aucun élément parlant pour une lésion aiguë du bourrelet glénoïdien supérieur et inférieur, ni même du long chef du biceps.

Ce n'est qu'à l'arthro-IRM réalisée plus de 2 mois  $\frac{1}{2}$  après la chute, que des lésions diffuses du tendon du sus-épineux, des lésions du tendon du long chef du biceps et une lésion de type SLAP II A sont mises en évidence.

Tant le mécanisme de la chute, que l'apparition des douleurs, la séquence des examens, que les découvertes à l'arthro-IRM, nous font donc retenir que ces lésions sont d'origine dégénérative.

L'assurée a présenté un hématome suite à la chute, ce qui nous permet de retenir le diagnostic de contusion derrière l'omoplate, sans fracture de celle-ci. Une telle lésion guérit habituellement tout au plus en 3 mois, ce qui a été d'ailleurs prouvé par l'arthro-IRM qui n'a plus mis en évidence d'hématome en regard de l'omoplate G.

[...]

Dès lors, nous maintenons les conclusions de l'avis du 19.02.2018. »

**f)** A l'appui de son écriture de recours, la recourante a adressé à la Cour de céans deux documents médicaux nouveaux, dont l'un émanant du médecin conseil de M. \_\_\_\_\_ SA daté du 22 juin 2018, où ce dernier a estimé que le cas ne pouvait « être tranché sur dossier » mais par une expertise, tandis que « la causalité partielle pourrait être retenue ». L'autre pièce a été établie le 6 août 2018 par le Dr K. \_\_\_\_\_ en réponse à Swiss Claims Network SA. Ce spécialiste s'est prononcé comme suit :

« Si la patiente n'a jamais eu d'antécédents à l'épaule G et qu'elle subit un traumatisme non-négligeable et puisqu'il s'agit d'une chute de 14 marches dans les escaliers, je pense qu'il est possible que les lésions décrites à l'IRM de l'épaule G 2,5 mois après le traumatisme pourraient être d'origine accidentelle, en causalité naturelle et adéquate. Ces lésions sont compatibles avec ce type de traumatisme : Une causalité partielle pourrait au minimum être retenue.

Dans la décision sur opposition du 18 juin 2018 : la SUVA dit que la patiente n'a pas présenté de chute sur la main le bras tendu : lorsque l'on chute de 14 marches, en général il est difficile de se rappeler a posteriori exactement comment la chute s'est déroulée. Dans sa lettre du 11.03.2018 à M. \_\_\_\_\_ SA, la patiente dit qu'elle avait mal partout après cette chute.

De plus, la SUVA dit qu'elle a dans un premier temps présenté des douleurs lombaires et c'est uniquement dans un deuxième temps, le lendemain, qu'elle remarque les douleurs à l'épaule : Ceci est un phénomène assez classique : les douleurs les plus importantes dans un premier temps (lombaires) ont pu masquer les douleurs de l'épaule qui étaient moins importantes initialement.

[...]

Ce type de lésions et c'est bien cela le problème peuvent avoir autant une origine maladie qu'accident. Personne ne pourra trancher avec le rapport d'IRM. A mon avis, tout se base sur la confiance accordé aux dires de la patiente : Si elle n'a jamais eu de problèmes auparavant avec son épaule, alors ces lésions sont dues ou ont été clairement aggravées par le traumatisme et la SUVA devrait prendre en charge la suite du traitement.

[...]

Aucun autre examen ne pourra tirer cette question au clair. Même lors de l'arthroscopie, il sera impossible de trancher. [...] »

**g)** La Dresse F. \_\_\_\_\_ s'est prononcée sur ces pièces le 13 septembre 2018, notamment en ces termes :

« [...L']explication [du Dr K. \_\_\_\_\_] concernant le fait que l'assurée aurait présenté des douleurs lombaires qui auraient masqué les douleurs de l'épaule, ne repose pas sur les faits au dossier ni sur des faits médicaux scientifiquement reconnus. Le Dr K. \_\_\_\_\_ d'ailleurs mentionne très clairement que ce type de lésions peut avoir autant une origine maladie qu'accident. Le Dr K. \_\_\_\_\_ n'a pas expliqué la nature de la chute et ses répercussions sur la coiffe des rotateurs et les structures de l'épaule G. Selon les descriptifs de l'assurée, celle-ci serait partie les pieds en avant pour glisser sur le bas du dos 14 marches d'escaliers. Elle aurait constaté la présence d'un hématome derrière l'omoplate G. Comme déjà mentionné dans notre appréciation médicale du 31.05.2018, le mécanisme de la chute fait penser que l'assurée a glissé comme sur un toboggan dans les escaliers avec une réception lombaire et sur l'omoplate G. Le choc n'a pas été d'une violence telle qu'il produise des fractures, ni d'ailleurs de lésion structurelle. En effet, les douleurs lombaires sont passées au deuxième plan rapidement et n'ont pas fait l'objet d'examens approfondis radiologiques à notre connaissance. En ce qui concerne l'épaule G, il n'y a pas eu d'entorse mais uniquement un choc derrière l'omoplate G qui a entraîné un hématome. Le choc

n'a pas entraîné non plus de fracture de l'omoplate G. L'hématome avait également disparu moins de 3 mois après la chute, lors de l'arthro-IRM de l'épaule G du 06.12.2017. Dès lors on peine à comprendre comment le Dr K. \_\_\_\_\_ peut retenir que les lésions constatées à l'arthro-IRM peuvent être d'origine accidentelle. En effet, les diverses lésions avec déchirure partielle de la face articulaire et distale du tendon supra-épineux ainsi que la discrète tendinopathie fissuraire de la portion intra-articulaire du long chef du biceps avec épaississement modéré de la bourse sous-acromio-deltoïdienne, la lésion labrale type SLAP IIa et l'arthropathie dégénérative acromio-claviculaire modérée en poussée congestive, ne peuvent pas être dues à un accident. En effet, il s'agit de lésions diffuses au niveau de l'épaule qui touchent à la fois le tendon du supra-épineux en plusieurs endroits avec une tendinopathie fissuraire de la portion intra-articulaire du long chef du biceps, une lésion labrale de type SLAP IIa, une atteinte de la bourse sous-acromio-deltoïdienne et une arthrose acromio-claviculaire modérée en poussée congestive.

Il est scientifiquement reconnu que l'arthrose est une lésion dégénérative et elle ne peut pas être due à un traumatisme immédiat (si des lésions arthrosiques sont présentes dans les suites immédiates d'un traumatisme, alors elles sont préexistantes, car il leur faut souvent plusieurs années pour se développer). Dès lors, il n'est pas possible, contrairement à ce que dit le Dr K. \_\_\_\_\_, que l'arthropathie dégénérative acromio-claviculaire modérée en poussée congestive soit en lien avec la chute. Concernant la lésion labrale de type SLAP IIa et la tendinopathie du long chef du biceps, et comme expliqué dans notre appréciation du 31.05.2018, elles sont également d'origine dégénérative.

L'atteinte de la bourse sous-acromio-deltoïdienne, qui présente un épaississement modéré, ne peut être également liée au choc lors de la chute qui a entraîné un hématome derrière l'omoplate G. Quant aux déchirures partielles de la face articulaire et distale du tendon supra-épineux, on peine à comprendre comment une chute sur le dos au niveau lombaire et sur l'omoplate G peut entraîner des déchirures à plusieurs endroits du tendon supra-épineux. Lors de lésions transfixiantes liées à un traumatisme, il y a une rupture transfixiante à un seul endroit, par contre, dans le cas de lésions de tendons avec déchirures partielles à plusieurs endroits, il s'agit clairement d'une origine dégénérative. Il est facile de comprendre que lorsqu'un tissu est usé et que l'usure se poursuit, diverses lésions apparaissent à des endroits différents.

Il s'agit maintenant de déterminer si la chute aurait pu aggraver les déchirures. Comme déjà mentionné, l'assurée est tombée sur son omoplate G ce qui n'a aucune incidence de traction sur le muscle du sus-épineux. Dès lors, cette chute ne peut pas avoir aggravé les déchirures du supra-épineux. Quant aux autres atteintes, elles ne peuvent être dues à cette chute. [...]

Au vu de ce qui précède, l'appréciation du Dr K. \_\_\_\_\_ ne modifie en rien nos conclusions, au contraire, il ne fait qu'appuyer le fait que l'origine dégénérative doit être retenue dans cette situation. Concernant sa reconnaissance d'une causalité partielle, nous ne pouvons pas nous prononcer sur ce fait puisqu'il ne développe pas clairement cette notion. Ce qui nous pouvons dire, c'est que nous avons retenu que l'assurée avait présenté des douleurs de son omoplate G en lien avec un hématome et que ce type d'atteinte (contusion) guérit habituellement en quelques semaines mais au

maximum en 3 mois. Comme mentionné dans notre appréciation du 31.05.2018, l'arthro-IRM effectuée moins de 3 mois après la chute, n'a pas permis de le retrouver, raison pour laquelle nous avons conclu qu'au plus tard après 3 mois, l'événement du 25.09.2017 avait totalement cessé de déployer ses effets.

Au vu de ce qui précède, nous maintenons les conclusions de notre appréciation du 31.05.2018. »

**6. a)** Compte tenu des pièces ci-dessus, on peut considérer comme établi que l'accident du 25 septembre 2017 a entraîné des contusions, respectivement un hématome de l'épaule gauche. Il est également établi que la recourante présente des lésions de l'épaule dont l'origine est manifestement dégénérative, à savoir la tendinopathie du long chef du biceps et du sus-épineux, la bursite sous-acromio-deltaïdienne et l'arthropathie acromio-claviculaire. Ces éléments, dont l'étiologie n'est pas remise en question par les différents avis médicaux au dossier, ne sont à l'évidence pas en lien de causalité avec l'accident incriminé. Comme l'a exposé à satisfaction la Dresse F. \_\_\_\_\_ dans ses différents avis, de telles atteintes à la santé résultent d'une usure qui s'étend clairement sur un intervalle temporel incompatible avec la notion d'accident. Les avis spécialisés produits par la recourante à l'appui de ses griefs ne permettent au demeurant pas de parvenir à une conclusion différente (cf. en particulier : rapports des Drs L. \_\_\_\_\_ du 26 avril 2018, B. \_\_\_\_\_ du 14 mai 2018 et K. \_\_\_\_\_ du 6 août 2018).

**b)** S'agissant des autres lésions observées à l'imagerie, soit les déchirures partielles du tendon sus-épineux et de la lésion labrale de type SLAP IIa, on peut se rallier à l'appréciation de la Dresse F. \_\_\_\_\_. En particulier, les explications étayées contenues dans les avis des 31 mai 2018 et 6 septembre 2018 apparaissent convaincantes. Il ressort du descriptif des circonstances de l'accident communiquées par la recourante, que le mécanisme de la chute ne correspond pas à ceux décrits par la littérature médicale pour justifier une lésion de type SLAP. La recourante n'allègue en effet aucun mécanisme de traction ou de compression de l'épaule gauche dans le contexte d'une chute le bras tendu ou par un choc direct sur l'épaule (cf. sur ce sujet : Patrick Clayson et alii, Les lésions du complexe biceps-bourrelet ou SLAP, in : Revue suisse de médecine du sport). Par ailleurs, les lésions observées au tendon du

sus-épineux sont constituées de plusieurs déchirures partielles, ce qui ne saurait relever d'un choc, mais bien plutôt d'une usure probable à ce niveau. On relève également, à l'instar de la Dresse F.\_\_\_\_\_, que le décalage temporel entre l'apparition des douleurs et l'accident du 25 septembre 2017 permet d'exclure le lien de causalité naturelle avec les troubles concernés.

**c)** Les avis des spécialistes sollicités par la recourante, au demeurant peu assertifs, ne justifient pas une appréciation différente dans le cas d'espèce. On observe notamment qu'en date du 14 mai 2018, le Dr B.\_\_\_\_\_ s'est limité à énoncer quelques généralités sur les conséquences d'une chute sans toutefois se prononcer clairement sur le cas de la recourante. Le Dr L.\_\_\_\_\_ a pour sa part communiqué le 26 avril 2018 les étiologies possibles des différentes problématiques observées, émettant cependant la réserve de ne pas disposer « d'un examen comparatif antérieur pour juger de l'évolution du tableau radiologique ». Il en va par ailleurs de même du Dr K.\_\_\_\_\_ qui a indiqué que ce type de lésions pouvait être d'origine accidentelle ou malade, proposant de se fonder sur les dires de la recourante, faute de pertinence d'investigations supplémentaires. On peut déduire de ces documents que les médecins de la recourante ont essentiellement procédé du raisonnement « post hoc ergo propter hoc », impropre à justifier la réalisation du lien de causalité, pour motiver leurs appréciations respectives en sa faveur. Qui plus est, les Drs B.\_\_\_\_\_ et K.\_\_\_\_\_ ont retenu que la causalité leur apparaissait « possible », mais non probable dans le cas particulier, ce qui est également insuffisant pour prendre en compte un lien de causalité entre l'accident incriminé et les lésions présentées.

**d)** En définitive, la confrontation des différentes pièces médicales versées au dossier de la recourante justifie d'accorder valeur probante à l'avis de la Dresse F.\_\_\_\_\_, lequel s'avère détaillé et exempt de contradictions, prenant par ailleurs en compte tant les circonstances de l'accident que les pièces médicales pertinentes.

**e)** Vu la résorption de l'hématome constaté à l'épaule gauche, lequel n'apparaît déjà plus lors de l'arthro-IRM du 6 décembre 2017, l'intimée était fondée à considérer que le lien de causalité entre l'événement du 25 septembre 2017 et les troubles présentés était rompu au plus tard le 1<sup>er</sup> mars 2018. Ce constat vaut quand bien même l'accident en cause aurait décompensé une atteinte à la santé préexistante asymptomatique (cf. art. 36 al. 1 LAA mentionné supra sous consid. 3d), pour laquelle le statu quo sine pouvait être considéré comme atteint au plus tard à la date retenue par l'intimée.

**7.** Il est superflu d'examiner le cas d'espèce sous l'angle de l'art. 6 al. 2 LAA, dans la mesure où la survenance d'un accident n'est pas contestée par l'intimée qui a servi ses prestations sur la base de l'art. 6 al. 1 LAA.

Indépendamment de ce constat, la lésion du labrum (type SLAP) ne fait de toute façon pas partie des éventualités comprises sous l'art. 6 al. 2 let. f LAA, le labrum étant un fibro-cartilage. A cet égard, le Tribunal fédéral a d'ailleurs eu l'occasion de préciser que ce type d'atteinte n'était pas incluse dans la liste des lésions assimilées à un accident (cf. à cet égard : TF 8C\_865/2013 du 13 mars 2014 consid. 4.2).

Quant aux déchirures du tendon sus-épineux, visées par l'art. 6 al. 2 let. f LAA, l'assurance-accidents est libéré de son obligation de prêter lorsque l'origine dégénérative ou malade de telles lésions est prépondérante. Tel est le cas en l'espèce, ainsi que l'a démontré à satisfaction l'intimée (cf. consid. 6 supra).

**8.** En définitive, l'intimée n'a donc pas violé le droit en mettant un terme à ses prestations avec effet au 1<sup>er</sup> mars 2018. On ajoutera dans ce contexte que la mise en œuvre d'une expertise, telle que proposée subsidiairement par la recourante à la Cour de céans, ne permettrait pas d'obtenir des informations plus précises sur l'évolution de l'état de son

épaule gauche de la recourante (cf. notamment : appréciation du Dr K. \_\_\_\_\_ du 6 août 2018). Cette mesure d'instruction doit être écartée, les pièces du dossier se révélant suffisantes pour statuer en pleine connaissance de cause.

**9. a)** Mal fondé, le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

**b)** La procédure étant en principe gratuite (cf. 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 (cf. art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 18 juin 2018 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- Swiss Claims Network SA, à Fribourg (pour U. \_\_\_\_\_),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, à Lucerne,
- Office fédéral de la santé publique, à Berne.

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 :