

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 12 novembre 2020

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente
MM. Métral et Piguet, juges
Greffière : Mme Chapuisat

Cause pendante entre :

R. _____, à [...], recourante,

et

ASSURANCE O. _____, à Zurich, intimée.

Art. 6 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. a) R. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), travaillait en tant que gérante à 50 % du Café [...], et était à ce titre assurée contre les accidents professionnels et non professionnels auprès d'Assurance O. _____ SA (ci-après : Assurance O. _____ ou l'intimée).

Le 30 novembre 2017, alors qu'elle se trouvait sur son lieu de travail, l'assurée a chuté sur son avant-bras droit. Victime d'une contusion, elle a été en incapacité de travail depuis le 6 décembre 2017 (cf. déclaration d'accident du 10 décembre 2017).

Les premiers soins ont été prodigués le 6 décembre 2017 au Service des urgences des A. _____. Selon le rapport de la Dre T. _____ du 9 janvier 2018, l'assurée avait consulté pour des douleurs au poignet droit consécutives à une chute avec réception sur ledit poignet en extension. La veille de la consultation, l'intéressée avait ressenti une vive douleur en utilisant la machine à café et n'arrivait pas à ouvrir la main ; elle souffrait depuis lors de douleurs pulsatiles avec irradiation vers les doigts et vers l'avant-bras et était très algique durant la consultation. La Dre T. _____ a posé le diagnostic d'entorse au poignet droit.

Assurance O. _____ a pris en charge les frais de guérison et payé les prestations d'indemnités journalières du 6 au 26 décembre 2017, puis du 14 février au 18 avril 2018.

b) La Dre D. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée, a attesté une nouvelle incapacité de travail depuis le 7 mai 2018 en raison de l'accident (cf. certificat médical du 11 mai 2018).

Dans un rapport du 19 juin 2018 à la Dre D. _____, le Dr J. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé le diagnostic de rupture transfixiante du

tendon sus-épineux de l'épaule droite, pour laquelle il avait proposé une réparation arthroscopique, planifiée le 28 août 2018. Dans une brève anamnèse, ce spécialiste a relevé que l'assurée était à l'AI à 50 % et travaillait à 50 %, qu'elle était connue pour une fibromyalgie et que, depuis une chute au mois de novembre, elle présentait des douleurs au niveau de son épaule droite.

Était joint au rapport du 19 juin 2018 un rapport d'arthro-IRM de l'épaule droite du 17 mai 2018, établi par le Dr [...], radiologue, concluant à une déchirure transfixiante incomplète du supra-épineux dans son tiers moyen, ainsi qu'à un peu d'atrophie musculaire du supra- et de l'infra-épineux. Ce spécialiste excluait en revanche une arthropathie acromio-claviculaire. Il précisait en outre que l'IRM montrait une discrète atrophie d'environ 20 % du supra-épineux et de l'infra-épineux, ainsi qu'une involution graisseuse Goutallier 1.

Dans son appréciation médicale du 20 juin 2018, le Dr M. _____ a indiqué que la lésion décelée sur l'IRM était surtout d'origine dégénérative, compte tenu de l'âge de la patiente, du mécanisme de l'accident et du fait qu'elle avait consulté sept mois après l'événement accidentel. Il a précisé qu'une rupture traumatique de la coiffe des rotateurs comme celle subie par l'assurée aurait provoqué, dans une première phase, des douleurs immédiates, ainsi qu'une perte de la force et l'aurait conduite à consulter sans délai un médecin avec prescription d'une incapacité de travail. Il a conseillé à Assurance O. _____ de demander un second avis avant la prise en charge de l'opération prévue en août 2018.

Assurance O. _____ a ainsi sollicité l'avis de son médecin-conseil, le Dr Q. _____, chirurgien orthopédique, qui a exposé ce qui suit dans son appréciation du 3 juillet 2017 [recte : 2018] :

« Discussion du cas :

L'assuré[e] a présenté une chute mécanique de sa hauteur sur l'avant-bras.

Une incapacité de travail a été reconnue dès le 6.12.2017.

L'assurée bénéficie d'une rente de l'AI à 50% pour une fibromyalgie. Elle travaille habituellement à 50 % comme cafetière. Elle décrit habituellement des douleurs en abduction et en flexion sur l'épaule droite.

La 1ère consultation pour l'épaule n'a été réalisée que 8 mois après la chute, qui d'ailleurs n'avait pas entraîné de traumatisme au niveau de l'épaule droite mais un traumatisme au niveau du poignet droit.

On tient l'absence de symptomatologie de rupture aigüe de la coiffe avec absence d'impotence fonctionnelle immédiate comme on peut le constater habituellement en cas de rupture aigue. Il s'agit plutôt de douleurs persistantes qui ont conduit à la réalisation de l'examen d'IRM et à la mise en évidence d'une rupture tendineuse.

Sur cet examen au vu de l'amyotrophie estimée à 20 % et de l'infiltration graisseuse de degré 1, on peut conclure que cette lésion tendineuse date d'une année au minimum soit avant la survenue de cet événement.

Au total le diagnostic de simple contusion d'épaule est retenu pour l'événement du 30.11.2017 et la rupture de la coiffe [des] rotateurs mise en évidence secondairement est de façon probable de type dégénératif et antérieure à celui-ci.

L'état antérieur dégénératif a été constaté de façon temporaire par cet événement. Trois mois plus tard, on peut considérer que cette contusion a cessé ses effets délétères et un *statu quo sine* est fixé le 01.03.2018.

En conclusion la relation de causalité est au mieux possible entre les troubles constatés au niveau de l'épaule droite à type de rupture tendineuse avec la chute survenue le 30.11.2017 ».

Une annotation manuscrite sur le rapport du Dr Q. _____ indiquait que le *statu quo sine* était reporté au 18 avril 2018.

Dans son rapport à Assurance O. _____ du 6 juillet 2018, la Dre D. _____ a indiqué que, le 7 mai 2018, la mobilisation de l'épaule droite était impossible, avec des douleurs à 10/10 ayant nécessité une infiltration en urgence et la prise de morphine. Elle a posé les diagnostics de déchirure transfixiante incomplète du sus-épineux et d'entorse au poignet droit compliquée d'une épicondylite droite, considérant que ces lésions étaient dues uniquement à l'accident. La Dre D. _____ a en outre remarqué que les plaintes initiales de la patiente suite à son accident se portaient sur le poignet droit, puis l'avant-droit et le coude et, à partir du printemps 2018, sur l'épaule droite avec des douleurs devenues intolérables le 7 mai 2018.

c) Par décision du 15 août 2018, Assurance O._____ a annoncé à l'assurée que les prestations d'assurance ne seraient plus servies à partir du 19 avril 2018. Elle a retenu, en se fondant sur les conclusions du Dr Q._____, que le *statu quo sine* était atteint le 18 avril 2018, de sorte que les lésions existantes n'étaient plus en relation de causalité avec l'accident du 30 novembre 2017. Elle a relevé que la première consultation concernant l'épaule n'avait été réalisée que huit mois après la chute, qui d'ailleurs n'avait pas entraîné de traumatisme au niveau de l'épaule droite, mais seulement au niveau du poignet droit. Selon Assurance O._____, la rupture de la coiffe des rotateurs mise en évidence secondairement était de façon probable de type dégénératif et antérieure à l'accident.

Le 3 septembre 2018, l'assurée, alors représentée par Me Karim Hichri, s'est opposée à cette décision. Complétant son opposition le 25 septembre 2018, elle a transmis le protocole opératoire du 28 août 2018 établi par le Dr J._____, qui confirmait selon elle que l'intervention était consécutive à l'accident du 30 novembre 2017. Selon l'assurée, le rapport d'arthro-IRM démontrait l'existence d'une déchirure transfixiante incomplète du tendon du supra-épineux au niveau de son tiers moyen et démontrait à satisfaction qu'il s'agissait des suites d'une lésion traumatique. Elle a également fait valoir qu'une chute sur l'avant-bras était de nature à entraîner des lésions à l'épaule, peu importe que les douleurs n'aient pas été ressenties au moment de la chute.

Le 16 octobre 2018, le conseil de l'assurée a transmis à Assurance O._____ un courrier du Dr J._____ du 10 octobre 2018. Répondant aux questions de Me Hichri, ce spécialiste a indiqué que l'intéressée avait présenté des douleurs à l'épaule droite suite à une chute le 30 novembre 2017 ; les investigations ayant montré une lésion transfixiante de son épaule droite et l'assurée ne présentant ni rétraction, ni atrophie, on pouvait considérer que la lésion était plutôt de type traumatique.

Dans un courriel à Assurance O. _____ du 23 novembre 2018, l'assurée a exposé le déroulement des faits. Elle a ainsi indiqué avoir trébuché, le 30 novembre 2017, et s'être « complètement étalée par terre sur tout le côté droit ». Elle a continué à travailler malgré les douleurs jusqu'à la fin de la semaine et avoir pris des médicaments. En reprenant le travail, son poignet lui faisait mal, surtout en préparant les cafés. Les douleurs s'intensifiant, elle s'est alors rendue en urgence à l'hôpital A. _____. Elle a expliqué n'avoir rien dit s'agissant de son épaule, car elle prenait tellement de médicaments qu'elle était « comme anesthésiée pour toutes les autres douleurs ». Les choses avaient commencé à se compliquer lorsqu'elle avait réduit ses traitements. L'assurée a en outre indiqué que sa chute avait aussi touché l'épaule, le biceps et l'os de sa clavicule qui était ressorti.

Le 13 novembre 2018, Assurance O. _____ a demandé des précisions aux A. _____ s'agissant du cas de l'assurée.

Ainsi, dans son rapport du 15 novembre 2018, la Dre W. _____ a indiqué que les premiers soins avaient été donnés le 6 décembre 2017, que le diagnostic posé était celui d'entorse au poignet droit. Sous la rubrique « Indication du patient », elle a rapporté ceci :

« Patiente consulte pour des douleurs sur son poignet droit : il y a une semaine, a chuté avec réception sur son poignet droit en extension. Hier en début d'après-midi en utilisant une machine à café, elle a ressenti une vive douleur, n'arrive pas à ouvrir la main. Douleur pulsatile avec irradiation vers les doigts et vers l'avant-bras non délimité. La patiente est très algique pendant toute la consultation ».

Le 11 décembre 2018, le Dr [...], des A. _____, a indiqué à Assurance O. _____ que la consultation de l'assurée du 13 décembre 2017 portait sur le contrôle de l'entorse au poignet droit, d'où il subsistait encore quelques douleurs ; quant à la consultation du 14 février 2018, elle concernait le contrôle du « poignet droit après deux mois + récurrence entorse il y a 2 jours ». Il était précisé que l'assurée avait fait un faux mouvement deux jours plus tôt qui avait déclenché les mêmes douleurs, sans perte de force mais avec tuméfaction.

Le 15 mars 2019, le conseil de l'assurée a transmis à Assurance O._____ un rapport de la Dre D._____ du 2 mars 2019, selon laquelle l'atteinte de l'épaule droite pouvait réellement être imputée à la chute du 30 novembre 2017, dans la mesure où, d'une part, les lésions de l'assurée étaient typiques d'une chute sur le membre supérieur tendu et, d'autre part, l'arthro-IRM montrait peu d'autres lésions que la déchirure en question. Selon cette praticienne, si l'assurée avait consulté en urgence le 6 décembre 2017 en raison d'une vive douleur au poignet droit, elle souffrait de douleurs de tout son membre supérieur depuis sa chute ; cependant, mise sous antalgiques puissants, elle n'avait pas réellement ressenti de douleurs au niveau de l'épaule droite, avant sa reprise du travail le 3 janvier 2018.

e) Par décision sur opposition du 21 août 2019, Assurance O._____, par son Service [...], a rejeté l'opposition de l'assurée et confirmé la décision du 15 août 2018.

B. Par acte du 18 septembre 2019, R._____ a recouru contre la décision sur opposition précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant implicitement à sa réforme, en ce sens que les prestations de l'assureur-accidents se prolongent au-delà du 18 avril 2018. Elle a invoqué que lors de l'événement du 30 novembre 2017, elle avait lourdement chuté en arrière depuis la hauteur d'un tabouret, se réceptionnant sur le bras et l'épaule droits. Elle avait alors immédiatement ressenti des douleurs au poignet et à l'épaule droits, mais le traitement médical s'était toutefois focalisé sur son poignet. Elle a indiqué que ce n'était que plus tard, en particulier à sa reprise du travail, qu'elle avait ressenti des douleurs extrêmes à l'épaule droite. Elle a en outre fait valoir ne pas avoir été examinée par le médecin-conseil d'Assurance O._____, ni par le Dr M._____, et a soutenu ne jamais avoir eu de problème ni de douleur aussi important au niveau de l'épaule droite - ni d'ailleurs avoir consulté de médecin - avant l'accident. La recourante a enfin relevé une incohérence dans les dates, en particulier la fixation d'un *statu quo sine* au 18 avril 2018, respectivement au 31 mars 2018 alors que l'appréciation

du médecin-conseil daterait du 3 juillet 2017 et qu'Assurance O._____ aurait cessé de verser les indemnités journalières dès le 18 avril 2018. Elle soutient enfin que l'intervention chirurgicale du 28 août 2018 est consécutive à l'accident.

Dans sa réponse du 29 janvier 2020, Assurance O._____ a conclu au rejet du recours, en renvoyant à l'argumentation développée à l'appui de la décision sur opposition litigieuse.

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 la prise en charge du cas par l'intimée au-delà du 18 avril 2018, singulièrement sur le point de savoir si l'atteinte à l'épaule droite de la recourante est en relation de causalité avec l'événement accidentel du 30 novembre 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.

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).

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_383/2018 du 10 décembre 2018 consid. 3.1). 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_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.1).

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).

4. Aux termes de l'art. 6 al. 2, let. a et f LAA, l'assurance-accidents alloue ses prestations en cas de fractures et de déchirures de tendons, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à la maladie. Lorsqu'une telle lésion est constatée à la suite d'un événement même banal, l'assurance-accidents est en principe tenue de prester ; la preuve que l'atteinte a été causée par un facteur extérieur extraordinaire, au sens de l'art. 4 LPGA, n'est pas nécessaire. L'assurance-accidents est toutefois libérée de son obligation de prester s'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la lésion est due à plus de 50 % à une atteinte malade ou dégénérative (ATF 146 V 51 consid. 8.6).

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).

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).

c) D'après la jurisprudence, le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances 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

permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

6. En présence de deux versions différentes et contradictoires d'un état de fait, la préférence doit être accordée en général à celle que l'assuré a donnée alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques (règle dite des « premières déclarations » ou déclarations de la première heure), les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le fruit de réflexions ultérieures (ATF 142 V 590 consid. 5.2 ; 121 V 45 consid. 2a ; TF 8C_238/2018 du 22 octobre 2018 consid. 6).

7. a) En l'espèce, Assurance O._____ a reconnu que l'événement du 30 novembre 2017 constituait un accident au sens de l'art. 4 LPGA, comme elle le relève expressément dans sa décision sur opposition (page 10). Ce point n'est d'ailleurs pas contesté par la recourante.

On rappellera en outre que l'intimée a accepté de prester des suites de cet événement, en prenant en charge les frais de guérison et allouant des indemnités journalières du 6 au 26 décembre 2017 et du 14 février au 18 avril 2018. Ce faisant, l'assurance intimée a admis un lien de causalité entre les douleurs au poignet droit et l'accident, ce qui n'est pas non plus remis en cause.

L'intimée a en revanche nié le droit de la recourante à des prestations au-delà du 18 avril 2018, en considérant que les troubles persistants après cette date, soit les troubles à l'épaule droite, n'étaient pas en relation de causalité avec l'accident du 30 novembre 2017.

b) L'intimée se base notamment sur l'appréciation de son médecin-conseil, le Dr Q._____, du 3 juillet 2018, que la recourante

remet en cause. On relèvera en premier lieu que contrairement à ce que soutient la recourante, cette appréciation ne comporte pas de contradictions manifestes, s'agissant notamment des dates. En effet, le fait que ce document soit daté du 3 juillet 2017 résulte manifestement d'une erreur de plume, l'appréciation du Dr Q._____ ayant incontestablement été rédigée le 3 juillet 2018. Ainsi, il apparaît parfaitement cohérent, contrairement à ce que tente de démontrer la recourante, que ce praticien ait considéré que le *statu quo sine* ait été atteint le 1^{er} mars 2018. Il ne peut pas non plus être reproché au Dr Q._____ d'avoir rendu son appréciation sans avoir ausculté la recourante en personne, dans la mesure où le médecin-conseil disposait de toutes les informations médicales pour se forger son opinion.

Dans son appréciation du 3 juillet 2018, le Dr Q._____ a retenu l'absence de symptomatologie de rupture aigue de la coiffe avec absence d'impotence fonctionnelle immédiate. En outre, ce spécialiste, rejoignant l'avis du Dr M._____, a retenu que la lésion tendineuse était préexistante à l'accident, à cause de l'amyotrophie estimée à 20 % et de l'infiltration graisseuse de degré 1 et n'a retenu qu'une contusion à l'épaule pour l'événement du 30 novembre 2017, laquelle était résorbée dans un délai de trois mois, correspondant à l'atteinte du *statu quo sine*. Ces conclusions doivent être suivies, pour les raisons exposées ci-après.

S'agissant plus particulièrement du rapport de causalité naturelle, il y a lieu de relever qu'après l'accident, l'assurée s'est uniquement plainte de douleurs au niveau du poignet droit et de l'avant-bras droit. En particulier, lors de son passage aux urgences des A._____, la recourante avait consulté pour des douleurs au poignet droit consécutives à une chute avec réception sur ledit poignet en extension ; le diagnostic d'entorse au poignet avait alors été posé (cf. rapport du 9 janvier 2018 de la Dre T._____ et rapport du 15 décembre 2018 de la Dre W._____). L'assurée a, par la suite, été vue en consultation aux A._____ à deux reprises, afin de procéder au contrôle de l'évolution de la situation concernant le poignet droit, sans aucune mention de douleurs à l'épaule (cf. rapport du Dr [...] du 11 décembre 2018). Ce n'est que le 7

mai 2018, soit six mois après l'événement accidentel, qu'il est fait état des premières plaintes de la recourante s'agissant de son épaule droite. S'il est exact que la Dre D._____, dans son rapport du 2 mars 2019, - dont on relève qu'il est postérieur à la décision litigieuse - a affirmé que sa patiente avait fait état, lors de sa consultation du 6 décembre 2017, de douleurs de tout son membre supérieur droit, il n'est fait état sur aucune pièce médicale de plaintes au niveau de l'épaule droite avant le 7 mai 2018.

Les explications de la recourante s'agissant du déroulement de l'événement du 30 novembre 2017 ont en outre varié avec le temps. En effet, dans la déclaration d'accident, il est indiqué que l'assurée avait chuté sur son avant-bras droit, ce qui est confirmé dans le rapport lié à la consultation aux urgences du 6 décembre 2017, lequel indique une chute avec réception sur le poignet en extension (cf. rapport du 9 janvier 2018). Ce n'est que par la suite, qui plus est postérieurement à la décision de refus du 15 août 2018, que la recourante a indiqué être tombée sur tout le côté droit et que sa chute avait aussi touché son épaule (cf. courrier à Assurance O._____ du 23 novembre 2018). A l'appui de son recours, l'intéressée a encore ajouté avoir lourdement chuté en arrière depuis la hauteur d'un tabouret et avoir alors violemment heurté, de tout le poids de son corps, l'avant-bras et l'épaule droite sur le sol et avoir immédiatement ressenti des douleurs au poignet et à l'épaule droits (cf. recours du 18 septembre 2019). En application de la jurisprudence citée *supra* sous consid. 6, il convient toutefois de se fier aux premières déclarations de l'assurée, soit le fait qu'elle a chuté sur son poignet.

Si, dans les premiers rapports médicaux, il n'est pas fait état de douleurs à l'épaule droite dans les suites de l'accident, la seconde incapacité de travail ayant débuté durant le mois de février 2018 n'est pas non plus liée aux troubles présents à l'épaule droite. Cela est notamment confirmé par les prescriptions de physiothérapies pour le mois de février 2018, qui concernent uniquement le poignet droit, ainsi que la consultation du 14 février 2018 aux A._____ qui était due au poignet.

Comme le relève le Dr Q._____, l'absence d'impotence fonctionnelle immédiate ne plaide pas en faveur d'une rupture aigüe de type traumatique. Cet avis est partagé par le Dr M._____, lequel précise, dans son rapport du 20 juin 2018, qu'une rupture traumatique de la coiffe des rotateurs aurait provoqué des douleurs immédiates ainsi qu'une perte de force qui aurait conduit la recourante à consulter sans délai un médecin avec la prescription d'une incapacité de travail. L'argument de la recourante selon lequel ses douleurs à l'épaule droite auraient été annihilées par la prise de puissants antalgiques ne permet pas d'arriver à une conclusion différente.

L'absence d'impotence fonctionnelle immédiatement après l'accident et le fait que la recourante ait pu travailler encore plusieurs jours après l'accident, puis reprendre le travail après une interruption du 6 au 27 décembre 2017 constitue un indice sérieux que les lésions à l'épaule droite ne sont pas dues à l'accident. Il en va de même du fait que la première consultation concernant l'épaule ait été réalisée plusieurs mois après la chute.

c) Les autres éléments médicaux figurant au dossier ne sont pas de nature à remettre en cause les conclusions du Dr Q._____. En effet, et contrairement à ce que soutient la recourante, le rapport d'arthro-IRM du 17 mai 2018 se contente de poser le diagnostic de déchirure transfixiante incomplète du supra-épineux dans son tiers moyen, sans toutefois se prononcer sur l'origine de la lésion. Le protocole opératoire rédigé par le Dr J._____ le 28 août 2018 ne permet pas non plus, à l'inverse de l'argumentation proposée par l'intéressée, d'établir un lien entre l'événement du 30 novembre 2017 et la lésion à l'épaule droite. Dans son rapport médical établi le 10 octobre 2018 à la demande du conseil de la recourante, le Dr J._____ affirme que la lésion serait « plutôt de type traumatique ». Ce constat, qui n'est par ailleurs pas péremptoire, doit être relativisé dans la mesure où ce praticien a également indiqué dans ledit rapport qu'il n'y avait pas d'atrophie alors que précisément une atrophie musculaire du supra et de l'infra épineux avait été constatée lors de l'arthro-IRM du 17 mai 2018, comme l'ont

relevé les Drs M._____ et Q._____. Ce rapport du Dr J._____ n'est ainsi pas de nature à mettre en doute les conclusions de médecins consultés. Il en va de même du rapport de la Dre D._____.

d) Vu ce qui précède, il convient d'admettre que les atteintes à la santé pour lesquelles la recourante a été opérée le 28 août 2018 ne sont pas d'origine accidentelles et qu'il n'appartient pas à l'intimée de prendre en charge cette intervention, ainsi que le traitement qui a suivi. Il ne lui appartient pas non plus d'allouer des indemnités journalières postérieurement au 18 avril 2018 pour l'incapacité de travail liée à l'atteinte à l'épaule droite.

e) La recourante ne peut en outre tirer aucun avantage en l'occurrence de l'art. 6 al. 2 LAA relatif aux lésions assimilées. Dans la mesure où l'existence d'un accident a été admise et où un *statu quo sine* a été établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, on doit également tenir pour établi que les lésions encore présentes sont dues essentiellement à l'usure ou à la maladie (ATF 146 V 51 consid. 9.2 *in fine*).

8. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition litigieuse 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 n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I. Le recours déposé le 18 septembre 2019 par R. _____ est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue le 21 août 2019 par Assurance O. _____ 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 :

- R. _____,
- Assurance O. _____,
- 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 :