

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 28 février 2023

---

Composition : Mme PASCHE, présidente  
M. Neu, juge, et Mme Manasseh-Zumbrunnen, assesseure  
Greffière : Mme Toth

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**K.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 61 let. c LPGA ; 6 al. 1 et 36 al. 1 LAA.**

**E n f a i t :**

**A. a)** K.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], droitère, était employée à temps partiel par [...] depuis le 10 décembre 2013 et travaillait sous contrat de mission temporaire comme aide-soignante pour le compte de l'EMS [...]. Elle était à ce titre 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).

**b)** Selon la déclaration de sinistre LAA complétée le 27 février 2020 par l'employeur, le 25 janvier 2020, au moment du repas, un patient très agité avait voulu se lever et avait pris le bras de l'assurée, puis était tombé en arrière en tirant sur le bras de celle-ci, qui avait senti à ce moment-là une douleur à l'épaule [droite]. Les premiers soins ont été donnés le 31 janvier 2020 par le médecin traitant de l'intéressée, le Dr E.\_\_\_\_\_, médecin praticien, lequel a attesté une incapacité de travail totale dès le 26 janvier 2020.

L'assurée a séjourné au Service des urgences du Centre L.\_\_\_\_\_ (ci-après : le L.\_\_\_\_\_) le 2 février 2020, en raison de lombosciatalgie droite non déficitaire depuis quatre semaines, en aggravation depuis dix jours. Il ressort du rapport rédigé le même jour que l'IRM [imagerie par résonance magnétique] faite par son médecin traitant montrait une hernie discale L5-S1 sans conflit radiculaire.

Aux termes d'un certificat du 24 février 2020, le Dr E.\_\_\_\_\_ a indiqué que la lésion de type SLAP 3 était en lien avec l'accident.

Par rapport du 12 mars 2020 à la CNA, le Dr E.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de [lésion de type] SLAP 3 et bursite associée. Il a joint à son envoi un rapport d'arthro-IRM de l'épaule droite du 4 février 2020, dont la conclusion était la suivante : « Arthro-IRM de l'épaule droite ne mettant pas en évidence d'arthrose évoluée. Par contre, présence d'une lésion

SLAP 3 et signes d'une tendinopathie calcifiante du sus-épineux, associée à une discrète bursite ».

La CNA a confirmé sa prise en charge du cas par courrier du 1<sup>er</sup> avril 2020.

Le 19 mai 2020, le médecin traitant de l'assurée lui a prescrit de la physiothérapie, ainsi qu'un gilet orthopédique.

Le 22 juin 2020, le Dr E. \_\_\_\_\_ a transmis à la CNA un rapport d'IRM lombo-sacrée du 17 décembre 2019, qui concluait à la présence d'une discopathie L5-S1 avec protrusion médiane, sans conflit radiculaire, et d'un œdème inflammatoire des plateaux vertébraux de L5-S1.

Le Dr E. \_\_\_\_\_ a prescrit de nouvelles séances de physiothérapie à sa patiente les 15 juin, 9 juillet, 31 août et 22 septembre 2020.

Le contrat de travail de l'assurée a été résilié par son employeur le 6 juillet 2020 avec effet au 7 août suivant.

L'assurée a consulté le Service d'orthopédie et traumatologie du L. \_\_\_\_\_ le 14 juillet 2020. Dans leur rapport du 16 juillet suivant au médecin traitant, le Prof. V. \_\_\_\_\_, médecin chef de service, et le Dr B. \_\_\_\_\_, chef de clinique adjoint, ont relevé ce qui suit :

**« Diagnostics - Antécédents - Interventions**

Tendinopathie du long chef du biceps de l'épaule D [droite]

**Anamnèse**

Il s'agit d'une patiente de [...] ans, en bonne santé habituelle, qui présente des douleurs au niveau de l'épaule D depuis quelques mois, d'apparition progressive, sans notion de traumatisme. La patiente décrit des douleurs au niveau de cette épaule sur la face postéro-externe en regard du moignon de l'épaule, avec une impotence fonctionnelle surtout au port de charges. La patiente décrit quelques douleurs nocturnes insomniantes au début de la symptomatologie, mais actuellement complètement disparues. La patiente a débuté un traitement de physiothérapie, qui a permis de soulager partiellement la symptomatologie.

**Status**

La patiente présente une bonne trophicité de la musculature de l'épaule, avec une antépulsion jusqu'à 140° avec un arc douloureux à partir de 100° jusqu'à 140°, une abduction douloureuse dès 90° jusqu'à 110° et une rotation externe à 60°, une rotation interne mesurée à L1. La coiffe est compétente avec un test de Jobe, lift off, Hornblower, Palm up indolores. Palpation de la gouttière bicipitale douloureuse avec un Yergason speed test positif. Douleurs également à la palpation en regard de l'épine scapulaire.

### **Examens complémentaires**

L'arthro IRM effectuée par vos soins ne montre pas de lésion de la coiffe des rotateurs à savoir de déchirure transfixiante, mais une tendinose sans signe de déchirure et un épaississement du tendon du long chef du biceps.

### **Conclusions, traitement et évolution**

La patiente est évaluée avec le Prof. V. \_\_\_\_\_, et nous ne retenons pas d'indication chirurgicale et prévoyons de poursuivre son traitement conservateur par de la physiothérapie. Nous ne manquerons pas de revoir la patiente d'ici 2 à 3 mois pour contrôle de l'évolution. Si lors de ce contrôle, la patiente présente toujours des douleurs, une infiltration articulaire gléno-humérale lui sera proposée. »

Le 21 juillet 2020, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

La CNA a soumis le dossier à sa médecin d'arrondissement, la Dre G. \_\_\_\_\_, médecin praticienne, notamment afin de savoir si les plaintes exprimées au dos et aux cervicales étaient imputables à l'évènement du 25 janvier 2020 au degré de la vraisemblance prépondérante. Le 7 août 2020, la Dre G. \_\_\_\_\_ a préconisé de mener une enquête, dans la mesure où la déclaration de sinistre LAA évoquait une douleur à l'épaule, et non au rachis, à la suite de l'évènement du 25 janvier 2020.

Le 11 septembre 2020, l'assurée s'est entretenue avec un collaborateur de la CNA. Il ressort du procès-verbal daté du même jour que, tant que son état de santé le permettrait, elle souhaitait travailler en tout cas jusqu'à l'âge de la retraite. Elle a en outre exposé que, le 25 janvier 2020 au matin, sur son lieu de travail, en douchant un patient sur un lit, elle avait glissé et était partie en avant. Son épaule droite avait heurté le mur en face. Sur le moment, elle n'avait pas senti de douleur importante et pouvait bouger son bras normalement, de sorte qu'elle avait

continué à travailler le reste de la journée. L'intéressée a ajouté que, le soir, en fournissant un effort avec les deux bras pour positionner un patient dans son lit, elle avait senti une douleur plus importante dans l'épaule droite ; de retour chez elle, les douleurs étaient restées importantes et elle avait eu le sentiment que son épaule était soudainement bloquée. Elle avait donc gardé son bras au corps pour limiter les douleurs et n'était pas allée travailler le lendemain. L'assurée a confirmé n'avoir subi aucune lésion au niveau du dos ce jour-là, ces troubles ne concernant pas un quelconque accident. Elle a également relevé que l'état de son épaule droite continuait de s'améliorer mais qu'elle ne pouvait toujours pas porter de charges lourdes ; la mobilité était quasi complète mais encore douloureuse suivant les mouvements. Le traitement de physiothérapie se poursuivait à raison de deux séances par semaine et elle devait appeler le spécialiste du L. \_\_\_\_\_ en octobre pour un nouveau contrôle. L'arrêt de travail à 100 % était en l'état prévu jusqu'à la fin du mois de septembre.

Le 27 octobre 2020, en réponse à la demande de la CNA, la Dre G. \_\_\_\_\_ a demandé l'actualisation des données médicales, notamment des rapports de consultation du Dr B. \_\_\_\_\_, qui devait revoir l'assurée en septembre ou octobre 2020.

Aux termes d'un rapport de consultation du 27 octobre 2020 transmis à la CNA le 5 novembre 2020, le Dr B. \_\_\_\_\_ a fait état de ce qui suit :

« **Motif de recours**

Tendinose du long chef du biceps D  
Epicondylite du coude D

**Anamnèse actuelle**

On revoit la patiente dans le cadre de son suivi avec une nette amélioration de sa mobilité de l'épaule. Ce jour, la patiente décrit des douleurs au niveau du bras sur le versant latérale du bras avec des sensations de manque de force. Pas de paresthésies au niveau de la main et des doigts. Pas de cervicalgies

**Status**

OA :  
Douleur exquise au niveau de l'épicondyle latérale du coude D  
Extension contre résistance au niveau du bras douloureuse  
Pas de paresthésies au niveau du membre supérieure D

Mobilité du coude et de l'épaule complète

**Pb/Diag 1**

Tendinose du long chef du biceps D

Epicondylite du coude D

**Synthèse et discussion**

27.10.2020:

Physiothérapie axée sur le coude

Prescription d'une attelle du poignet

Bonne évolution de l'épaule

PC [prochain contrôle] dans 3 mois

**Traitements habituels**

Néant »

Le 9 novembre 2020, la Dre G. \_\_\_\_\_ a estimé que, pour les seules suites de l'évènement du 25 janvier 2020, la capacité de travail devait être entière, en relevant que lors du dernier contrôle, l'assurée n'avait plus fait état de plainte au niveau de l'épaule et que la mobilité était complète. D'après elle, l'épicondylite du coude droit n'était pas en lien de causalité avec l'évènement incriminé.

Le 24 novembre 2020, après avoir pris connaissance du rapport d'arthro-IRM du 4 février 2020, la médecin d'arrondissement de la CNA a relevé ce qui suit : « Pour les seules suites de l'évènement du 25.01.2020, la capacité de travail est entière. L'évènement du 25.01.2020 n'a pas entraîné de lésion structurelle pouvant lui être imputée et les troubles au niveau de l'épaule D sont de nature dégénérative et préexistante à l'évènement ».

Par courrier électronique du 30 novembre 2020 à la CNA, le Dr E. \_\_\_\_\_ a indiqué que la situation était actuellement stationnaire. Sa patiente était suivie par le Service d'orthopédie et de traumatologie du L. \_\_\_\_\_, bénéficiait de séances de physiothérapie deux fois par semaine et continuait sa médication avec les AINS [anti-inflammatoire non stéroïdien].

Le 30 novembre 2020, la médecin d'arrondissement de la CNA a répondu par l'affirmative à la question de savoir si la santé de l'assurée au niveau de la région corporelle affectée par l'accident actuel était, au degré de la vraisemblance prépondérante, déjà altérée avant l'accident de

manière asymptomatique ou de manière manifeste. Elle a précisé que les troubles au niveau de l'épaule droite étaient de nature dégénérative et préexistante à l'évènement ; en effet, l'IRM mettait en évidence une lésion SLAP 3 ancienne et des signes d'une tendinopathie calcifiante du sus-épineux, associée à une discrète bursite. La Dre G.\_\_\_\_\_ a ajouté que l'évènement du 25 janvier 2020 n'avait pas entraîné de lésion structurelle pouvant lui être imputé au niveau de l'épaule ou du coude droits. Lors de la consultation du 27 octobre 2020, l'évènement du 25 janvier 2020 avait totalement cessé de déployer ses effets et les troubles qui persistaient étaient en lien de causalité avec des atteintes préexistantes et d'origine malade.

**c)** Par décision du 4 novembre [recte : décembre] 2020, la CNA a signifié à l'assurée qu'elle mettait fin aux prestations d'assurance perçues jusqu'ici (indemnité journalière et frais de traitement) à la date du 6 décembre 2020, au motif que les troubles persistants actuellement n'avaient plus aucun lien avec l'accident. Elle a précisé que, selon l'appréciation de sa médecin d'arrondissement, l'état de santé tel qu'il aurait été sans l'accident du 25 janvier 2020 pouvait être considéré comme atteint depuis le 6 décembre 2020 au plus tard.

L'assurée a formé opposition à l'encontre de cette décision le 8 décembre 2020.

Après avoir transmis à l'assurée l'appréciation établie le 30 novembre 2020 par sa médecin d'arrondissement, la CNA lui a demandé, par courrier du 22 janvier 2021, si elle maintenait son opposition, ce à quoi l'intéressée a répondu par l'affirmative le 28 janvier 2021.

Le 9 février 2021, la médecin d'arrondissement de la CNA a demandé d'actualiser le dossier sur le plan médical.

Par courrier électronique du 10 février 2021, le L.\_\_\_\_\_ a informé la CNA que l'assurée n'avait plus consulté leur service depuis le 27 octobre 2020 et qu'elle n'avait pas de rendez-vous prévu.

Sur demande de la CNA, la Dre G.\_\_\_\_\_ a rédigé une appréciation médicale le 12 février 2021, dont la teneur est notamment la suivante :

#### « **Appréciation**

Il s'agit d'une assurée de [...] ans dont les antécédents sont décrits ci-dessus et sur lesquels nous ne reviendrons pas.

Dans la déclaration de sinistre du 27.02.2020 il est mentionné que, au moment du repas, un patient très agité a voulu se lever et a pris le bras de l'assurée puis il est tombé en arrière en tirant sur le bras de celle-ci, elle aurait alors ressenti à ce moment-là une douleur à l'épaule. Le 12.03.2020, le médecin traitant mentionne que l'assurée a des douleurs de l'épaule D sur un probable traumatisme mais aucune précision concernant cet éventuel traumatisme. L'assurée consulte le 02.02.2020 les urgences du L.\_\_\_\_\_ pour des cervicalgies, des dorsalgies et des lombalgies mais aucune notion de douleurs à l'épaule.

Dans le protocole d'audition du 11.09.2020, l'assurée mentionne qu'en douchant un patient le 25.01.2020 au matin, elle a glissé et elle est partie en avant, c'est là que son épaule D aurait heurté le mur en face, sur le moment elle n'a pas senti de douleurs importantes et pouvait bouger son bras normalement. Elle a ainsi continué à travailler le reste de la journée. Ce serait le soir en faisant un effort avec les deux bras (normal pour elle) pour positionner un patient dans son lit, qu'elle aurait ressenti une douleur plus importante dans son épaule D. Elle ne sait pas quand elle a consulté pour la première fois le Dr E.\_\_\_\_\_ mais la première facture figurant au dossier est du 24.02.2020 sauf erreur de notre part.

L'assurée a été vue au L.\_\_\_\_\_ le 14.07.2020 par le Prof. V.\_\_\_\_\_ et le Dr B.\_\_\_\_\_ où il est mentionné des douleurs de l'épaule D d'apparition progressive sans notion de traumatisme. L'examen clinique ne met pas en évidence de déficit au niveau de la coiffe des rotateurs avec une coiffe des rotateurs qui est retenue comme compétente, tous les tests étant négatifs. Pour le Prof. V.\_\_\_\_\_, l'arthro-IRM effectuée ne montre pas de lésion de la coiffe des rotateurs à savoir qu'il n'y a pas de déchirure transfixiante mais une tendinose sans signe de déchirure et un épaissement du tendon du long chef du biceps.

L'événement du 25.01.2020 n'est pas très clair puisqu'il y a plusieurs versions différentes. Il y a dans le protocole d'audition du 11.09.2020 une notion de chute sans douleur puis une douleur qui serait apparue le soir alors qu'elle positionnait un patient. Dans la déclaration de sinistre, il est noté d'un patient agité qu'elle aurait retenu. Dans la consultation du Prof. V.\_\_\_\_\_ il est mentionné des douleurs de l'épaule D d'apparition progressive sans notion de traumatisme et l'assuré déclare le 11.09.2020 que son médecin a

retenu d'abord une atteinte malade et a modifié son appréciation suite à l'arthro-IRM ce qu'il note dans son rapport médical initial puisqu'il retient des douleurs de l'épaule D sur probable traumatisme. La notion de « probable » ici étant plutôt hypothétique et ne correspond à la notion de probable au sens médico-asséurologique.

Quoi qu'il en soit, l'arthro-IRM met en évidence des lésions de nature dégénérative préexistante à l'événement. Il n'y a aucune lésion structurelle pouvant être imputée à l'événement du 25.01.2020.

Nous avons retenu dès lors, dans notre appréciation du 30.11.2020, que l'assurée présentait des troubles préexistants au niveau de son épaule D et qu'aucune lésion structurelle ne pouvait être imputée à l'événement du 25.01.2020. Nous retenons également que les troubles au niveau du coude D n'étaient pas en lien avec l'événement du 25.01.2020 comme les troubles au niveau du dos.

Lors de la consultation du 27.10.2020, nous avons retenu que l'événement du 25.01.2020 avait totalement cessé de déployer ses effets et que les troubles qui persistaient étaient en lien de causalité avec des atteintes préexistantes et d'origine malade. Une décision de suppression des prestations d'assurance en date du 06.12.2020 a été notifiée à l'assurée. L'assurée fait opposition à cette décision dans son courrier du 08.12.2020 mentionnant qu'en raison de la situation actuelle liée à la pandémie du nouveau Coronavirus, tout est paralysé dont la gestion des traitements des courriers de la Poste, raison pour laquelle elle n'aurait reçu le courrier qu'en date du 11.12.2020 alors qu'elle écrit le 08.12.2020. L'assurée fait opposition mentionnant que sa situation actuelle ne lui permet toujours pas d'envisager de reprendre une activité professionnelle. Il est mentionné que dans les plus brefs délais, son médecin traitant prendra contact avec la Suva afin de rétablir cette situation.

A ce jour, nous n'avons pas reçu de rapport médical de la part du Dr E. \_\_\_\_\_ qui puisse modifier notre appréciation du 30.11.2020 dont les conclusions sont toujours valables et qui par ailleurs sont confirmées par l'appréciation du Prof V. \_\_\_\_\_ et du Dr B. \_\_\_\_\_ qui ne retiennent aucune lésion traumatique au niveau de cette épaule D avec absence d'indication opératoire et présence de lésions d'origine malade préexistantes à l'événement du 25.01.2020. Lors de la consultation du 27.10.2020, il n'est plus question de douleurs de l'épaule mais il est mentionné des douleurs du coude D qui sont sans lien avec l'événement qui nous occupe.

L'assurée s'oppose à la décision au motif que sa situation actuelle ne lui permet toujours pas d'envisager une reprise de son activité professionnelle, sans en expliquer les raisons.

En l'absence d'élément médical nouveau, nous ne pouvons que maintenir les conclusions de nos différentes appréciations et surtout de notre appréciation du 30.11.2020 qui restent toujours valables. »

Par décision sur opposition du 16 février 2021, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assurée.

**B.** Par acte du 17 mars 2021, K.\_\_\_\_\_, désormais représentée par Me Jean-Michel Duc, a recouru contre la décision sur opposition précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à sa réforme en ce sens que l'intimée est condamnée à lui allouer les prestations de l'assurance-accidents postérieurement au 6 décembre 2020, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimée pour complément d'instruction et nouvelle décision. La recourante a également requis le bénéfice de l'assistance judiciaire.

Par décision du 25 mai 2021, la Juge instructrice a accordé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 17 mars 2021, soit l'exonération d'avances et des frais judiciaires et l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Jean-Michel Duc.

Le 6 septembre 2021, la recourante, sous la plume de son conseil, a confirmé ses conclusions. En substance, elle a déploré que la Dre G.\_\_\_\_\_, qui avait rédigé l'appréciation médicale sur laquelle l'intimée s'était fondée pour nier le droit aux prestations au-delà du 6 décembre 2020, soit médecin généraliste, ne pratique pas et qu'elle ne l'ait pas examinée une seule fois, son avis reposant dès lors uniquement sur une appréciation médicale des pièces, sans observation clinique. Elle a mis en avant le caractère sommaire de l'appréciation du 30 novembre 2020, laquelle serait en contradiction avec l'arthrographie par IRM de l'épaule droite réalisée le 16 avril 2021. Selon celle-ci, le Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, ne faisait pas état d'arthrose appréciable ni de corps étranger intra-articulaire, mais estimait qu'il existait une probable déchirure partielle, dans un plan coronal, sous-scapulaire, si bien qu'elle jugeait infondé d'affirmer que les troubles au niveau de l'épaule seraient dégénératifs. La recourante a soutenu que l'appréciation de la médecin d'arrondissement était également remise en cause par celle du Dr E.\_\_\_\_\_, qui était d'avis que les troubles qui subsistaient à ce jour étaient toujours en relation de causalité avec l'accident, de même que le traitement actuellement nécessaire. Enfin, elle a invoqué que l'appréciation de la Dre G.\_\_\_\_\_ différait sensiblement de celle du Dr

Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui soutenait qu'elle souffrait d'une déchirure sous-scapulaire et qu'il faudrait l'opérer. Elle a ensuite remis en cause l'appréciation de la Dre G.\_\_\_\_\_, du 12 février 2021, au motif qu'elle présentait toujours des douleurs au niveau de son épaule droite, comme cela ressortait des avis des Drs Z.\_\_\_\_\_ et E.\_\_\_\_\_. Elle estimait ainsi qu'il était erroné de prétendre que ses douleurs s'intéressaient uniquement à son coude droit, respectivement qu'elle ne présentait aucune déchirure mais uniquement des atteintes d'origine dégénérative, puisqu'elle présentait une déchirure du sous-scapulaire, non décelée par le Prof. V.\_\_\_\_\_ et le Dr B.\_\_\_\_\_, « de toute évidence d'origine traumatique ». Pour étayer ses dires, la recourante a produit les pièces suivantes :

- un rapport d'arthrographie par IRM de l'épaule droite du 16 avril 2021, dont la teneur est la suivante :

« **Description**

Lors de l'injection de contraste, pas d'évidence de brèche de la coiffe des rotateurs. Capacité de l'épaule normale à environ 12 ml.

Pas d'évidence de passage de contraste dans la bourse sous-acromio-deltoidienne ni de liquide dans celle-ci en quantité anormale. Aspect hyperintense en T1 après gadolinium du bord inférieur du tendon du sus-épineux qui pourrait indiquer une certaine prise de contraste par celui-ci mais sans signe de déchirure en T2. Pas de rupture du sus-épineux ni du sous-épineux. Pas d'atrophie musculaire. Légère arthrose acromio-claviculaire. Quelques petites géodes postérieures du pôle supérieur du rochiter sur conflit sous-acromial modéré. Sur les coupes axiales, pas de lésion significative du bourrelet postérieur. Le bourrelet antérieur présente un aspect désinséré antérieurement et supérieurement à l'insertion du long chef du biceps qui paraît cependant en grande partie préservée. Pas d'arthrose appréciable ni de corps étranger intra-articulaire. Le sous-scapulaire présente une pénétration de contraste dans sa partie moyenne supérieure, avec une subluxation médiane de la partie supérieure de la gouttière bicipitale suggérant une déchirure partielle dans un plan coronal du sous-scapulaire. Aspect normal du petit rond.

**Conclusion**

Possible tendinopathie inférieure modérée du sus-épineux. Discision longitudinale de la partie supérieure du tendon du sous-scapulaire avec subluxation médiane du long chef du biceps. Probable insertion antéro-supérieur du labrum adjacent à l'insertion du long chef du biceps sur la cavité glénoïde. »

- un rapport du 29 mai 2021 à son conseil, par lequel le Dr E. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de SLAP 3 et signe d'une tendinopathie calcifiante du sus-épineux associée à une discrète bursite, de discision longitudinale de la partie supérieure du tendon sous-scapulaire avec subluxation du long chef du biceps et de probable insertion antéro-supérieur du labrum adjacent à l'insertion du long chef du biceps. Il a confirmé que les troubles subsistants étaient toujours en relation de causalité avec l'accident survenu le 25 janvier 2020, précisant que la patiente ne présentait avant celui-ci aucune douleur ni aucun trouble mécanique au niveau de son épaule. Selon lui, la symptomatologie douloureuse s'était partiellement amendée grâce à la physiothérapie mais des douleurs résiduelles persistaient, nécessitant un traitement médical ; de plus, le pronostic était réservé, l'avis d'un spécialiste lui paraissant particulièrement indiqué ;

- un rapport du 25 juin 2021 au médecin traitant, dans lequel le Dr Z. \_\_\_\_\_ a indiqué avoir vu la recourante le 22 juin précédent et que celle-ci avait, le 25 janvier 2020, perdu l'équilibre et s'était retenue en faisant un grand mouvement avec le bras droit. Il a noté que l'intéressée avait encore mal, surtout la nuit, et qu'elle avait arrêté la physiothérapie, qui la soulageait, depuis que la CNA avait mis fin aux prestations. Il a en particulier observé que la rotation externe coude au corps était légèrement augmentée, ce qui signait une déchirure du sous-scapulaire, confirmée par une « faiblesse ++ au Belly-press résisté ». Le médecin précité était d'avis que la première arthro-IRM « montr[ait] la même chose » que celle réalisée en avril 2021. Il a encore relevé qu'en théorie, il faudrait opérer, mais qu'il n'était pas persuadé que la patiente pourrait faire une rééducation adéquate de six à douze mois et qu'elle ne pourrait probablement pas reprendre son travail. Il a préconisé la reprise de la physiothérapie.

Par réponse du 4 octobre 2021, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle s'est prévaluée dans ce cadre d'une nouvelle appréciation médicale de la Dre G. \_\_\_\_\_ du 16 septembre 2021, dans laquelle celle-ci

a relevé que le Dr E.\_\_\_\_\_ ne se prononçait pas sur l'origine traumatique des atteintes ; le fait que l'assurée ne présentait pas de douleur avant l'évènement du 25 janvier 2020 ne permettait en effet pas de prouver l'existence d'une atteinte traumatique, cet évènement ayant révélé des atteintes préexistantes. La Dre G.\_\_\_\_\_ s'est étonnée qu'il ne soit pas discuté que la patiente présentait une tendinopathie calcifiante du sus-épineux associée à une discrète bursite, qui n'étaient pas des atteintes traumatiques mais des atteintes dégénératives préexistantes. D'après elle, la discision longitudinale et la partie supérieure du tendon du sous-scapulaire avec subluxation du long chef du biceps consistaient en des lésions dégénératives préexistantes, et non une rupture transfixiante liée au traumatisme et à la chute du 25 janvier 2020. Le médecin d'arrondissement estimait que les éventuelles lésions présentes au niveau de la coiffe des rotateurs étaient d'allure dégénérative, compte tenu de la littérature et du fait du déroulement de l'accident. De même, les IRM évoquaient, avec une forte présomption, une usure et une maladie. Dès lors, selon la Dre G.\_\_\_\_\_, les rapports des Drs E.\_\_\_\_\_ et Z.\_\_\_\_\_ ne modifiaient en rien son appréciation du 12 février 2021. Par ailleurs, la médecin d'arrondissement a expliqué que, contrairement à l'avis du Dr Z.\_\_\_\_\_, ni le radiologue, ni le Prof. V.\_\_\_\_\_, ni le Dr B.\_\_\_\_\_ n'avaient retenu la présence d'une discision sur le tendon du sous-scapulaire sur la première arthro-IRM, car il n'y en avait pas ; cette lésion entrait par ailleurs dans la catégorie des lésions de type dégénérative, comme la tendinopathie ou la subluxation du long chef du biceps. Les altérations dégénératives avaient selon la médecin d'arrondissement été révélées par l'évènement incriminé, mais ce dernier n'avait pas entraîné de lésion structurelle pouvant lui être imputée ; le processus d'usure avait toutefois continué à se produire et avait causé cette altération visible sur l'arthro-IRM d'avril 2021, plus de quatorze mois après la chute.

Par réplique du 1<sup>er</sup> novembre 2021, la recourante a en particulier allégué que l'appréciation de la Dre G.\_\_\_\_\_ du 16 septembre 2021, dénuée d'observation clinique, ne permettait pas de lever les doutes sérieux sur la cause de ses atteintes à la santé. Elle a de plus fait valoir que la médecin d'arrondissement s'était référée à « la littérature » dans

cette appréciation, sans citer la moindre source, ce qui démontrait le caractère peu scientifique du rapport en question. A l'appui de son écriture, elle a produit diverses pièces.

L'intimée a maintenu sa position par écriture du 19 novembre 2021. Elle a produit une contribution médicale sur laquelle la Dre G.\_\_\_\_\_ a fondé son appréciation du 16 septembre 2019.

Par déterminations du 14 février 2022, la recourante s'est référée à un rapport établi le 20 janvier 2022 par le Dr E.\_\_\_\_\_, lequel décrédibiliserait l'avis de la médecin d'arrondissement. D'après elle, les avis convergents des Drs Z.\_\_\_\_\_ et E.\_\_\_\_\_, qui reposaient sur des observations cliniques, jetaient un doute sérieux sur l'avis de la Dre G.\_\_\_\_\_, de sorte qu'il n'était pas possible, au degré de la vraisemblance prépondérante, de déterminer si l'atteinte à la santé était encore imputable à l'accident ou non. A ses yeux, ces avis justifiaient un complément d'instruction sous la forme d'une expertise médicale. Avec son écriture, la recourante a produit le rapport du 20 janvier 2022, par lequel le Dr E.\_\_\_\_\_ a rappelé qu'ensuite du bilan radiographique effectué, une lésion de type traumatique avait été mise en évidence. Selon lui, une lésion de type SLAP survenait dans la majorité des cas à la suite d'un mécanisme de traction ou de compression et les forces en compression survenaient surtout à la suite d'une chute sur le bras tendu avec une légère flexion et abduction de l'épaule ou par choc direct sur l'épaule. Le médecin traitant a indiqué que sa patiente avait présenté une chute durant laquelle son épaule avait subi une importante traction, mécanisme à même d'expliquer ses douleurs. En outre, il a relevé que l'IRM de février 2020 mentionnait la présence d'une lésion de type SLAP 3, laquelle pouvait parfois « diminuer » avec de la physiothérapie, raison pour laquelle elle n'apparaissait probablement plus sur les IRM suivantes.

Par écriture du 4 mars 2022, l'intimée a maintenu que l'analyse de la situation établie par sa médecin d'arrondissement était suffisamment claire et probante, de sorte qu'il n'y avait pas lieu d'ordonner une expertise médicale.

**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 à la prise en charge par l'intimée du traitement médical et à des indemnités journalières pour la période postérieure au 6 décembre 2020, en lien avec l'évènement du 25 janvier 2020.

**3.**           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.

                  Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose, entre l'évènement 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 évènement 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).

**b)** 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 ; 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 d'un 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. 3.2).

**4. 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 LPG), 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 et la référence citée ; TF 8C\_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2 ; TFA U 216/04 du 21 juillet 2005 consid. 5.2).

**5.** En l'occurrence, il n'est pas contesté que l'évènement du 25 janvier 2020 est constitutif d'un accident. Est litigieuse la question du lien de causalité entre l'accident et les troubles de la recourante et, ainsi, la prise en charge par l'intimée des suites de cet accident, en particulier au-delà du 6 décembre 2020. Se fondant sur l'avis de sa médecin d'arrondissement, l'intimée estime que les troubles persistants n'ont plus aucun lien avec l'accident, ce que la recourante conteste.

**a)** Dans un premier moyen de nature formelle, la recourante fait valoir que l'appréciation de la Dre G.\_\_\_\_\_ serait sujette à caution puisque cette dernière est médecin-conseil de l'intimée, qu'elle n'est pas spécialiste en chirurgie orthopédique et qu'elle ne l'a pas examinée, son

avis reposant uniquement sur une appréciation médicale des pièces, sans observation clinique.

Or, le fait qu'un médecin soit lié à l'assureur par un contrat de travail ou de mandat ne constitue pas un motif suffisant pour conclure au manque d'objectivité et à la partialité de ce médecin (cf. consid. 4b *supra*). L'intéressée n'apporte par ailleurs aucun autre élément permettant de faire naître un doute quant à l'impartialité ou l'indépendance de la médecin d'arrondissement. Au demeurant, les médecins d'arrondissement ainsi que les spécialistes du centre de compétence de la médecine des assurances de la CNA sont considérés, par leur fonction et leur position professionnelle, comme étant des spécialistes en matière de traumatologie, indépendamment de leur spécialisation médicale (TF 8C\_108/2020 du 22 décembre 2020 consid. 4.4.2 ; 8C\_59/2020 du 14 avril 2020 consid. 5.2 ; 8C\_316/2019 consid. 5.4 du 24 octobre 2019 et les arrêts cités). En outre, on constate que les appréciations médicales de la Dre G.\_\_\_\_\_ se basent sur un dossier complet, celle-ci ayant d'ailleurs régulièrement demandé une actualisation des données médicales, afin de pouvoir se positionner. En conséquence, le fait que cette médecin n'ait pas examiné personnellement la recourante n'est pas de nature à affaiblir la valeur probante de ses conclusions.

Le grief de la recourante relevant l'absence de compétence et de légitimité de la médecin d'arrondissement de la CNA doit ainsi être écarté.

**b)** La recourante fait en outre valoir que, selon l'arthro-IRM réalisée le 16 avril 2021, elle souffre d'une déchirure du sous-scapulaire « de toute évidence d'origine traumatique », non décelée par le Prof. V.\_\_\_\_\_ et par le Dr B.\_\_\_\_\_. Selon elle, cette IRM, ainsi que les rapports de son médecin traitant établis les 29 mai 2021 et 20 janvier 2022 et celui établi le 25 juin 2021 par le Dr Z.\_\_\_\_\_ mettent en doute les conclusions de la Dre G.\_\_\_\_\_.

**aa)** En l'occurrence, dans son appréciation du 30 novembre 2020, complétée le 12 février 2021, la Dre G. \_\_\_\_\_ a estimé que, lors de la consultation du 27 octobre 2020, l'évènement du 25 janvier 2020 avait totalement cessé de déployer ses effets et que les troubles qui persistaient étaient en lien de causalité avec des atteintes préexistantes et d'origine malade. Les troubles présents au dos et au coude droit n'étaient pas en lien de causalité avec l'évènement précité et l'assurée présentait des troubles préexistants au niveau de l'épaule droite, aucune lésion structurelle ne pouvant être imputée à l'accident au vu de l'arthro-IRM réalisée le 4 février 2020.

La médecin d'arrondissement de la CNA a complété son appréciation dans un rapport du 16 septembre 2021. Se référant à la grille d'évaluation après traumatisme de l'épaule de l'Association Suisse d'Assurances, elle a exposé qu'on était en présence d'une lésion traumatique avec forte suspicion lorsque le mécanisme comprenait une luxation d'épaule, une charge excentrique massive soudaine ou un tiraillement sur le bras avec une coiffe des rotateurs en contraction musculaire et rotation passive simultanée (chute vers l'avant d'une hauteur en nettoyant une fenêtre et en se tenant avec la main, chute dans un escalier avec la main sur la rampe, passager debout se tenant avec la main tendue vers le haut et essayant de compenser une décélération ou une accélération brutale du véhicule). On était en revanche en présence d'une lésion dégénérative avec forte suspicion lors d'une contusion directe de l'épaule, d'une tension musculaire concentrique coordonnée et contrôlée ou d'une chute sur la main tendue ou sur le coude en flexion notamment. La Dre G. \_\_\_\_\_ a indiqué qu'aux dires de l'assurée dans le protocole d'audition du 11 septembre 2020, celle-ci avait chuté vers l'avant et tapé son épaule contre le mur en face ; sur le moment, elle n'avait pas senti de douleur importante et elle pouvait bouger son bras normalement, de sorte qu'il y avait de fortes présomptions que les éventuelles lésions présentes au niveau de la coiffe des rotateurs soient d'allure dégénérative.

Se référant toujours à la grille d'évaluation susmentionnée, la médecin d'arrondissement a encore expliqué que l'un des autres critères entraînant une forte présomption pour un traumatisme ou une usure/une maladie dépendait de l'IRM. S'agissant des atteintes traumatiques, il convenait de rechercher des indices d'une luxation de l'épaule, d'une lésion associée comme des contusions osseuses ou des déchirures des ligaments capsulaires, des déchirures intratendineuses avec déhiscence et supérieures à deux centimètres de distance du tubercule, des déformations du lit des fibres du tendon ou des œdèmes à la jonction tendino-musculaire. D'après la Dre G.\_\_\_\_\_, aucune de ces lésions n'était visible sur l'IRM du 4 février 2020. Les indices de forte présomption pour une usure ou une maladie étaient quant à eux l'absence de contusion osseuse et de lésion des ligaments capsulaires, la présence de lésions dégénératives de la coiffe des rotateurs et du complexe labrum biceps (biceps bourrelet), de lésion du cartilage y compris au niveau de l'articulation acromio-claviculaire et position haute de la coiffe humérale avec une distance acromio-humérale inférieure à sept millimètres, et également un conflit sous-acromial. La médecin d'arrondissement a relevé que l'arthro-IRM du 4 février 2020 révélait la présence d'une lésion de type SLAP 3 évocatrice d'une atteinte dégénérative, une altération du signal de l'insertion à la face bursale du tendon sus-épineux associée à une structure oblongue de trois millimètres en hyposignal sur toutes les séquences faisant suspecter la présence d'une tendinopathie calcifiante et un tendon du sous-scapulaire décrit comme normal. Elle a également noté, sur le plan osseux, une minime ébauche ostéophytique de la tête humérale avec également un remaniement hypertrophique débutant de l'articulation acromio-claviculaire avec un léger œdème de la capsule. Tous ces éléments évoquaient donc à son sens, avec une forte présomption, une usure ou une maladie.

Au terme de son rapport du 16 septembre 2021, la médecin d'arrondissement a répété que les altérations dégénératives présentées par la recourante avaient uniquement été révélées par l'évènement incriminé.

L'appréciation de la médecin d'arrondissement est convaincante. Elle est corroborée par l'avis du Prof. V. \_\_\_\_\_ et du Dr B. \_\_\_\_\_, qui ont retenu, dans leur rapport du 16 juillet 2020, que l'arthro-IRM du 4 février 2020 ne montrait pas de lésion de la coiffe des rotateurs, à savoir de déchirure transfixiante, mais une tendinose sans signe de déchirure et un épaissement du tendon du long chef du biceps. Or, le terme de tendinose est réservé aux lésions dégénératives du corps du tendon (cf. Pierre-Etienne Fournier Georges Rappoport, Tendinopathies : physiopathologie et options thérapeutiques conservatrices, *in* : Revue médicale suisse - médecine du sport). De même, dans son rapport du 27 octobre 2020, le Dr B. \_\_\_\_\_ a fait état d'une nette amélioration de la mobilité de l'épaule, seuls les diagnostics de tendinose du long chef du biceps droit et d'épicondylite du coude droit ayant été retenus. Il ne préconisait plus de physiothérapie pour l'épaule, mais de la physiothérapie axée sur le coude et le port d'une attelle au poignet. Ce rapport valide également l'appréciation de la médecin d'arrondissement selon laquelle les troubles persistants, à partir de cette consultation, n'étaient plus en lien avec l'évènement du 25 janvier 2020, mais uniquement avec les atteintes d'origine dégénérative (tendinopathie) décelées en février 2020.

Du reste, les pièces produites par la recourante dans le cadre de la procédure de recours ne sont pas de nature à remettre sérieusement en cause dite appréciation, pour les motifs exposés ci-après.

**bb)** Le Dr E. \_\_\_\_\_ soutient que les troubles subsistants sont d'origine accidentelle. Son argumentation ressortant du rapport du 29 mai 2021 repose toutefois sur l'absence de douleurs et de trouble mécanique de l'épaule droite avant l'accident et sur la persistance des douleurs. Or, la survenance et la persistance des douleurs après un accident ne permet pas, sous réserve d'autres indices concordants, de tirer de conclusions sur l'origine accidentelle des troubles persistants. Il s'agit d'un raisonnement de type « *post hoc ergo propter hoc* » dont la jurisprudence a souligné, de longue date, qu'il ne permettait pas à lui seul de tirer de conclusions sur l'origine accidentelle d'une telle atteinte à la santé (cf. consid. 3b *supra*).

Dans son rapport du 20 janvier 2022, le médecin traitant soutient qu'ensuite du bilan radiographique effectué en février 2020, une lésion de type traumatique avait été mise en évidence, à savoir une lésion de type SLAP 3, qui survenait dans la majorité des cas à la suite d'un mécanisme de traction ou de compression ; d'après lui, sa patiente avait présenté une chute durant laquelle son épaule avait subi une importante traction, mécanisme à même d'expliquer ses douleurs. Cet avis ne suffit pas à faire naître des doutes, même faibles, quant à l'appréciation de la médecin d'arrondissement. Celle-ci a bel et bien retenu la présence d'une lésion de type SLAP 3 révélée par l'arthro-IRM du 4 février 2020 et a longuement expliqué son origine dégénérative. Ainsi, contrairement à ce que note le Dr E. \_\_\_\_\_ dans son rapport qui ne comporte au demeurant pas de véritable motivation, la présence d'une telle lésion ensuite d'un accident ne permet pas d'établir son origine traumatique. Comme l'a expliqué la médecin d'arrondissement de manière convaincante, nous sommes en présence d'une atteinte dégénérative, qui a été aggravée par l'accident et qui doit dès lors être prise en charge par l'assureur-accidents aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli (cf. consid. 3b *supra*). Or, les médecins spécialistes du L. \_\_\_\_\_ n'ont plus retenu le diagnostic de lésion de type SLAP 3 en juillet, ni en octobre 2020, mais uniquement celui de tendinopathie, et ont fait état d'une nette amélioration de la mobilité de l'épaule droite. Comme l'explique le médecin traitant lui-même dans son rapport du 20 janvier 2022, une lésion de type SLAP 3 peut « diminuer » grâce à la physiothérapie, raison pour laquelle elle n'était plus visible sur l'IRM suivante. Cette constatation corrobore l'appréciation de la Dre G. \_\_\_\_\_, qui retient que le *statu quo sine* a été rétabli dès la date de la consultation du 27 octobre 2020.

**cc)** Le rapport établi le 25 juin 2021 par le Dr Z. \_\_\_\_\_ ne convainc pas et n'est donc pas non plus propre à mettre en doute l'appréciation de la Dre G. \_\_\_\_\_. On relèvera tout d'abord que le descriptif de l'accident rapporté par ce médecin, à savoir que l'assurée a perdu l'équilibre et s'est retenue en faisant un grand mouvement avec le bras droit, ne correspond à aucun des descriptifs ressortant du dossier. Il

est vrai que la description de l'accident du 25 janvier 2020 a varié au fil du temps, puisque la déclaration de sinistre LAA complétée par l'employeur indique qu'au moment du repas, un patient très agité avait voulu se lever et avait pris le bras de l'intéressée, puis était tombé en arrière en tirant sur le bras de celle-ci, laquelle avait senti une douleur à ce moment-là. Puis, lorsque la recourante s'est rendue au L. \_\_\_\_\_, elle n'a, d'après le rapport du 16 juillet 2020 du Prof. V. \_\_\_\_\_ et du Dr B. \_\_\_\_\_, pas fait état d'un traumatisme, mais de douleurs d'apparition progressive. Enfin, le 11 septembre 2020, lors de son entretien avec un collaborateur de la CNA, l'assurée a déclaré qu'en douchant un patient, le matin, elle avait glissé et était partie en avant, son épaule droite ayant heurté le mur en face ; elle n'avait pas ressenti de douleur sur le moment et avait continué à travailler et ce n'était que le soir, en positionnant un patient dans son lit, qu'elle avait senti une douleur plus importante à l'épaule droite. Le Dr Z. \_\_\_\_\_ retient toutefois une version des faits qui diffère très nettement des deux descriptifs ci-dessus et n'est donc pas plausible.

A cela s'ajoute que, selon le médecin précité, la première IRM montrerait la même chose que celle réalisée au mois d'avril 2021. Or, l'arthro-IRM du 4 février 2020 révélait la présence d'une lésion de type SLAP 3 et de signes d'une tendinopathie calcifiante du sus-épineux, associée à une discrète bursite. Quant à celle effectuée le 16 avril 2021, elle retenait qu'il n'existait pas de lésion significative du bourrelet postérieur, le bourrelet antérieur présentant un aspect désinséré antérieurement et supérieurement à l'insertion du long chef du biceps qui paraissait cependant en grande partie préservée. Elle concluait à une possible tendinopathie inférieure modérée du sus-épineux, une discision longitudinale de la partie supérieure du tendon sous-scapulaire avec subluxation médiane du long chef du biceps et une probable insertion antéro-supérieur du labrum adjacent à l'insertion du long chef du biceps sur la cavité glénoïde.

Du reste, comme nous le verrons ci-après, la déchirure du sous-scapulaire observée par le Dr Z. \_\_\_\_\_ et l'indication à une

opération ne permettent pas d'établir un éventuel lien de causalité avec l'accident du 25 janvier 2020.

**dd)** L'arthro-IRM réalisée le 16 avril 2021 révèle en particulier une discision longitudinale de la partie supérieur du tendon du sous-scapulaire. L'allégation de la recourante selon laquelle cette atteinte n'aurait pas été décelée par le Prof. V.\_\_\_\_\_ et le Dr B.\_\_\_\_\_ et qu'elle était « de toute évidence d'origine traumatique » ne saurait être suivie. En effet, à l'instar de ce que retient la Dre G.\_\_\_\_\_ dans son appréciation du 16 septembre 2021, ni le Prof. V.\_\_\_\_\_, ni le Dr B.\_\_\_\_\_, ni le radiologue ayant réalisé l'IRM du 4 février 2020 n'ont constaté la présence d'une telle discision, de sorte qu'elle n'existait vraisemblablement pas lors de leur consultation. La médecin d'arrondissement explique d'ailleurs qu'une telle atteinte entre dans le cadre des lésions de type dégénérative comme la tendinopathie ou la subluxation du long chef du biceps. Ainsi, cette lésion, apparue près de quinze mois après l'évènement incriminé, ne peut, selon toute vraisemblance, avoir été causée par la chute du 25 janvier 2020, peu importe la nécessité d'une opération. Comme le retient la Dre G.\_\_\_\_\_, cette IRM révèle bien plutôt que la recourante souffre d'un processus dégénératif chronique et que le processus d'usure a entraîné une nouvelle altération. Elle ne permet donc pas d'invalider les conclusions de la médecin d'arrondissement.

**c)** Enfin, la recourante reproche à la Dre G.\_\_\_\_\_ de ne pas avoir cité de littérature médicale à l'appui de son argumentation dans son appréciation du 16 septembre 2021. Ce manquement a été corrigé, puisque la CNA a transmis la contribution médicale utilisée par sa médecin d'arrondissement, par écriture du 19 novembre 2021. On doit constater qu'il aurait été préférable que la Dre G.\_\_\_\_\_ cite d'emblée ses sources médicales. Ce grief ne permet toutefois pas d'invalider sa position dans la présente procédure. Du reste, la littérature citée corrobore les constatations de la médecin précitée, qui ne paraît aucunement l'avoir trahie dans son rapport. Dans ces conditions, l'appréciation de la médecin d'arrondissement doit être considérée comme étant correctement documentée.

**d)** Compte tenu de ce qui précède, l'intimée retient à juste titre, sur la base de rapports probants de sa médecin d'arrondissement, que les atteintes présentées par la recourante dès le 6 décembre 2020 ne résultent plus de l'accident du 25 janvier 2020 mais d'une atteinte dégénérative préexistante. Elle était ainsi légitimée à refuser d'allouer des prestations au-delà du 6 décembre 2020.

**6.** Les pièces au dossier permettent à la Cour de céans de statuer, sans qu'il apparaisse nécessaire de mettre en œuvre une expertise médicale. Une telle mesure ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit. La requête de la recourante en ce sens doit ainsi être rejetée par appréciation anticipée des preuves (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

**7. a)** En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition attaquée confirmée.

**b)** Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f bis LPGA), ni d'allouer de dépens à la recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

**c)** La recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Me Jean-Michel Duc peut prétendre une équitable indemnité pour son mandat d'office. Après examen de la liste des opérations déposée le 24 octobre 2022, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il convient d'arrêter l'indemnité à 1'570 fr. 90, correspondant à treize heures de travail déployées par l'avocat-stagiaire (sur la base d'un tarif horaire de 110 fr.), débours et TVA compris (art. 2, 3 al. 1 et 3bis RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

La recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser l'indemnité provisoirement prise en charge par l'Etat dès

qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ).

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

- I. Le recours est rejeté.
  
- II. La décision sur opposition rendue le 16 février 2021 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
  
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.
  
- IV. L'indemnité d'office de Me Jean-Michel Duc, conseil de K.\_\_\_\_\_, est arrêtée à 1'570 fr. 90 (mille cinq cent septante francs et nonante centimes), débours et TVA compris.
  
- V. La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement de l'indemnité du conseil d'office mise à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Jean-Michel Duc (pour K.\_\_\_\_\_),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- 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 :