

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 22 octobre 2024

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
M. Wiedler, juge, et Mme Manasseh-Zumbrunnen,
assesseure
Greffière : Mme Neurohr

Cause pendante entre :

C. _____, à [...], recourante, représentée par Me Jean-Michel Duc, avocat à
Lausanne,

et

I. _____, à [...], intimée.

E n f a i t :

A. C._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], travaillait en tant qu'infirmière diplômée pour [...] depuis 2011. Elle était à ce titre assurée contre les accidents professionnels et non professionnels auprès d'I._____ (ci-après : I._____ ou l'intimée).

Le 1^{er} mai 2013, l'assurée a subi une fracture du fémur droit et plusieurs fractures du bassin en raison de la chute d'un arbre. I._____ a pris en charge le cas. Bien que les fractures aient été traitées chirurgicalement et se soient en partie consolidées, l'assurée a conservé des séquelles au niveau des deux hanches, de la branche ischio-pubienne droite, de la cuisse droite et du genou droit. Ces séquelles étaient à l'origine des limitations fonctionnelles touchant les activités exercées en position debout mais également des facteurs limitant la position assise et imposant l'alternance des positions. Après une période d'incapacité totale de travail, l'assurée n'a pas pu reprendre son travail d'infirmière, pour lequel elle était définitivement inapte, mais a repris une activité professionnelle dans une fonction de bureau auprès du même employeur, d'abord à 10 % dès juillet 2014 jusqu'à atteindre 30 % en juin 2015.

Le 20 décembre 2018, l'employeur de l'assurée a annoncé à I._____ que cette dernière avait glissé dans sa salle de bain en sortant de la douche, le 17 octobre 2018, et s'était blessée à l'épaule droite.

Dans un rapport initial du 9 janvier 2018 (sic : 2019), la Dre Q._____, spécialiste en rhumatologie, a exposé que l'assurée avait chuté dans sa salle de bain et s'était réceptionnée sur l'épaule droite. L'état de l'assurée était sans particularité, à l'exception de séquelles d'un accident du fémur droit. La Dre Q._____ a retenu le diagnostic de lésion complexe de la coiffe des rotateurs avec bursite sous-acromio-deltaïdienne, causale à l'accident. Elle a indiqué que des radiographies réalisées le 20 novembre 2018 avaient mis en évidence une importante tendinopathie du long biceps et subluxation interne, une déchirure importante du tendon supra-épineux, probablement transfixiante et même

complète avec bursite sous-acromiale très marquée, et des atteintes cervicales dégénératives très marquées de C4-C6 prédominant à gauche. Le traitement n'était pas terminé.

Le 26 mars 2019, la Dre Q._____ a sollicité l'avis du Dr N._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, afin de savoir s'il préconisait une intervention chirurgicale. Dans le rapport rédigé à son attention, la Dre Q._____ a détaillé les antécédents de l'assurée, à savoir un accident survenu le 1^{er} mai 2013 à l'étranger lors duquel sa cuisse droite avait été écrasée et pour lequel elle avait bénéficié d'une prise en charge régulière de physiothérapie, un contexte douloureux rachidien sur troubles de la statique, des lésions arthrosiques et une aggravation de coxarthrose gauche ayant justifié une arthroplastie le 20 décembre 2017 ainsi qu'une chirurgie prévue le 6 mai 2019 pour une correction de l'avant-pied droit. L'assurée avait également chuté avec réception sur l'hémicorps droit, en particulier l'épaule, le 17 octobre 2018, accident dont l'évolution n'était pas favorable.

Le 15 avril 2019, l'assurée a complété le formulaire « lésions corporelles » et a exposé qu'elle avait glissé dans la salle de bain, était tombée sur le côté droit et avait depuis lors des douleurs à l'épaule droite. Elle n'avait jamais souffert de troubles similaires par le passé. Elle n'avait pas eu d'arrêt de travail pour ce problème.

Dans un rapport intermédiaire du 17 avril 2019, la Dre Q._____ a posé le diagnostic de scapulalgies droites après chute dans la salle de bain. Elle a précisé qu'à ce jour des douleurs persistaient avec des limitations fonctionnelles. Il était trop tôt pour se prononcer sur le pronostic et la reprise du travail. Une arthro-imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) avait été réalisée quelques jours plus tôt et un avis chirurgical sollicité.

Le 21 mai 2019, I._____ a sollicité auprès des Etablissements [...] la copie des rapports d'IRM et de radiographies des 11 avril 2019. Le

24 mai 2019, I._____ a reçu la page 2/2 d'un rapport de la radiologue [...].

I._____ a sollicité l'avis de son médecin-conseil, le Dr T._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans un avis du 3 juillet 2019, le Dr T._____ a évoqué l'existence d'une expertise pluridisciplinaire réalisée en mai 2017 et le 4 avril 2019 par le Centre d'expertise P._____, plus particulièrement les conclusions du Dr F._____ selon lesquelles l'atteinte à l'épaule (déchirure de la coiffe des rotateurs) était survenue le 17 octobre 2018, n'avait rien à voir avec l'accident du 1^{er} mai 2013 (affectant le fémur droit) et ne modifiait pas la capacité résiduelle de travail dans l'emploi qu'elle occupait consécutivement à ce premier accident et qui était de 30 %. Il ressortait de l'expertise que l'assurée avait glissé dans sa salle de bain et s'était rattrapée de sa main droite, ce qui avait entraîné des douleurs à l'épaule. Le Dr T._____ a estimé que le dossier ne faisait état d'aucun signe en faveur d'une rupture franche, aiguë de la coiffe des rotateurs à type de pseudo-paralysie de l'épaule. Il a au contraire relevé des signes dégénératifs préexistants à l'échographie avec un tendon du biceps épaissi, signant une tendinopathie et des lésions étendues sur la coiffe atteignant également de façon partielle le tendon du sous-scapulaire, ainsi qu'une bursite sous-acromiale très marquée. Dans ce contexte dégénératif, il a retenu une probable rupture dégénérative du sus-épineux, préexistante au moment de l'accident et mise ainsi en évidence. En l'absence d'IRM qui pourrait révéler une amyotrophie ou une infiltration graisseuse, il n'était pas possible d'affiner la date de survenue de cette lésion. Cette lésion étendue de la coiffe était typique de lésions dégénératives qui survenaient avec la déchirure successive de différents tendons. Dans ces conditions, le Dr T._____ a conclu qu'il existait une contusion survenue sur cette épaule qui présentait un état antérieur qui avait été déstabilisé de façon temporaire par l'événement. Trois mois plus tard, cet événement avait cessé de déployer ses effets et le *statu quo* était fixé au 30 janvier 2019 pour les troubles de l'épaule.

Le 12 juillet 2019, I._____ a informé l'assurée que le versement des prestations pour son atteinte à l'épaule cesserait le 1^{er} février 2019. Elle a précisé que, de l'avis de son médecin-conseil, elle avait eu une contusion de l'épaule droite, laquelle présentait déjà un état dégénératif antérieur. Cet état antérieur avait été déstabilisé de manière temporaire par l'événement du 17 octobre 2018 mais avait cessé de déployer ses effets trois mois plus tard. Aussi, l'état de santé de l'assurée au 30 janvier 2019 serait le même que celui qui aurait existé si l'accident ne s'était pas produit (*statu quo sine*). La communication d'I._____ précisait que l'assurée pouvait prendre position sur les motifs exposés dans un délai de 30 jours, à l'échéance duquel une décision serait rendue.

Le 19 juillet 2019, I._____ s'est vue remettre le rapport complet d'arthro-IRM du 11 avril 2019, qui avait mis en évidence une lésion étendue du tendon bicipital dans sa portion intra-articulaire avec mauvaise visualisation du complexe bicipito-labral qui paraissait un peu effiloché, une tendinopathie du sous-scapulaire distale, une lésion partielle et tendinopathie du sous-épineux avec œdème osseux au niveau de son insertion, une rupture subtotale du tendon du sous-épineux, un passage de produit de contraste dans la bourse sous-acromiale, des phénomènes dégénératifs modérés à marqués avec une importante chondropathie glénoïdienne antérieure et des phénomènes dégénératifs du bourrelet glénoïdien supérieur.

Dans un rapport du 29 juillet 2019, le Dr N._____ a posé les diagnostics de lésion du supra-épineux, de lésion du long chef du biceps et de status post traumatique de l'épaule droite le 17 octobre 2018. Il a relevé que malgré le traitement adéquat, il n'y avait pas eu d'amélioration de la situation. L'arthro-IRM et l'examen clinique réalisés par ses soins correspondaient à une lésion de la coiffe des rotateurs (tendon du supra-épineux plus ou moins infra-épineux). En revanche, la tendinopathie du sous-scapulaire vue à l'IRM ne corrélait pas avec l'examen clinique. Le Dr N._____ a préconisé une intervention chirurgicale, à savoir une arthroscopie de l'épaule droite, une réparation de la coiffe, une ténodèse

du long chef du biceps, une décompression sous-acromiale, une acromioplastie et une résection acromio-claviculaire.

Le 11 septembre 2019, l'assurée, désormais représentée par son conseil, a fait part de ses observations s'agissant de la fin du versement des prestations. Elle a contesté l'appréciation du Dr T._____, celle-ci étant fondée sur un dossier incomplet et erroné. D'une part, une IRM avait été réalisée, contrairement à ce que le Dr T._____ avait indiqué, et d'autre part, la prise en charge thérapeutique concernant l'épaule n'avait pas cessé. En outre, avant l'accident, l'épaule de l'assurée ne la faisait pas souffrir, comme l'attestaient ses deux médecins (attestations du 24 juillet 2019 de la Dre Q._____ et du 19 juillet 2019 de la Dre B._____, médecin-traitante).

Le 26 septembre 2019, l'assurée a complété ses observations et produit notamment un questionnaire complété le 12 septembre 2019 par la Dre Q._____ qui confirmait l'existence d'une déchirure de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, consécutive à l'accident du 17 octobre 2018, dont les conséquences perduraient à ce jour.

Le 9 octobre 2019, l'assurée a adressé à I._____ un rapport établi à sa demande le 1^{er} octobre 2019 par le Dr N._____. Celui-ci confirmait les diagnostics de lésion de la coiffe des rotateurs (tendon supra-épineux) et de lésion du long chef du biceps au niveau de l'épaule droite. Interrogé sur la cause de ces troubles, le Dr N._____ exposait que « plusieurs facteurs (atrophie minime du supra-épineux et du sous-scapulaire même à 6 mois post-traumatique, dégénérescence graisseuse minime sans signe de dégénérescence sur les radiographies standards à savoir pas d'ascension de la tête humérale, espace sous-acromial respecté ainsi que l'absence de symptôme avant le traumatisme) font plutôt penser à une étiologie traumatique. Cependant le facteur le plus important (absence d'une pseudo-paralysie suite à un traumatisme) parle plutôt pour une étiologie dégénérative. À mon avis avec vraisemblance prépondérante, cette lésion a été causée par le traumatisme du

17.10.18 ». Le Dr N._____ précisait que les conséquences de l'accident n'avaient pas cessé et préconisait une intervention chirurgicale.

Le lendemain, l'assurée a transmis à I._____ un rapport établi le 1^{er} octobre 2019 par la Dre B._____, selon lequel elle souffrait toujours de son épaule droite et ainsi des conséquences de l'accident du 17 octobre 2018. Le traitement médicamenteux avait été augmenté.

Dans un nouvel avis du 26 novembre 2019, le Dr T._____ a confirmé ses précédentes conclusions selon lesquelles une origine dégénérative globale de l'épaule droite serait à l'origine des douleurs. Il existait de façon certaine des signes dégénératifs préexistants sur l'épaule, au vu de la présence d'un acromion de type III avec un bec acromial agressif pour la coiffe. Cette pathologie chronique et dégénérative ne pouvait s'installer en quelques mois. Sur le plan articulaire, il a constaté également une arthrose gléno-humérale, au vu des constats à l'IRM de phénomènes dégénératifs modérés à marqués avec une importante chondropathie glénoïdienne antérieure et des phénomènes dégénératifs du bourrelet glénoïdien supérieur. S'agissant du tendon du sous-épineux, il a constaté des lésions de tendinopathie avec un œdème osseux ainsi qu'une tendinopathie du sous-scapulaire qui représentaient des lésions typiques de dégénérescence tendineuse. Cela était confirmé par la prise de connaissance des clichés qui confirmaient cette lésion transfixiante du sus-épineux et une lésion de tendinopathie étendue sur la coiffe des rotateurs. Il fallait encore relever l'absence d'impotence fonctionnelle immédiate. Aussi, pour déterminer la nature de l'événement, il fallait mettre en balance les faisceaux d'arguments en faveur d'une lésion dégénérative et le mécanisme de l'événement qui n'était pas susceptible à lui seul de provoquer l'ensemble des lésions constatées.

Le 8 janvier 2020, I._____ a rendu une décision au terme de laquelle elle a mis fin au versement de ses prestations à partir du 1^{er} février 2019. Elle a retenu que, de l'avis de son médecin-conseil, l'assurée présentait des lésions dégénératives sur son épaule droite qui avaient

provoqué la déchirure du sus-épineux et du sous-épineux. Il existait un état antérieur qui avait été déstabilisé de façon temporaire par l'événement du 17 octobre 2018. Le *statu quo sine* ayant été atteint le 30 janvier 2019, la condition requise de la causalité naturelle pour le versement des prestations n'était plus donnée.

Le 24 janvier 2020, l'assurée a formé opposition contre cette décision, contestant que le *statu quo sine* soit atteint. Elle a indiqué qu'elle souffrait toujours de séquelles de l'accident du 17 octobre 2019, ce que considéraient également les spécialistes consultés, que ce soit le Dr N._____ dans son rapport du 1^{er} octobre 2019 ou la Dre B._____ dans son rapport du 19 juillet 2019. L'assurée a ajouté que le Dr F._____, expert du Centre d'expertise P._____, avait également constaté dans son rapport que les limitations fonctionnelles présentées étaient toujours en lien avec l'accident.

Par décision sur opposition du 4 juillet 2022, I._____ a rejeté l'opposition de l'assurée et confirmé sa décision du 8 janvier 2020. Elle a relevé que sa décision reposait sur l'avis probant de son médecin-conseil. Elle a ajouté que la persistance des douleurs ne suffisait pas à justifier l'octroi de prestations. S'agissant des avis de ses médecins traitants, plus particulièrement le rapport du 1^{er} octobre 2019 du Dr N._____, ceux-ci n'étaient pas suffisants pour remettre en cause l'appréciation du médecin-conseil. D'une part, l'avis du Dr N._____ était plus nuancé que ne le prétendait l'assurée. D'autre part, l'argumentation de la Dre Q._____ selon laquelle l'assurée ne souffrait précédemment pas de son épaule relève du raisonnement *post hoc ergo propter hoc*, insuffisant pour établir un lien de causalité. Rien ne permettait de s'écarter de l'appréciation du médecin-conseil.

B. Par acte du 15 juillet 2022, C._____, toujours représentée par son conseil, a interjeté un recours auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre cette décision sur opposition, concluant à sa réforme en ce sens que l'intimée soit condamnée à lui allouer de plus amples prestations d'assurance, notamment la prise en

charge des traitements médicaux et le paiement des indemnités journalières au-delà du 31 janvier 2019, une rente d'invalidité et une indemnité pour atteinte à l'intégrité, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimée pour complément d'instruction. Elle a contesté la valeur probante de l'appréciation du Dr T._____ sur laquelle l'intimée s'était fondée pour mettre fin aux prestations. Elle a relevé que l'appréciation du Dr T._____, qui s'en remettait à des faisceaux d'indices, était contredite par les autres avis médicaux sur lesquels il ne s'était pas prononcé. Ainsi, son appréciation ne pouvait être qualifiée de probante, ce d'autant qu'il ne s'agissait pas d'une expertise mais uniquement d'une appréciation d'un médecin interne à l'assurance. Celle-ci était donc insuffisante pour fonder la fin du versement des prestations.

Par réponse du 6 septembre 2022, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle a indiqué que le rapport du 26 novembre 2019 du Dr T._____ était complet, clair et précis. Le médecin-conseil avait par ailleurs examiné les pièces produites par l'assurée.

Répliquant le 27 septembre 2022, la recourante a maintenu ses conclusions. Elle a précisé qu'eu égard aux critiques formulées à l'encontre des conclusions du médecin-conseil fondées sur des pièces médicales convaincantes, et compte tenu du fait que ce médecin-conseil reconnaissait la difficulté d'établir l'origine de la rupture dont elle avait souffert, une expertise aurait dû être diligentée.

A la demande de la juge instructrice, l'intimée a adressé à la Cour de céans une copie du rapport d'expertise établi le 4 avril 2019 par le Centre d'expertise P._____, plus particulièrement par les Drs F._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et [...], spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Au terme de leur rapport, les experts ont confirmé, comme dans leur précédente évaluation de 2017, que l'assurée était incapable de travailler dans son activité habituelle mais disposait d'une capacité de travail médico-théorique - en raison de l'accès à la retraite au 31 janvier 2019 - de 50 % dans une activité adaptée. Ils ont notamment posé les diagnostics

orthopédiques de fracture ouverte du fémur droit le 1^{er} mai 2013 consolidée après deux interventions chirurgicales, de fractures des branches ilio-ischio-pubiennes droites avec consolidation ilio-pubienne et pseudarthrose ischio-pubienne, de POA de la hanche droite et coxarthrose droite, de fracture du cotyle gauche avec consolidation non anatomique et coxarthrose gauche, de Morel-Lavallée de la cuisse droite avec greffes cutanées successives, de limitation fonctionnelle du genou droit, de TVP MIP et embolie pulmonaire avec filtre cave posé et non enlevé, de douleurs chroniques du membre inférieur droit, d'hallux valgus bilatéral opéré à gauche, de déchirure de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite depuis le 17 octobre 2018, de spondylarthrose étagée lombaire et cervicale d'installation progressive et de tumeur fibreuse solitaire du lobe inférieur du poumon droit excisé le 1^{er} octobre 2014. Les experts ont précisé que les limitations relevées étaient parfois dues au problème à l'épaule droite survenu à la suite d'un accident du 17 octobre 2018 qui n'avait rien à voir avec l'accident du 1^{er} mai 2013, mais qu'ils en avaient néanmoins tenu compte dans leur appréciation médicale.

Invitée à se déterminer sur ladite expertise, la recourante a relevé, dans des déterminations du 14 novembre 2023, que les conclusions des experts infirmaient celles du Dr T._____ concernant l'origine de la déchirure de la coiffe des rotateurs. Elle a confirmé ses conclusions.

Dans des déterminations du 3 janvier 2024, l'intimée a estimé que le contenu de l'expertise n'était pas de nature à modifier sa position, relevant au demeurant que l'expertise avait été effectuée antérieurement à l'avis du Dr T._____. L'expertise avait également été réalisée avant l'IRM du 11 avril 2019, sur laquelle reposait l'avis du médecin-conseil. L'expertise n'avait en outre pas pour objectif de se déterminer sur cette lésion précisément.

Le 8 juillet 2024, à la demande de la juge instructrice, l'intimée a produit la déclaration d'accident du 20 décembre 2018 ainsi que les factures et les demandes de prises en charge en lien avec l'accident de

l'épaule droite, pour la période postérieure au 31 janvier 2019. Elle a ainsi adressé des factures de physiothérapie des 9 janvier, 17 avril, 13 août et 16 décembre 2019, ainsi que des factures de la Dre B. _____ des 11 novembre 2019 et 3 juillet 2020 (et leurs rappels).

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 des prestations de l'assurance-accidents postérieurement au 31 janvier 2019, singulièrement sur le point de savoir si les troubles de l'épaule droite subsistant dès cette date sont encore dus à l'accident du 17 octobre 2018.

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 (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 ; 142 V 435 consid. 1 et les références). 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_140/2021 du 3 août 2021 consid. 3.5). 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 (TF 8C_117/2020 du 4 décembre 2020 consid. 3.1).

c) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle

circonstance (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 ; 129 V 177 consid. 3.2 ; TF 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.1 et les références citées).

En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 140 V 356 consid. 3.2 et la référence ; TF 8C_404/2020 du 11 juin 2021 consid. 6.2.1).

d) En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas 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 (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références ; TF 8C_733/2020 du 28 octobre 2021 consid. 3.3). En principe, la question *statu quo ante* ou *statu quo sine* est examinée sur le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1), étant précisé que le fardeau de la preuve de la disparition du lien de causalité appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les arrêts cités ; TF 8C_108/2020 du 22 décembre 2020 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 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 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 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 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_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

c) Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis du médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la

fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et qu'il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGa ou une expertise judiciaire (ATF 145 V 97 consid. 8.5 ; 142 V 58 consid. 5.1 ; 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.7). Ainsi selon la jurisprudence, les rapports des médecins des assureurs peuvent également se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permette de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et les références citées ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2).

5. a) En l'espèce, l'assurée a glissé dans sa salle de bain le 17 octobre 2018 et s'est blessée à l'épaule droite. Elle a présenté à la suite de cet accident des douleurs à l'épaule, avec des limitations fonctionnelles. Des examens d'imagerie ont mis en évidence des déchirures de plusieurs tendons et des atteintes dégénératives. Dans un premier temps, I._____ a pris en charge les suites de cet événement. Elle a mis fin au versement des prestations avec effet au 31 janvier 2019, par décision du 8 janvier 2020, confirmée sur opposition le 4 juillet 2022, en se fondant sur les avis de son médecin-conseil, le Dr T._____.

b) Le Dr T._____ a retenu, dans son avis du 3 juillet 2019, que l'assurée présentait des signes dégénératifs qui étaient préexistants à l'accident, à savoir un biceps épaissi, une tendinopathie, des lésions étendues de la coiffe et une bursite sous-acromiale très marquée. Il a relevé que rien ne permettait de constater de signe de rupture franche et aiguë de la coiffe des rotateurs à type de pseudo-paralysie. Aussi, il a estimé que l'assurée avait une probable rupture dégénérative du sus-épineux, préexistante au moment de l'accident et mise en évidence par celui-ci. Il a conclu qu'une contusion était survenue sur cette épaule qui présentait un état antérieur qui avait été déstabilisé de façon temporaire par l'événement. Selon lui, l'accident avait cessé de déployer ses effets trois mois après celui-ci et le *statu quo* était fixé au 30 janvier 2019 pour

les troubles de l'épaule. Dans son appréciation du 26 novembre 2019, le Dr T. _____ a ajouté que pour déterminer la nature de l'événement il y avait lieu de mettre en balance des faisceaux d'arguments en faveur d'une lésion dégénérative, à savoir les lésions de chondropathie préexistantes à l'événement au niveau de l'articulation gléno-humérale et les lésions dégénératives tendineuses diffuses sur les différents tendons, avec de l'autre versant le mécanisme de l'événement qui n'était pas susceptible à lui seul de provoquer l'ensemble des lésions. Il a ainsi confirmé ses précédentes conclusions selon lesquelles c'est une origine dégénérative globale de l'épaule qui avait provoqué la déchirure du sus-épineux et du sous-épineux par usure articulaire. Un état antérieur avait donc été déstabilisé de façon temporaire par l'accident. En l'absence de nouvelle lésion anatomique structurelle mise en évidence, le diagnostic de contusion de l'épaule était retenu. Ses effets avaient cessé trois mois plus tard.

Pour leur part, les médecins de l'assurée ont tous retenu le diagnostic de lésion de la coiffe des rotateurs causale à l'accident. Dans son rapport du 1^{er} octobre 2019, le Dr N. _____ a confirmé son diagnostic de lésion de la coiffe des rotateurs, plus précisément du tendon du sus-épineux, ainsi que de lésion du long chef du biceps au niveau de l'épaule droite. Se prononçant sur l'origine des lésions, le Dr N. _____ a expliqué que la réponse était compliquée, dès lors que plusieurs facteurs faisaient penser à une étiologie traumatique (soit l'atrophie minime du sus-épineux et du sous-scapulaire même à six mois post-traumatique, une dégénérescence graisseuse minime sans signe de dégénérescence sur les radiographies standards soit pas d'ascension de la tête humérale, un espace sous-acromial respecté et l'absence de symptôme avant le traumatisme), alors que l'absence de pseudo-paralysie de l'épaule parlait plutôt pour une étiologie dégénérative. Le Dr N. _____ a estimé au vu de l'ensemble de ces éléments que la lésion avait vraisemblablement été causée par le traumatisme du 17 octobre 2018. Les conséquences de cet accident n'avaient pas cessé, lorsque le Dr N. _____ a rédigé son rapport, et le pronostic était difficile à estimer. Une intervention chirurgicale était préconisée. Les experts du Centre d'expertise P. _____

ont également relié la lésion de la coiffe des rotateurs à l'accident du 17 octobre 2018, bien qu'ils aient été chargés d'examiner la question du lien de causalité entre l'accident du 1^{er} mai 2013 et les atteintes aux membres inférieurs.

c) Les avis des médecins divergent donc à plusieurs égards. D'une part, le Dr N._____ considère que les conséquences de l'accident n'ont pas cessé, au jour de son rapport du 1^{er} octobre 2019, contrairement au Dr T._____ qui a fixé le *statu quo* au 30 janvier 2019, sans toutefois étayer son appréciation. En outre, s'il existe bien des atteintes dégénératives chez la recourante, ce qu'aucun médecin ne conteste, cela ne signifie pas encore qu'aucune atteinte n'a été causée par l'accident. Ainsi, contrairement à ce que le Dr T._____ a retenu, il n'est pas nécessaire que l'événement ne soit pas susceptible à lui seul de provoquer l'ensemble des lésions, tant que certaines d'entre elles en sont la conséquence. L'assureur-accidents doit en effet 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, tant que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli (cf. consid. 3d ci-dessus). Or, comme le détaille le Dr N._____, un certain nombre d'éléments plaide en faveur d'une origine traumatique des lésions. Au demeurant, il apparaît que le mécanisme de la chute n'est pas établi à satisfaction. Le Dr T._____ a retenu, en se fondant sur les éléments issus de l'expertise du Centre d'expertise P._____, que l'assurée avait glissé et s'était rattrapée avec la main droite. Il en a conclu que le mécanisme de chute ne permettait pas d'entraîner toutes les lésions. Cela étant, la description de la chute telle que retenue par le médecin-conseil n'est pas suffisamment détaillée pour en tirer la moindre conclusion sur les forces en présence. Au demeurant, la chute ainsi décrite ne correspond pas à celle que l'assurée a exposée, dans le formulaire complété le 15 avril 2019. Elle avait alors évoqué une chute sur l'épaule, sans mentionner s'être retenue avec la main droite. Les rapports des médecins, à l'exception de l'expertise du Centre d'expertise P._____, évoquent également une chute sur l'épaule ou sur l'hémicorps droit, sans indiquer que le bras droit aurait été touché lors de la chute. Cette question devra donc être éclaircie.

d) Les prises de position du médecin-conseil de l'assurance-accidents et des autres médecins, en particulier le Dr N._____, quant au lien de causalité entre la persistance de la symptomatologie douloureuse et l'accident du 17 octobre 2018 (*statu quo*) sont à ce point divergentes qu'il apparaît difficile, voire impossible, de les départager sans disposer de connaissances médicales spécialisées. En effet, on ne voit pas, dans les explications avancées de part et d'autre, de motifs reconnaissables pour le juge qui justifieraient d'écarter d'emblée un avis au profit de l'autre. Dans la mesure où le cas de la recourante a été réglé sans avoir recours à une expertise et où il existe bien des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin-conseil de l'assurance-accidents, on se trouve dans la situation visée par la jurisprudence qui impose de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant (cf. consid. 4c supra). Dès lors qu'il appartient en premier lieu à l'assureur-accidents de procéder à des instructions complémentaires pour établir d'office l'ensemble des faits déterminants et, le cas échéant, d'administrer les preuves nécessaires avant de rendre sa décision (conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA ; ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5 ; 132 V 368 consid. 5), la cause sera renvoyée à l._____, afin qu'elle mette en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA. Cela fait, il lui appartiendra ensuite de rendre une nouvelle décision statuant sur le droit aux prestations de la recourante.

6. a) Bien fondé, le recours doit être admis et la décision sur opposition entreprise annulée, la cause étant renvoyée à l'intimée pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f bis LPGA).

c) Vu le sort de ses conclusions, la partie recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 2'000

fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre intégralement à la charge de la partie intimée.

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision sur opposition rendue le 4 juillet 2022 par I. _____ est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d’instruction au sens des considérants et nouvelle décision.

- III. Il n’est pas perçu de frais judiciaires.

- IV. I. _____ versera à C. _____ la somme de 2'000 fr. (deux milles francs), à titre de dépens.

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 C. _____),
- I. _____,
- 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 :