

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 17 juin 2020

---

Composition : M. MÉTRAL, président  
Mme Brélaz Braillard et M. Piguët, juges  
Greffier : M. Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**A.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Thierry Sticher, avocat à Genève,

et

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

---

**Art. 4, 44 et 61 let. c LPGA ; 6 al. 1 et 2, 10 al. 1, 19 al. 1 et 36 al.  
1 LAA**

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

**A.** A.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], travaillait à temps partiel (80 %) en tant que directrice auprès de la société A.\_\_\_\_\_ SA, à [...]. A ce titre, elle était assurée contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 30 juin 2017, l'assurée a glissé puis est tombée dans les escaliers (environ une quinzaine de marches) de sa villa au [...]. Les parties du corps atteintes étaient le poignet gauche (fracture), l'épaule droite (rupture de ligaments) ainsi que les jambes, le dos et les bras (hématomes divers ; cf. déclaration de sinistre LAA du 5 juillet 2017).

Les premiers soins ont été prodigués en Suisse le 12 juillet 2017 par le Dr E.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Ce médecin a diagnostiqué un « traumatisme poignet et épaule ». Faisant état d'une impotence douloureuse de la coiffe de l'épaule droite et une douleur au dos du carpe du poignet gauche, il a indiqué sous « constatations radiologiques » : « IRM Hill Sachs et déchirure partielle coiffe ». Prescrivant le port d'un gilet orthopédique et d'une attelle pour le poignet, de la physiothérapie ainsi que des anti-inflammatoires, il a certifié un arrêt de travail depuis le jour de l'accident (rapport initial du 2 août 2017). Des séries de neuf séances d'ergothérapie ont également été prescrites par le Dr E.\_\_\_\_\_ depuis le 19 juillet 2017.

La CNA a pris le cas en charge (sinistre n° [...]).

Le travail a été repris à 50 % le 21 septembre 2017, puis en plein depuis le 6 novembre 2017. Par courrier électronique du 7 novembre 2017, l'assurée a déclaré à la gestionnaire en charge de son dossier auprès de la CNA que les traitements se poursuivaient à raison d'une à

deux fois par semaine, du fait qu'elle n'avait pas encore récupéré la mobilité et extension des deux bras, coudes et épaules. Elle a précisé que le coude gauche était également cassé et qu'une radiographie avait été réalisée à la suite des douleurs constantes.

Aux termes d'un rapport intermédiaire du 10 octobre 2017, le Dr E. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de déchirure partielle de la coiffe des rotateurs de l'épaule et d'entorse du poignet. Il a fait part d'une bonne évolution moyennant la poursuite du traitement de rééducation.

Le Dr E. \_\_\_\_\_ a prescrit une nouvelle série de neuf séances d'ergothérapie dès le 27 octobre 2017 en mentionnant comme diagnostic : « épaule DR et coude g ».

Le 4 décembre 2017, l'assurée a été victime d'un accident (chute dans un ascenseur) qui a causé une rupture partielle des ligaments croisés du genou droit. Le Dr E. \_\_\_\_\_ a prescrit des séances de physiothérapie les 6 décembre 2017 et 27 juillet 2018. La CNA a pris le cas en charge (sinistre n° [...]).

Dans un rapport du 12 décembre 2017, le Dr E. \_\_\_\_\_ a fait état, à titre de diagnostic, d'un « traumatisme épaule DR et g. él. cervicale et coude g. ».

Des nouvelles séries de séances de physiothérapie et d'ergothérapie ont par la suite été prescrites par le Dr E. \_\_\_\_\_. Le 20 mars 2018, ce médecin a fait savoir à la CNA que ces séances étaient nécessaires compte tenu du diagnostic de « traumatisme avec atteinte partielle de la coiffe de l'épaule droite » et de « traumatisme par écrasement dorsal du radius et de l'hamatum ».

Dans un rapport du 3 juillet 2018, le Dr E. \_\_\_\_\_ a fait état, à titre de diagnostic, d'un « traumatisme poignet g et épaule DR avec déchirure partielle de la coiffe et coude G ».

Le 20 novembre 2018, le Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur ainsi que médecin d'arrondissement de la CNA, a estimé, que sur la base des différents rapports médicaux, il n'y avait pas l'utilité de poursuivre la rééducation par ergothérapie ou physiothérapie à dix-huit mois du traumatisme.

Le 11 décembre 2018, le Dr E.\_\_\_\_\_ a fait part de « contusions multiples et surtout une entorse de la coiffe des deux épaules ». Il était d'avis que l'assurée subissait encore « les conséquences fâcheuses de ce malheureux accident au niveau de son bassin, de ses épaules et de son dos ».

Le 4 janvier 2019, le Dr C.\_\_\_\_\_ a rédigé une appréciation sur dossier dans laquelle il a posé les diagnostics de fracture non déplacée styloïde radiale gauche, de contusion de l'épaule droite, de contusion du coude droit (recte : gauche), d'omarthrose droite et de contusions multiples (bassin, chevilles). Ce rapport se termine comme suit :

“Appréciation

[...]

A 6 mois de la reprise de travail, en l'absence de nouvel élément médical relevant en ce qui concerne le poignet G [gauche], de la présence d'une atteinte préexistante au niveau de l'épaule D [droite], la poursuite de la rééducation et de l'ergothérapie n'est plus justifiée du seul fait de l'événement du 30.06.2017.

En ce qui concerne le poignet G, il s'agit d'une fracture non déplacée dont le trait est extra-articulaire, qui ne nécessite actuellement aucun soin particulier devant l'évolution favorable, selon les différents rapports médicaux intermédiaires à disposition.

En ce qui concerne l'épaule D, l'événement a fini de déployer ses effets à 6 mois du traumatisme, au maximum du fait de l'existence d'une omarthrose radiologique présente sur les clichés initiaux.

La poursuite du traitement de rééducation n'est donc plus en rapport de causalité naturelle vraisemblable avec l'événement qui nous concerne.”

Selon une notice téléphonique du 17 janvier 2019, l'assurée a déclaré à son interlocutrice de la CNA entre autres avoir été victime d'un nouvel « accident » le matin même en indiquant être retombée sur l'épaule droite et la hanche.

Par décision du 22 janvier 2019, la CNA a fait part à l'assurée de son intention de mettre fin à la prise en charge du traitement médical pour les seules suites de l'accident du 30 juin 2017.

Par une nouvelle décision du 25 février 2019, annulant la précédente, la CNA a mis fin à ses prestations à compter du 25 novembre 2018. Selon ses constatations, les troubles de l'épaule droite n'étaient plus dus à l'accident après le 30 décembre 2017, et le traitement médical du poignet gauche n'était plus justifié devant l'évolution favorable de cette atteinte. Concernant la suite de la prise en charge du traitement médical, l'intéressée était invitée à s'adresser auprès de son assureur-maladie.

Le 20 mars 2019, assistée de son conseil Me Thierry Sticher mandaté dans l'intervalle, l'assurée s'est opposée à la décision précitée. A l'appui de sa contestation, elle a nié la valeur probante de l'avis du médecin d'arrondissement de la CNA, et a sollicité la poursuite du versement des prestations de la CNA au-delà du 25 novembre 2018. Elle a étayé sa contestation en alléguant, au niveau de l'épaule droite, un diagnostic ressortant de l'art. 6 al. 2 LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20), et, qu'à ce titre, l'assureur-accidents n'était pas en droit de mettre fin aux prestations sans établir « au degré de la certitude et non de la vraisemblance prépondérante » que le *statu quo sine vel ante* était atteint. Elle a de plus indiqué qu'en raison de ses accidents des 30 juin et 4 décembre 2017, son traitement se poursuivait pour les deux épaules, le coude gauche et le bassin. Enfin, elle a admis la fin du traitement s'agissant du poignet gauche.

Par décision du 9 avril 2019, la CNA a rejeté l'opposition de l'assurée et confirmé la décision querellée du 22 janvier (recte : 25 février) 2019. Après avoir rappelé que les chutes des 30 juin et 4 décembre 2017 engageaient sa responsabilité au titre d'accidents, se référant à l'avis de son médecin-conseil, elle a retenu que la fracture non déplacée du poignet gauche ne nécessitait aucun soin particulier dans le contexte d'une

évolution favorable. S'agissant de l'épaule droite, rappelant que sa décision concernait l'événement du 30 juin 2017, et non celui du 4 décembre 2017, elle a estimé que le traitement de rééducation n'était plus en lien de causalité naturelle avec l'accident de juin 2017 dès lors que ce dernier avait cessé de déployer des effets dans un délai de six mois au maximum en présence d'une omarthrose radiologique mise en évidence sur les clichés initiaux.

**B.** Par acte du 8 mai 2019, A.\_\_\_\_\_, représentée par Me Sticher, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à la poursuite de la prise en charge des suites de l'événement du 30 juin 2017 « notamment les séances de rééducation et d'ergothérapie en lien avec l'épaule et le coude droit, ainsi que les contusions du bassin et des chevilles », et subsidiairement « acheminer Madame A.\_\_\_\_\_ à prouver, par toutes voies de droit les faits énoncés dans les présentes écritures ». Sous bordereau de pièces joint à l'acte de recours, figure notamment un rapport rédigé le 26 mars 2019 par le Dr E.\_\_\_\_\_ à l'intention de l'avocat (pièce 12), où il est écrit en particulier que la recourante souffre d'une « fracture-tassement du trochiter de la tête de l'humérus gauche de type Hill-Sachs, souvent rencontrée lors de luxation de l'épaule » et qu'elle n'a pas présenté de déchirure musculaire au niveau de la coiffe des rotateurs, mais une atteinte contusionnelle et élongation du muscle. L'intéressée est de plus affectée d'une déchirure partielle du ligament croisé antérieur du genou et d'une fracture du poignet gauche.

Dans sa réponse du 10 juillet 2019, la CNA a maintenu sa position.

Le 22 août 2019, en réplique, la recourante a confirmé ses précédentes conclusions, et sollicité, à titre de mesures d'instruction, l'audition du Dr E.\_\_\_\_\_ comme témoin ainsi que la mise en œuvre d'une expertise par le tribunal visant à « établir la nécessité du traitement pour maintenir sa capacité de travail ainsi que le lien de causalité et

l'absence des *statu quo sine / ante* ». Elle a produit un rapport du 15 août 2019 du Dr E. \_\_\_\_\_ à son avocat, dont il ressort ce qui suit :

“Cher Maître,

Madame A. \_\_\_\_\_ a été victime d'un accident le 30 juin 2017 au [...] au cours duquel elle a fait une chute sur plusieurs marches d'escaliers, s'étendant sur trois mètres.

Une fracture du poignet gauche a été traitée par plâtre et par suite de cet accident, elle a contracté une impotence douloureuse de la coiffe des rotateurs des deux épaules avec plusieurs ecchymoses dans les jambes, le dos et les bras ainsi qu'un écrasement des sacro-iliaques.

Dès lors, l'évolution a été lentement favorable et fluctuante. Elle a suivi un programme de physiothérapie de décoaptation passive et active assistée ainsi qu'un programme amyotrophie.

La seule chose qui lutte actuellement et contre l'impotence douloureuse de la coiffe des rotateurs ainsi que la douleur épitrochlée et épicondyle du coude est la désensibilisation faite par l'ergothérapie.

Nous ne voyons pas d'inconvénients à ce que le traitement médical et le suivi physiothérapique par rapport à cet accident particulier cesse définitivement mais l'ergothérapie reste fortement indispensable pour diminuer voire annuler les douleurs du membre supérieur gauche et éviter ainsi une péjoration due à d'autres accidents qui amènent à un arrêt de travail.

Durant les deux ans de prise en charge thérapeutique de cet accident malheureux, l'ergothérapie est la seule qui a eu la place primordiale dans le traitement de la douleur et dans l'évolution favorable pour une reprise de travail.

Pour cette raison, il est vraiment primordial qu'on puisse accepter une séance d'ergothérapie par semaine et cela jusqu'à la fin de l'année 2019.

La patiente présente toujours une impotence douloureuse du sus-épineux, une situation de conflit sous-acromial dont une sanction chirurgicale ne peut qu'empirer. [...]"

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

**1. a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de

l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2. a)** Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-accidents, en l'occurrence la poursuite de la prise en charge d'un traitement de physiothérapie et d'ergothérapie, pour la période postérieure au 25 novembre 2018.

**b)** On précisera que les modifications de la LAA introduites par la nouvelle du 25 septembre 2015 (RO 2016 4375), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2017, sont applicables au cas d'espèce.

**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.

Selon l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir:

- a. au traitement ambulatoire dispensé par le médecin, le dentiste ou, sur leur prescription, par le personnel paramédical ainsi que, par la suite, par le chiropraticien;
- b. aux médicaments et analyses ordonnés par le médecin ou le dentiste;

- c. au traitement, à la nourriture et au logement en salle commune dans un hôpital;
- d. aux cures complémentaires et aux cures de bain prescrites par le médecin;
- e. aux moyens et appareils servant à la guérison.

A teneur de l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré, et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente.

De jurisprudence constante, cela signifie que l'assuré a droit à la prise en charge des traitements médicaux et aux indemnités journalières tant qu'il y a lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de son état de santé et pour autant que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité aient été menées à terme. Lorsque ces conditions ne sont plus remplies, le droit à ces prestations cesse et le droit à la rente commence (TF 8C\_403/2011 du 11 octobre 2011 consid. 3.1.1 ; ATF 134 V 109 consid. 4.1 et les références citées). Le droit à la prise en charge des traitements médicaux et des indemnités journalières cesse également s'il n'y a plus lieu d'attendre une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré, qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération, mais qu'aucune rente n'est allouée parce que l'assuré présente un taux d'invalidité inférieur au seuil de 10 % prévu par l'art. 18 al. 1 LAA (ATF 134 V 109 consid. 4.1 et 133 V 57 consid. 6.6.2).

**b)** Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche,

que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration, le cas échéant le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références citées).

**c)** En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Cependant, lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas ou plus la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). A l'inverse, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (TF 8C\_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.2 et les références citées).

**d)** 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).

**4.** Dans sa décision, la CNA considère, d'une part, qu'il n'existe plus de lien de causalité naturelle entre l'accident assuré et les douleurs à l'épaule droite pour lesquelles un traitement médical est encore prescrit et, d'autre part, que l'état de santé était stabilisé au 26 novembre 2018, soit à la date à laquelle elle a mis fin à la prise en charge du traitement.

De son côté, la recourante allègue, rapport du chirurgien orthopédiste consulté à l'appui, que la poursuite du traitement à base de désensibilisation par ergothérapie, à raison d'une séance hebdomadaire jusqu'à la fin de l'année 2019, est la seule réponse appropriée à l'impotence douloureuse de la coiffe des rotateurs et à la douleur du coude, ainsi que contre les contusions du bassin et des chevilles. Ce faisant, elle plaide que la stabilisation de l'état de santé retenue par l'intimée pour mettre fin aux prestations n'est pas justifiée dès lors que le traitement est nécessaire pour lui permettre de maintenir sa capacité de travail. Elle se prévaut, comme elle l'avait déjà fait en procédure d'opposition, de l'art. 6 al. 2 LAA en alléguant une rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite ainsi qu'une fracture et fait valoir, sur la base de cette disposition, que la CNA n'est pas en droit de mettre fin à ses

prestations faute d'avoir démontré « le caractère certain de l'origine maladie du cas ».

**5.** En l'occurrence, A. \_\_\_\_\_ a chuté dans les escaliers le 30 juin 2017, avec des contusions multiples.

La déclaration de sinistre fait état d'une fracture du poignet gauche et d'une rupture des ligaments à l'épaule droite, ainsi que d'hématomes divers dans le dos, les jambes et les bras. Le 7 novembre 2017, la recourante a exposé avoir repris le travail, mais continuer à suivre un traitement une à deux fois par semaine parce qu'elle n'avait « pas encore récupéré la mobilité et extension des deux bras/coudes/épaules ». Le coude gauche était également cassé et une radiographie avait été faite à la suite des douleurs constantes.

Les rapports médicaux initiaux sont particulièrement succincts et imprécis. Dans un rapport du 2 août 2017, le Dr E. \_\_\_\_\_, chirurgien orthopédiste consulté par l'assurée, fait état d'une « impotence douloureuse de la coiffe épaule DR », et de « douleur du dos du carpe poignet gauche ». Il indique, sous « constatations radiologiques » : « IRM Hill Sachs et déchirure partielle coiffe ». Sous « diagnostic », il indique « Traumatisme poignet et épaule » (*sic*). Il a prescrit le port d'un gilet orthopédique et d'une attelle pour le poignet, de la physiothérapie ainsi que des anti-inflammatoires. Dans un rapport du 10 octobre 2017, le Dr E. \_\_\_\_\_ pose les diagnostics suivants : « Déchirure partielle de la coiffe des rotateurs épaule - entorse poignet ». Il a prescrit une série de neuf nouvelles séances d'ergothérapie dès le 27 octobre 2017 en mentionnant comme « diagnostic » : « Epaule DR et coude g. ». En revanche, le 12 décembre 2017, le Dr E. \_\_\_\_\_ fait état, toujours à titre de « diagnostic », d'un « traumatisme épaule dr et g. él. Cervicale et coude g. ».

Par la suite, le Dr E. \_\_\_\_\_ a prescrit de nouvelles séances de physiothérapie et d'ergothérapie. Le 20 mars 2018, il les a justifiées par un « traumatisme avec atteinte partielle de la coiffe de l'épaule

droite » et un « traumatisme par écrasement du radius et de l'hamatum ». Le 3 juillet 2018, il mentionne les atteintes suivantes : « traumatisme poignet g et épaule DR avec déchirure partielle de la coiffe et coude G » (« sic »), avant de faire état, le 11 décembre 2018, de « contusions multiples et surtout une entorse de la coiffe des deux épaules ». Le 26 mars 2019, il indique que la recourante a présenté une « fracture-tassement du trochiter de la tête de l'humérus gauche de type Hill-Sachs, souvent rencontrée lors de luxation de l'épaule ». En revanche, elle n'a pas présenté de déchirure musculaire au niveau de la coiffe des rotateurs, mais une atteinte contusionnelle et élongation du muscle. Enfin, le 15 août 2019, le Dr E. \_\_\_\_\_ a fait état d'une impotence douloureuse de la coiffe des rotateurs des deux épaules à la suite de l'accident, avec plusieurs ecchymoses dans les jambes, le dos et les bras ainsi qu'un écrasement des sacro-iliaques. Il expose que « la seule chose qui lutte actuellement contre l'impotence douloureuse de la coiffe des rotateurs ainsi que la douleur épitrochlée et épicondyle du coude est la désensibilisation faite par l'ergothérapie ». Il ne précise pas s'il parle là du membre supérieur gauche ou droit, mais on comprend qu'il s'agit du membre supérieur gauche, aucun problème au niveau du coude droit n'ayant jamais été signalé auparavant. Le Dr E. \_\_\_\_\_ indique ne pas voir « d'inconvénients à ce que le traitement médical et le suivi physiothérapique par rapport à cet accident particulier [du 30 juin 2017] cesse définitivement mais l'ergothérapie reste fortement indispensable pour diminuer voire annuler les douleurs du membre supérieur gauche et éviter ainsi une péjoration due à d'autres accidents qui amènent à un arrêt de travail ». Il indique également que « la patiente présente toujours une impotence douloureuse du sus-épineux, une situation de conflit sous-acromial dont une sanction chirurgicale ne peut qu'empirer ».

A ce niveau d'imprécision, ces documents médicaux sont insuffisants pour permettre de constater ou de nier un lien de causalité entre l'accident assuré et les atteintes à la santé présentées au coude et à l'épaule gauche par l'assurée. Ils ne permettent pas même de constater quelles atteintes à la santé exactement étaient encore traitées après le 25

novembre 2018, ni si le traitement était encore nécessaire pour préserver la capacité de travail de la recourante.

Pour sa part, le Dr C.\_\_\_\_\_ a rédigé une appréciation sur dossier le 4 janvier 2019, dans laquelle il pose les diagnostics de fracture non déplacée styloïde radiale gauche, de contusion de l'épaule droite, de contusion du coude droit, d'omarthrose droite et de contusions multiples (bassin, chevilles). Il indique ensuite qu'« à six mois de la reprise du travail, en l'absence de nouvel élément médical relevant en ce qui concerne le poignet G et compte tenu de la présence d'une atteinte préexistante au niveau de l'épaule D, la poursuite de la rééducation et de l'ergothérapie n'est plus justifiée du seul fait de l'événement du 30.06.2017 ». Il ajoute qu'« en ce qui concerne le poignet G, il s'agit d'une fracture non déplacée dont le trait est extra-articulaire, qui ne nécessite actuellement aucun soin particulier devant l'évolution favorable, selon les différents rapports médicaux intermédiaires à disposition ». Le Dr C.\_\_\_\_\_ n'a plus pris position sur le dossier par la suite. Il ne s'est jamais déterminé sur le diagnostic de « fracture-tassement du trochiter de la tête de l'humérus gauche de type Hill-Sachs » posé le 26 mars 2019. Son rapport du 4 janvier 2019, sans examen clinique de la recourante et sur simple consultation du dossier radiologique constitué le 30 juin 2017 et des rapports établis par le Dr E.\_\_\_\_\_ est lui aussi insuffisant pour établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'évolution vers un *statu quo sine* au 26 novembre 2018, de même que pour établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la poursuite du traitement médical n'était pas nécessaire pour maintenir la capacité de travail de l'assurée. Le Dr C.\_\_\_\_\_ nie l'origine accidentelle des atteintes à l'épaule droite en raison de la préexistence d'atteintes dégénératives ; de telles atteintes dégénératives n'excluent toutefois pas que l'accident ait aggravé une lésion de la coiffe des rotateurs. Un examen plus approfondi est nécessaire pour se déterminer sur ce point et pour établir si, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'accident constituait encore une cause au moins partielle des atteintes à la santé traitées postérieurement au 25 novembre 2018. En l'état de la procédure, la désignation d'un expert est nécessaire. Celui-ci se déterminera également sur les autres

atteintes à la santé évoquées par le Dr E.\_\_\_\_\_, certes de manière variable et parfois tardive (coude gauche, épaule gauche et écrasement des sacro-iliaques), sur le point de savoir si l'accident a pu contribuer à les causer ou à les aggraver, au degré de la vraisemblance prépondérante, et cas échéant, sur la nécessité de la poursuite d'un traitement médical pour maintenir la capacité de travail postérieurement au 25 novembre 2018. La cause sera renvoyée à l'intimée pour qu'elle mette en œuvre l'expertise conformément à l'art. 44 LPGA et statue à nouveau. En effet, plusieurs des points évoqués ci-avant n'ont pas été instruits et il n'appartient pas au tribunal de céans de se substituer à l'autorité administrative dans cette tâche.

Pour être complet, on observera que la recourante fonde largement son argumentation sur l'art. 6 al. 2 LAA. La jurisprudence qu'elle cite à propos de cette disposition a toutefois été rendue sous l'empire de l'ancien art. 9 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202). Elle n'est plus d'actualité. En cas d'accident, il convient d'examiner le cas sous l'angle de l'art. 6 al. 1 LAA. Dans l'hypothèse où les prestations ne seraient pas dues en application de cette disposition, l'assurée peut éventuellement encore se prévaloir de l'art. 6 al. 2 LAA relatif aux lésions assimilées à un accident. Mais l'assurance-accidents peut alors se libérer de son obligation de prester s'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la lésion assimilée à un accident est due à plus de 50 % à une atteinte malade ou dégénérative (TF 8C\_22/2019 du 24 septembre 2019 consid. 8.6 ; sur l'évolution de la législation sur ce point : JEAN MÉTRAL/JULIA LAURENCZY, Le degré de la preuve et l'allègement de son fardeau en droit des assurances sociales, *in* : ANNE-SYLVIE DUPONT, HELMUT HEISS, FRÉDÉRIC KRAUSKOPF [édit.], Annuaire SDRCA [Société suisse du droit de la responsabilité civile et des assurances] Zurich 2019, p. 45 s., p. 76). En l'espèce, si l'instruction à mener par l'intimée ne permet pas de constater, au degré de la vraisemblance prépondérante, une évolution vers un *statu quo sine* – autrement dit que l'accident ne joue plus aucun rôle dans l'atteinte à la santé pour laquelle la prestation est demandée – l'intimée devra allouer ses prestations en se fondant sur les art. 6 al. 1 et 36 LAA

(cf. TF 8C\_22/2019 du 24 septembre 2019 consid. 5.1 ; MÉTRAL/LAURENCZY, *op. cit.*, p. 77 ; demeure réservée une stabilisation de l'état de santé). Dans le cas contraire, il est pour le moins probable que la preuve sera également faite d'une atteinte malade ou dégénérative prépondérante au sens de l'art. 6 al. 2 LAA, de sorte que cette disposition ne serait d'aucun secours à la recourante (dans ce sens également : TF 8C\_22/2019 du 24 septembre 2019 consid. 9.2). La question doit toutefois rester ouverte à ce stade.

Enfin, il convient de souligner que d'autres accidents ont apparemment été annoncés à l'intimée. L'un d'entre eux au moins a fait l'objet d'une déclaration d'accident bagatelle (accident du 4 décembre 2017 ; sinistre n° [...]). Dans ce contexte, l'intimée prêtera attention, dans la décision qu'elle rendra à la suite de la présente procédure, soit à prendre en considération toutes les conséquences de tous les accidents assurés qui lui ont été annoncés, ou à préciser clairement si elle entend exclure certaines conséquences accidentelles de l'objet de sa décision, en vue de les traiter dans une décision ultérieure ou parce qu'elles auraient déjà fait précédemment l'objet d'une décision entrée en force.

Par ailleurs, au vu de l'issue actuelle du litige, la requête d'audition du Dr E. \_\_\_\_\_ comme témoin ainsi que la mise en œuvre d'une expertise judiciaire sont rejetées.

**6. a)** Des considérants qui précèdent, il résulte que le recours, bien fondé, doit être admis, ce qui entraîne l'annulation de la décision attaquée sous suite de renvoi à l'intimée pour complément d'instruction et nouvelle décision.

**b)** Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA).

**c)** Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, la recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il

convient d'arrêter à 2'500 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimée qui succombe.

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

- I. Le recours est admis.
  
- II. La décision sur opposition rendue le 9 avril 2019 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.
  
- III. Il n'est pas perçu de frais de justice.
  
- IV. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents versera à A. \_\_\_\_\_ une indemnité de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Thierry Sticher (pour A. \_\_\_\_\_),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP),

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :