

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 8 décembre 2020

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
M. Neu et Mme Di Ferro Demierre, juges
Greffière : Mme Guardia

Cause pendante entre :

P._____, à [...], recourante,

et

W._____ **SA**, à [...], intimée.

Art. 4 LPGA ; art. 6 al. 1 et 36 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. a) P. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], travaille en tant qu'aide aux soins au [...]. A ce titre, elle est assurée contre les accidents professionnels et non professionnels ainsi que les maladies professionnelles auprès de W. _____ SA (ci-après également : l'intimée).

Le 17 septembre 2013, l'assurée a subi une arthro-IRM (imagerie par résonance magnétique) et une arthrographie de l'épaule droite en raison de la suspicion d'une déchirure partielle du tendon supra-épineux et du long chef du biceps à l'issue de laquelle il a été constaté une petite déchirure de la face profonde et distale du tendon supra-épineux prenant environ 30 % de l'épaisseur du tendon, une importante déchirure du labrum antéro-supérieur de 9h à 3h en rapport avec une lésion antéro-postérieure du labrum supérieur (SLAP) 2C et alimentant un micro-kyste labral supérieur de 2 mm (cf. rapport du 11 février 2014 de la Dre [...], spécialiste en radiologie). Pour remédier à cette problématique, l'assurée a été opérée en janvier 2014 de la coiffe des rotateurs à droite (cf. rapport du 18 décembre 2017 du Dr H. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur).

b) Le 13 octobre 2017 à 5 heures 45, l'assurée est tombée sur son épaule et son héli-thorax gauche en sortant de sa baignoire.

L'employeur de l'assurée a adressé le 24 octobre 2017 une déclaration d'accident-bagatelle à W. _____ SA, indiquant, dans la rubrique « 8. Blessure », des contusions sur plusieurs régions des membres à gauche.

W. _____ SA a pris le cas en charge.

Dans le formulaire « feuille pour le médecin » rempli le 3 novembre 2017, le Dr L. _____, spécialiste en médecine interne

générale, médecin-traitant de l'assurée, a estimé que le traitement serait terminé dans un délai probable de quatre semaines.

Aux termes d'un rapport du 18 décembre 2017, le Dr H._____ a constaté la bonne mobilité des deux épaules, le Jobe test étant légèrement douloureux de chaque côté.

L'assurée a subi une IRM de l'épaule droite le 21 décembre 2017. Dans son rapport du 22 décembre 2017 en rendant compte, le Dr [...], spécialiste en radiologie, a conclu :

« Status post réparation du tendon supra-épineux, continu, sans signe de déchirure transfixiante ou partielle.
Probable petite déchirure partielle de la face articulaire et distale des fibres supérieures du tendon infra-épineux, prenant clairement moins de 50% de l'épaisseur tendineuse.
Intégrité du tendon sub-scapulaire.
Status post ténodèse du long chef du biceps sans complication.
Discrète bursite sous-acromio-deltoïdienne d'accompagnement.
Pas de lésion fracturaire ».

Une arthro-IRM de l'épaule gauche a été pratiquée le 5 janvier 2018 et a permis de constater une déchirure de la face articulaire du tendon du muscle supra-épineux au niveau de son tiers moyen intéressant 20 % de l'épaisseur tendineuse, l'absence d'anomalie du labrum antéro-inférieur mais une perte de l'identification du labrum antéro-supérieur, d'allure séquellaire, une fine bursite sous-acromio-deltoïdienne et une arthropathie acromio-claviculaire en discrète poussée congestive (rapport du 5 janvier 2018 de la Dre [...], spécialiste en radiologie).

Par rapport du 9 janvier 2018 faisant suite à ces examens d'imagerie, le Dr H._____ a estimé qu'en l'absence de lésion chirurgicale de l'épaule gauche les douleurs encore ressenties par l'intéressée devraient disparaître d'elles-mêmes.

Dans un rapport médical initial LAA reçu le 27 février 2018 par l'assureur-accidents, le Dr L._____ a posé les diagnostics de contusions à l'épaule et à l'hémi-thorax gauches et relevé que les examens d'imagerie ne montraient pas de fracture.

c) Dans un rapport du 21 janvier 2019, le Dr L._____ a posé le diagnostic de rupture partielle post-traumatique du tendon sus-épineux gauche. Il a relevé que l'assurée présentait des douleurs mécaniques persistantes plus d'une année après le traumatisme, lesquelles empêchaient la reprise complète de l'activité professionnelle.

Dans un rapport non daté faisant suite à son examen de l'assurée du 7 mars 2019, le Dr Q._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin-conseil auprès de W._____ SA, a notamment retenu ce qui suit (sic) :

« Antécédents d'omalgies droites évoluant depuis 2011. Il y a eu un suivi rhumatologique. Plusieurs infiltrations. Au final, elle fut adressée au Dr. H._____.

[...]

APPRECIATION DU CAS

[...]

Mme P._____ a une propension à développer des troubles dégénératifs de la coiffe des rotateurs, ainsi que des articulations acromio-claviculaires.

Du côté droit, la pathologie de la coiffe, ainsi qu'une lésion labrale associée, fut diagnostiquée en 2013, sans notion de traumatisme déclenchant. Ces lésions furent traitées chirurgicalement. Le bilan IRM du 21 décembre 2017 a montré la persistance d'une tendinopathie de la coiffe, cette fois du sous-épineux, ainsi qu'une arthropathie AC [acromio-claviculaire] en phase congestive débutante.

Les mêmes lésions, touchant le sus-épineux et l'articulation AC, ont été objectivées à l'épaule gauche, lors de l'IRM réalisée le 5 janvier 2018, c'est-à-dire environ 3 mois après le traumatisme.

Ladite IRM n'a pas montré de lésion anatomique (ou structurelle) d'envergure susceptible d'être rapporté, avec une certaine haute vraisemblance à l'événement qui nous concerne. Ceci en l'absence de traces d'une fracture, de séquelles d'une luxation, de rupture de continuité tendino-musculaire, voire ligamentaire.

La récente IRM ne révèle pas de lésion rapidement évolutive, en particulier de la coiffe des rotateurs, et l'articulation acromio-claviculaire. Une modification tissulaire rapide, « anormale », s'écartant de l'évolution physiologique des tissus en question, aurait pu faire évoquer une responsabilité de l'événement du 13 octobre 2017 dans l'évolution du cas.

Le bilan actuel révèle des amplitudes physiologiques, aux deux épaules. Les tests d'intégrité de la coiffe des rotateurs s'avèrent normaux. Il n'y a pas de signe en faveur d'un conflit sous-acromial, ni d'une souffrance AC significative. En revanche, on observe une certaine hypersensibilité au toucher des certains muscles, élément qui peut refléter une certaine surcharge.

En pondérant l'ensemble des éléments mis à disposition, on en conclut que l'événement du 13 octobre 2017 a tout au plus généré une contusion de l'épaule gauche. Contusion d'allure bénigne compte tenu de l'appréciation radiologique initiale.

Une contusion de l'épaule cesse généralement de déployer ses effets après un délai de quelques jours, à quelques 3-6 semaines.

Une extension de ce délai, sur 3-6 semaines supplémentaires est souvent admis en cas de troubles dégénératifs sous-jacents, partant de l'hypothèse d'une fragilité tissulaire exagérée, susceptible de ralentir quelque peu la récupération fonctionnelle.

Au-delà, et sans autre élément probant, caractérisant une lésion structurelle aiguë et d'envergure, à caractère peut-être rapidement évolutif, qui pourrait potentiellement être mise sur le compte d'un événement accidentel unique, une autre raison doit être recherchée pour rendre compte d'éventuelles plaintes durables. Dans le cas présent, il existe des éléments dégénératifs (plutôt stables dans le temps, entre janvier 2018 et mars 2019), ainsi que des signes en faveur d'une surcharge musculaire.

En définitive, l'événement du 13 octobre 2017, responsable d'une contusion bénigne de l'épaule gauche, a certainement cessé de déployer ses effets après 3 mois (au plus tard au début janvier 2018) ».

Le Dr Q._____ a joint à son rapport un compte-rendu du 13 mars 2019 du Dr [...], spécialiste en radiologie, faisant suite à une IRM de l'épaule gauche constatant de discrets signes irritatifs de l'articulation acromio-claviculaire, probablement comme reflet d'une arthropathie dégénérative, une éventuelle acutisation consécutive au traumatisme ne pouvant pas être formellement écartée sur la base seule de cet examen.

Par décision du 25 mars 2019, W._____ SA a mis fin au versement de ses prestations au 13 janvier 2018 au motif que les troubles subsistants dès cette date ne se trouvaient pas en relation de causalité avec l'événement du 13 octobre 2017.

Le 3 avril 2019, l'assurée s'est opposée à la décision précitée, faisant valoir que les troubles actuels étaient bien dus à son accident.

Par décision sur opposition du 7 juin 2019, W._____ SA a confirmé sa décision du 25 mars 2019.

B. Par acte du 5 juillet 2019, P._____ a déféré la décision sur opposition du 7 juin 2019 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant implicitement à sa réforme en ce sens que des prestations de l'assurance-accidents lui soient allouées au-delà du 13 janvier 2018. Elle a complété son recours par acte du 26 juillet 2019, produisant un rapport du même jour du Dr L._____ dont le contenu est le suivant :

« [...] l'expert médical [...] s'appuie[...] essentiellement sur la préexistence de troubles dégénératifs dans l'épaule gauche lésée. Or ce qui est vrai pour l'épaule droite, dont des lésions tendineuses dégénératives ont nécessité une réparation chirurgicale en 2014, ne l'est absolument pas pour l'épaule gauche. Avant sa chute du 13 octobre 2017, la patiente n'a jamais présenté la moindre douleur dans cette épaule. L'arthro-IRM pratiquée le 5 janvier 2018, à la demande du Dr H._____, spécialiste de l'épaule, n'a d'ailleurs mis en évidence aucune lésion dégénérative à l'exception d'une arthropathie acromio-claviculaire complètement asymptomatique. Il a par contre relevé la présence d'une déchirure partielle du tendon du muscle supra-épineux, tout à fait compatible avec la symptomatologie douloureuse présentée par la patiente depuis son accident. Le diagnostic de simple contusion de l'épaule gauche posé par le Dr Q._____ près de 18 mois après le traumatisme ne tient absolument pas compte de cette anomalie radiologique, qui prouve l'existence d'une lésion tendineuse objective et permet d'expliquer le non-retour au statu quo ante (= absence totale de douleur) en janvier 2018 et au-delà. L'IRM du 13 mars 2019 confirme d'ailleurs la guérison de cette lésion tendineuse et ne révèle aucune autre pathologie dégénérative à l'exception de l'arthropathie acromio-claviculaire déjà mentionnée, qui n'a jamais joué aucun rôle dans la symptomatologie douloureuse de cette patiente.

En conclusion, j'estime qu'il y a des preuves objectives que l'accident du 13 octobre 2017 n'a pas provoqué qu'une simple contusion de l'épaule gauche, mais une lésion tendineuse, responsable d'une persistance de la symptomatologie douloureuse au-delà du mois de janvier 2018 ».

Par acte du 3 octobre 2019, W._____ SA a conclu au rejet du recours.

Par réplique du 28 octobre 2019, P._____ a repris ses précédents motifs et conclusions. Elle a notamment fait valoir que ses douleurs n'étaient pas d'origine dégénérative dès lors que sur les IRM de son épaule, on constatait que le tendon s'était consolidé et réparé.

Le 18 novembre 2019, W._____ SA a confirmé sa précédente écriture.

E n d r o i t :

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

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

2. Le litige porte sur le droit de la recourante aux prestations de l'assurance-accidents au-delà du 13 janvier 2018, en particulier sur la question de l'existence d'un lien de causalité entre les lésions à l'épaule gauche encore présentes après cette date et l'événement survenu le 13 octobre 2017.

3. a) Aux termes de 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.

L'art. 4 LPGA définit l'accident comme 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 repose donc sur cinq éléments, ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable à la santé, le caractère soudain de l'atteinte, son caractère involontaire, un facteur extérieur et le caractère extraordinaire de ce facteur extérieur (ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1).

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle et adéquate (ATF 142 V 435 consid. 1 ; 129 V 177 consid. 3.2 et les références citées).

L'exigence de la causalité naturelle 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). 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, pp. 340 ss ; TF U 215/97 du 23 février 1999 consid. 3b [RAMA 1999 n° U 341 p. 408 sv.]). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence d'un rapport de causalité avec l'événement assuré.

4. L'art. 6 al. 2 LAA, dans sa teneur au 1^{er} janvier 2017, prévoit désormais que l'assurance alloue aussi ses prestations pour les lésions corporelles suivantes, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie :

- 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.

En l'absence d'un accident au sens juridique, le cas doit être examiné sous l'angle de l'art. 6 al. 2 LAA (ATF 146 V 51; TF 8C_169/2019 du 10 mars 2020 consid. 5.2).

5. a) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, 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 et les références citées). Il n'existe aucun principe juridique dictant à l'administration ou au juge de statuer en faveur de l'assuré en cas de doute (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et les références citées).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les

conclusions 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 (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee ; TFA U 216/04 du 21 juillet 2005 consid. 5.2).

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

6. En l'espèce, il n'est pas contesté que la recourante a été victime d'un accident le 13 octobre 2017. L'intimée a d'ailleurs pris en charge les suites de cet événement.

Estimant que le *status quo sine* avait été rétabli le 13 janvier 2018 au plus tard, l'intimée a mis fin, dès cette date, au versement de ses prestations. Elle s'est fondée sur l'appréciation du Dr Q._____. Le rapport de ce médecin a été rédigé après qu'il a pris connaissance de l'ensemble des pièces médicales au dossier, en particulier des nombreux documents d'imagerie concernant la recourante. Il a listé les plaintes de cette dernière et les a confrontées à ses constatations objectives ainsi qu'à celles de ses collègues. Le Dr Q._____ a en particulier procédé à une analyse fine des atteintes que la recourante a développées au niveau de ses deux épaules. Il ressort en effet de plusieurs rapports médicaux que celle-ci a souffert sur son épaule droite de troubles dégénératifs de la coiffe des rotateurs ayant nécessités une intervention pratiquée en janvier 2014 par le Dr H._____ (rapport du Dr H._____ du 18 décembre 2017), atteinte qui a continué à évoluer par la suite (cf. IRM du 21 décembre 2017). La comparaison effectuée par le Dr Q._____ entre les deux épaules de la recourante vise à distinguer, sur l'épaule gauche, seule accidentée, les lésions résultant de l'accident du 13 octobre 2017 de celles d'origine dégénératives. Le Dr Q._____ a bien expliqué que les lésions constatées aux examens d'imagerie intéressant l'épaule droite étaient retrouvées sur celles relatives à l'épaule gauche. A cet égard, on constate en effet, comme relevé ci-dessus, qu'en date du 17 septembre 2013, la recourante présentait, sur son épaule droite, une déchirure de la face profonde et distale du tendon supra-épineux et une importante déchirure du labrum antéro-supérieur puis, le 21 décembre 2017, une probable petite déchirure partielle de la face articulaire et distale des fibres supérieures du tendon infra-épineux alors que, côté gauche, il a été constaté, le 5 janvier 2018, une déchirure de la face articulaire du tendon du muscle supra-épineux et une fine bursite sous-acromio-deltaïdienne ainsi qu'une arthropathie acromio-claviculaire en discrète poussée congestive. Le Dr Q._____ a par ailleurs relevé que l'arthro-IRM du 5 janvier 2018 n'avait pas montré de lésion anatomique ou structurelle d'envergure (absence de traces d'une fracture, de séquelles d'une luxation, de rupture de continuité tendino-musculaire, voire ligamentaire) susceptible d'être rapportée, avec une suffisamment haute vraisemblance à l'événement du 13 octobre 2017 (cf. dans le même sens rapport du 9

janvier 2018 du Dr H._____). Il a précisé que l'IRM du 13 mars 2019 ne montrait pas de lésion rapidement évolutive, en particulier de la coiffe des rotateurs et de l'articulation acromio-claviculaire ce qui constituait un autre élément permettant d'exclure l'origine accidentelle des lésions constatées. Le médecin a en outre observé que la recourante présentait, au jour de l'examen, deux épaules dans un état identique (amplitudes physiologiques, tests d'intégrité de la coiffe des rotateurs normaux), tout comme le Dr H._____ qui avait constaté une similitude des douleurs aux deux épaules le 18 décembre 2017. Les différents constats du Dr Q._____ sont objectifs et reposent sur les résultats clairs des différentes IRM. C'est sur la base de ces éléments qu'il a examinés en détail que le médecin-conseil a conclu à l'origine dégénérative des lésions constatées. C'est le lieu de relever que la déclaration d'accident-bagatelle du 24 octobre 2017 fait état de simples contusions, que le Dr L._____ avait estimé, le 3 novembre 2017, un délai de traitement de quatre semaines et avait posé le diagnostic, dans son rapport initial, de contusions à l'épaule et à l'hémi-thorax gauches. Cela confirme l'appréciation du médecin-conseil selon laquelle l'accident aurait causé une contusion dont le traitement aurait été ralenti par des troubles dégénératifs sous-jacents.

Dans son rapport du 26 juillet 2019, le Dr L._____ a contesté les conclusions du Dr Q._____. Il se fonde à cet égard sur un raisonnement « *post hoc, ergo propter hoc* » insuffisant à démontrer que les lésions présentées par la recourante seraient dues à l'accident litigieux (cf. consid. 3c *supra*). Il critique le diagnostic de simple contusion qu'il avait pourtant lui-même posé en février 2018 après examen de l'arthro-IRM du 5 janvier 2018. Il se réfère à l'existence d'une lésion tendineuse qui expliquerait l'absence de retour au *statu quo ante*, état qu'il assimile à tort à l'absence de douleur. Or, le *statu quo ante* n'implique pas une disparition des douleurs, mais le retour à un état de santé similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident étant précisé que, lorsque l'état de santé est celui que l'intéressé aurait présenté même sans accident par suite d'un développement ordinaire d'un état maladif préexistant, il y a lieu d'admettre que le dommage n'est plus dû à cet

accident (cf. consid 3c *supra*). Or, le Dr Q._____ a conclu que la contusion bénigne a certainement cessé de déployer ses effets trois mois après l'accident, constatant qu'une contusion de l'épaule n'a généralement plus de conséquences après un délai de quelques jours à quelques trois à six semaines, mais qu'en cas de troubles dégénératifs sous-jacents, une extension de ce délai de trois à six semaines supplémentaires devait être admis. Les problématiques encore présentes ensuite de ce délai étaient ainsi dues, selon le médecin-conseil, à l'état maladif préexistant présenté par la recourante (*statu quo sine*) et ne pouvaient donc être imputées à l'accident litigieux.

Il ressort des considérations qui précèdent que les conclusions du médecin-conseil peuvent être suivies. Elles résultent d'un examen circonstancié et ne sont pas sérieusement remises en doute. C'est donc à juste titre que l'intimée a mis fin au versement de ses prestations en date du 13 janvier 2018.

7. a) Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition du 7 juin 2019 confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, dès lors que la recourante - au demeurant non représentée - n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 7 juin 2019 par W._____ SA 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 à :

- P. _____,
- W. _____ SA,
- 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 :