

VD_FINDINFO Arrêt / 2023 / 666 vom 2. November 2023

VD Tribunal cantonal, 2023-11-02, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2023__666

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2023 / 666 du 2 novembre 2023

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2023 / 666 del 2 novembre 2023

Regeste

ADMISSION DE LA DEMANDE, ÉTAT ANTÉRIEUR, DROIT À LA PRESTATION D'ASSURANCE, LÉSION DE L'ÉPAULE | 36 al. 1 LAA, 6 al. 1 LAA

Erwägungen

E. 2

novembre 2023 _____ Composition : Mme Brélaz Braillard ,
présidente Mmes Röthenbacher et Gauron-Carlin, juges Greffière : Mme Neurohr
***** Cause pendante entre : W. _____ , à [...], recourante, représentée par Me Yvan
Henzer, avocat à Lausanne, et M. _____ , à [...], intimée. _____ Art.

E. 6

al. 1 et 36 al. 1 LPGA. E n f a i t : A. W. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 195[...], était employée en qualité de collaboratrice de bibliothèque à 24,2 % auprès de la Commune de [...]. Elle était à ce titre assurée contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de M. _____ (ci-après : M. _____ ou l'intimée). Le 6 mars 2020, l'employeur de l'assurée a annoncé à M. _____ que le 4 mars 2020, en voulant rattraper un chariot rempli de livres, déséquilibré lorsqu'une roue s'était bloquée, l'assurée avait été entraînée et était tombée, se cognant la jambe droite contre des étagères. M. _____ a pris en charge le cas. Le 16 mars 2020, des radiographies de l'épaule et de la jambe droites ont été réalisées, en raison de scapulalgies droites et contusion tibiale antérieure. Dans son rapport du même jour, la radiologue a conclu à la présence d'un ostéophyte sous-acromial, prédisposant pour un conflit, et d'un fragment osseux du bord inférieur de la glène dont l'âge ne pouvait pas être déterminé avec certitude, et à l'absence d'anomalie à la jambe droite. Une échographie du tendon d'Achille droit réalisée le lendemain a mis en évidence une enthésite du tendon d'Achille avec microfissure, une bursite pré-achilléenne aiguë et des signes de bursite rétro-achilléenne chronique. Une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) du 24 mars 2020 a révélé une tendinopathie du sous-épineux avec composante micro-fissuraire qui s'étendait sur environ 4 mm dans sa partie apicale, une bursite sous-acromiale, une discrète ostéophytose acromiale et irrégularité de sa surface inférieure favorisant des conflits, pas de fracture récente et une arthrose acromio-claviculaire inflammatoire. Le 1 er mai 2020, le Dr T. _____ a prescrit des séances d'acupuncture pour la jambe et l'épaule droites, ainsi que des massages thérapeutiques en raison de scapulalgies droites sur lésion de la coiffe des rotateurs post-chute. En réponse à un questionnaire de l'assurance, complété le 28 juin 2020, l'assurée a indiqué qu'en « déplaçant un chariot de livres, une roue de ce dernier s'est bloquée ce qui a entraîné sa chute et la mienne par la même occasion ». La chute « l'a projetée contre les rayonnages du chariot. Epaule droite et jambe droite ont heurté violemment l'arrête des rayonnages du chariot ». La douleur avait été ressentie

instantanément. Il n'y avait pas eu d'arrêt de travail. Dans un rapport du 18 août 2020 à l'attention de M. _____, le Dr Z. _____, médecin praticien, a indiqué que les douleurs de l'épaule droite rentraient dans le cadre de douleurs sous-acromiales et acromio-claviculaires à la suite de la chute subie. Un traitement infiltratif avait été proposé. Ce jour, à l'examen de contrôle, les tests de conflit s'étaient améliorés, mais des douleurs modérées persistaient au niveau de l'acromio-claviculaire (palpation et cross arm test). L'évolution était satisfaisante grâce au repos, à la physiothérapie et au traitement infiltratif. Au niveau du genou, la situation était d'évolution progressive grâce au traitement de physiothérapie. Une arthro-IRM de l'épaule droite réalisée le 26 octobre 2020 a mis en évidence des stigmates de contusion avec fracture trabéculaire de l'articulation acromio-claviculaire, une enthésite du tendon du sus-épineux avec déchirure partielle profonde insertionnelle antérieure de 1 x 6 mm, des tendinopathies du sous-scapulaire et du sous-épineux, une lésion partielle de la poulie bicipitale sans déplacement et une bursite sous-acromio-deltoïdienne. Dans un rapport du 7 novembre 2020, le Dr Z. _____ a expliqué qu'au vu du bénéfice partiel du traitement infiltratif de l'acromio-claviculaire réalisé les 3 et 10 juillet, il avait fait réaliser une arthro-IRM en y associant un test diagnostique avec infiltration en intra-articulaire. Le test diagnostique s'était révélé positif avec une disparition des douleurs nocturnes mais persistance d'une gêne à la mobilisation active de l'épaule et au port de charges. L'imagerie confirmait une souffrance aiguë de l'articulation acromio-claviculaire, un trait de fracture étant toujours visible, et une coiffe plutôt respectée. Une cure d'anti-inflammatoires était planifiée. La souffrance fémoro-patellaire avait disparu. Dans un rapport du 21 novembre 2020, le Dr G. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur pour M. _____, a retenu les diagnostics de contusion de l'épaule droite avec tendinopathie de la coiffe, de bursite sous-acromiale, d'ostéophytose acromiale, d'arthrose acromio-claviculaire, de contusion de la jambe droite (genou et tendon d'Achille) et de bursite pré- et rétro-achilléenne. Il a estimé que les troubles actuels étaient possiblement en relation de causalité avec l'événement. Il a précisé à cet égard que le Dr Z. _____ avait décrit des douleurs principalement sur l'articulation acromio-claviculaire, à son examen du 22 octobre 2020. Or, cette articulation présentait une arthrose, un œdème périarticulaire plus marqué qu'en mars, alors qu'il devrait avoir disparu en 7 mois d'évolution. Cet œdème n'était donc pas traumatique, mais en rapport avec l'arthrose. Dans ces circonstances, le statu quo ante/sine était atteint le 22 octobre 2020. Dans un rapport du 22 mars 2021, le Dr B. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a retenu les diagnostics d'arthropathie acromio-claviculaire droite, de suspicion de lésion de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite et de suspicion de lésion cervicale. Le Dr B. _____ précisait qu'il avait demandé un complément de bilan cervical en raison des douleurs au test de Jobe et des paresthésies présentées. Dans un rapport du 10 avril 2021, le Dr Z. _____ a exposé qu'à la suite de l'événement du 4 mars 2020, l'assurée avait présenté deux problématiques distinctes à l'épaule droite et au genou droit. S'agissant de l'épaule droite, un avis chirurgical avait été demandé au Dr B. _____. S'agissant de la souffrance fémoro-patellaire, les traitements de physiothérapie avaient amené une bonne évolution, mais le genou s'était à nouveau bloqué le 26 mars 2021 à la suite d'une marche avec dénivelés négatifs. Une prise en charge conservatrice devait être privilégiée. Une arthro-IRM de l'épaule droite réalisée le 12 avril 2021 a mis en évidence une importante arthropathie dégénérative acromio-claviculaire en forte poussée congestive avec des signes de conflit sous-acromial, sous forme d'une importante bursite sous-acromio-deltoïdienne

ainsi qu'une déchirure partielle de la face bursale et distale du tendon supra-épineux, prenant la moitié antérieure du tendon et atteignant plus de 50 % de l'épaisseur tendineuse. Elle a aussi révélé une petite désinsertion partielle intéressant la face articulaire et distale du tendon sub-scapulaire de l'ordre de 20 % et une légère tendinopathie en portion intra-articulaire du long chef du biceps. Dans un rapport du 26 avril 2021, le Dr B. _____ a posé les diagnostics de lésion de grade III du tendon sus-épineux, partie antérieure, de l'épaule droite et d'arthropathie acromio-claviculaire de l'épaule droite. Il a exposé que l'IRM cervicale réalisée n'expliquait pas la symptomatologie et que l'arthro-IRM avait mis en évidence la lésion de grade III. Le Dr B. _____ a préconisé une réparation arthroscopique de cette lésion qui était prévue le 15 juin 2021 et a sollicité l'accord de M. _____ pour la prise en charge. Dans une appréciation du 11 mai 2021, le Dr U. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur à M. _____, a retenu les diagnostics de contusion de l'épaule droite et du genou droit, en lien avec l'accident. Pour le surplus, l'arthrose fémoro-patellaire droite, l'arthrose acromio-claviculaire, la tendinite du sus-épineux droite, l'ostéophyte sous-acromial droit et la bursite sous-acromiale droite étaient étrangers à l'événement. Les troubles présentés étaient seulement dans un lien de causalité possible avec l'accident. Les lésions de l'épaule droite n'étaient pas d'origine traumatique dès lors que le mécanisme lésionnel (bras tenu au corps) n'était pas compatible avec un traumatisme de la coiffe des rotateurs, qu'il n'y avait pas eu d'impotence fonctionnelle immédiate, que la première infiltration avait apporté une nette amélioration et révélé surtout des douleurs de l'articulation acromio-claviculaire, que la première IRM du 24 mars 2020 n'avait montré ni déchirure tendineuse ni atrophie tendineuse, que l'arthro-IRM du 26 octobre 2020 montrait une importante arthrose, une tendinite et l'absence de passage de liquide dans la bourse sous-acromiale ce qui signifiait que la coiffe était étanche et non rompue, que l'âge de l'assurée parlait plutôt en faveur de lésion dégénérative et que l'intervention proposée (résection de la partie distale de la clavicule) était plus indiquée en cas de lésion dégénérative que traumatique. Pour ces raisons, le statu quo sine pouvait être établi à la date de l'arthro-IRM qui confirmait l'absence de lésion traumatique. Par courrier du 11 mai 2021, M. _____ a informé l'assurée qu'elle ne prenait pas en charge les frais relatifs à son opération. Le 15 juin 2021, le Dr B. _____ a procédé à la réparation du tendon sus-épineux par technique de la double rangée, avec synovectomie partielle, ténodèse du long chef du biceps, bursectomie, acromioplastie et résection de la clavicule distale par arthroscopie. Il a attesté d'une incapacité totale de travail jusqu'au 31 août 2021 et prescrit des séances de physiothérapie. Par décision du 24 juin 2021, M. _____ a informé l'assurée qu'elle limitait son intervention des suites de l'accident du 4 mars 2020 aux frais encourus jusqu'au 26 octobre 2020 compris. Elle a indiqué que l'examen de son dossier ne démontrait pas l'existence d'un lien de causalité suffisant entre l'accident et les atteintes de l'épaule droite opérées le 15 juin 2021. De l'avis de son médecin conseil, l'assurée présentait des atteintes d'origine malade préexistantes à l'accident qui avait entraîné une contusion de l'épaule et ainsi une décompensation momentanée de la situation tout au plus jusqu'au 26 octobre 2020. À cette date, une imagerie avait mis en évidence des pathologies d'origine exclusivement malade, sans aucune atteinte traumatique ou post-traumatique. Au-delà de cette date, seules les atteintes d'origine malade expliquaient les plaintes douloureuses. Le 26 août 2021, l'assurée, alors représentée par une protection juridique, a formé opposition contre cette décision, contestant que les lésions dégénératives présentées soient prépondérantes. Complétant ses arguments le 29 septembre 2021, elle s'est prévalué

de l'appréciation du Dr B. _____ qui, dans un rapport du 8 septembre 2021, retenait qu'elle avait souffert d'une lésion transfixiante de la partie antéro-médiane du tendon sus-épineux associée à une tendinopathie du long chef du biceps pour laquelle une réparation arthroscopique avait été réalisée. L'atteinte était imputable à l'accident. Il n'y avait pas de signes de dégénérescence ou d'usure préalable des tendons. Le lien de causalité entre l'atteinte à la santé et l'accident était supérieur à 50 %. Le Dr B. _____ précisait qu'à un mois post-opératoire, l'assurée avait entendu un « crac » et avait redéchiré sa coiffe, pendant la nuit probablement lors d'un mouvement incontrôlé, ce qui nécessitait une reprise chirurgicale. Le Dr B. _____ ajoutait qu'il ne partageait pas l'avis du médecin conseil car pour sa part, il existait une lésion transfixiante sans rétractation et sans atrophie qui était due à l'accident, l'arthropathie acromio-claviculaire n'avait rien à voir avec la lésion tendineuse. Dans un avis du 11 janvier 2022, le Dr U. _____, médecin conseil de M. _____, a retenu les diagnostics de « contusion de l'épaule droite, tendinite du sus épineux (= déchirure partielle), tendinopathie du long chef du biceps, arthropathie AC droite ». Il a pour le surplus fait état des points suivants parlant en faveur d'une origine malade : « Contrairement à ce que dit le Dr B. _____, une importante arthrose acromioclaviculaire (AC) peut conduire partiellement du moins à un conflit sous acromial. Dans le cas particulier on retrouve une protrusion osseuse de l'articulation sous acromiale qui vient en conflit avec la partie supérieure du tendon du sus épineux. Par ailleurs sur cette même arthro IRM, on constate que la rupture tendineuse n'est que partielle (50% de la face bursale (donc supérieure) du tendon). Cette rupture est démontrée comme non transfixiante puisqu'il n'y a pas de passage de produit de contraste dans l'espace sous acromial. Les lésions partielles bursales sont le plus souvent d'origine dégénérative. Cette partie est lésée de manière chronique par un conflit sous acromial provoqué. Dans son rapport opératoire, le Dr B. _____ constate que la rupture est totale, ce qui signifie qu'elle a progressé entre la date de l'arthro IRM et le jour opératoire (le 15.06.2021). Cette évolution est compatible avec un état malade. Une rupture traumatique est généralement immédiatement totale et contemporaine du traumatisme. D'autre part, le Dr B. _____ signale que la suture a lâché quelque temps après l'opération. Comme il n'y avait pas de rétraction, il ne devait pas y avoir de tension sur la suture ce qui peut être une source de re rupture. L'autre raison d'un lâchage de suture est la qualité médiocre tendineuse sur un tendon usé et affaibli. C'est le cas le plus probable dans cette situation, ce qui confirme l'état malade. Les ruptures traumatiques sont généralement totales avec le plus souvent un tendon de bonne qualité et une rétraction ce qui n'est pas le cas ici. Il existe des déchirures traumatiques partielles qui touchent généralement le feuillet profond du tendon du sus épineux et généralement chez des patients de moins de 50 ans. Il n'y donc pas d'arguments nouveaux et pertinents qui modifierait mon appréciation précédente » Par décision sur opposition du 17 février 2022, M. _____ a rejeté l'opposition de l'assurée et confirmé sa décision. Elle a retenu que l'assurée présentait une importante arthrose acromio-claviculaire qui conduisait partiellement du moins à un conflit sous-acromial avec une protrusion osseuse de l'articulation sous-acromiale, qui venait en conflit avec la partie supérieure du tendon du sus-épineux. Ces lésions, démontrées à l'arthro-IRM du 26 octobre 2020, étaient d'origine exclusivement malade. L'IRM avait en effet démontré que la rupture tendineuse n'était que partielle et non transfixiante. Il s'agissait donc d'une lésion chronique du tendon provoquée par le conflit sous acromial. Cette lésion de la coiffe ne pouvait pas être considérée comme étant d'origine traumatique, au vu du mécanisme lésionnel et l'absence d'impotence fonctionnelle immédiate. En outre, l'IRM du 24 mars 2020 ne mettait en

évidence aucune déchirure tendineuse ni atrophie du tendon. Au demeurant, la déchirure complète du tendon sus-épineux, relevée par le Dr B. _____ dans son rapport du 15 juin 2021, était tout à fait compatible avec l'évolution normale d'une lésion dégénérative. Les lésions de la coiffe et l'arthrose relevaient donc d'un état dégénératif antérieur à l'accident. Dans ces circonstances, l'accident avait décompensé de manière transitoire un état maladif préexistant, sous forme d'importante arthrose acromio-claviculaire. Le statu quo sine pouvait être établi au 26 octobre 2020, date de l'examen d'imagerie qui démontrait l'absence de lésion traumatique au niveau de l'épaule droite de l'assurée. B. Par acte du 17 mars 2022, W. _____, désormais représentée par Me Yvan Henzer, a interjeté un recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre cette décision sur opposition, concluant principalement à son annulation [recte : réforme] en ce sens que les frais médicaux postérieurs au 26 octobre 2020 devaient être pris en charge, et subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimée pour complément d'instruction et nouvelle décision. Elle a relevé que les avis des Drs B. _____ et U. _____ étaient opposés, mais que la préférence devait être donnée à celui du Dr B. _____, lequel ne se trouvait pas dans un conflit d'intérêt avec l'assurance, était un spécialiste reconnu et avait de surcroît pu observer l'absence de signe de dégénérescence ou d'usure préalable des tendons lors de son opération. Son avis devait prévaloir, ce d'autant que la thèse des lésions dégénératives était également niée par le médecin traitant et le Dr T. _____ qui la suivait actuellement. Par réponse du 5 avril 2022, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle a renvoyé aux appréciations du Dr U. _____ des 14 mai 2021 et 11 janvier 2022, qui revêtaient une pleine valeur probante. En outre, le Dr U. _____ était spécialiste au même titre que le Dr B. _____. Ce dernier devait par ailleurs être considéré comme un médecin traitant de l'assurée, dont l'objectivité était influencée par la relation de confiance. Le Dr B. _____ n'était au demeurant pas son point de vue, au contraire du Dr U. _____. Le raisonnement post hoc ergo propter hoc était enfin insuffisant pour établir un lien de causalité entre les atteintes et l'accident. Répliquant le 18 mai 2022, la recourante a maintenu ses conclusions. Elle a relevé que l'avis du Dr U. _____ reposait sur des critères qui n'étaient plus d'actualité et en contradiction avec la littérature médicale sur le sujet, plus particulièrement avec l'article « lésions transfixiantes accidentelles ou assimilés de la coiffe des rotateurs ». En outre, son avis reposait sur des suppositions et des probabilités erronées. Les avis des médecins consultés ne se contredisaient pas et reposaient sur des auscultations, ce qui démontrait leur bienfondé. Par duplique du 1^{er} juin 2022, l'intimée a à nouveau conclu au rejet du recours. Elle a relevé que l'appréciation du 9 mai 2022 du Dr B. _____ était extrêmement succincte et ne remplissait pas les exigences jurisprudentielles en matière de valeur probante, au contraire des appréciations du Dr U. _____. Au demeurant, il ne suffisait pas de renvoyer à un article médical, comme le faisait le Dr B. _____. Le Dr U. _____, dans un rapport du 31 mai 2022, indiquait par ailleurs que la publication en question n'était pas des plus récentes et ne permettait pas de modifier ses appréciations précédentes. Dans des déterminations du 13 juillet 2022, la recourante a adressé un consilium du Professeur P. _____ du 7 juillet 2022 ainsi qu'une note explicative du Dr B. _____. Le Prof. P. _____ interprétait les résultats de l'IRM du 24 mars 2020. Dans sa note explicative du 8 juillet 2022, le Dr B. _____ relevait ce qui suit : « Dans son consilium, on peut bien lire qu'il existe effectivement une lésion du tendon du sus-épineux. Le Professeur P. _____ décrit : on peut bien mettre en évidence une lésion distale du tendon du sus-épineux (image 20 série 401) désinsérée mais sans rétractation tendineuse au niveau du

pied d'implantation du tiers antérieur du sus-épineux, ce qui signifie qu'il y avait bien une lésion. » Le 15 septembre 2022, l'intimée a maintenu ses conclusions, renvoyant à une appréciation du 6 septembre 2022 du Dr U._____. Le Dr U._____ y relevait que l'appréciation du Prof. P._____ contenait des contradictions et n'était donc pas de nature à remettre en doute son appréciation. Elle n'était en outre pas fondée sur un dossier médical complet. Le 10 octobre 2022, la recourante a produit un rapport établi le 5 octobre 2022 par le Dr B._____, dans lequel il prenait position sur la dernière appréciation du Dr U._____. Le Dr B._____ expliquait que selon l'interprétation du Prof. P._____, il était possible de conclure que la lésion n'était pas dégénérative mais bien en lien de causalité avec l'accident dès lors que la lésion distale du tendon du sus-épineux était désinsérée, sans rétraction, ce qui signifiait qu'il y avait bien eu rupture. Se déterminant le 25 octobre 2022, l'intimée a relevé que le rapport du Dr B._____ n'apportait pas d'élément nouveau. Au demeurant, le fait qu'il y ait eu rupture ne signifiait pas encore que ladite rupture du tendon soit en lien de causalité avec l'accident. 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 compte tenu des fêtes pascales (art. 60 et 38 al. 4 let. a LPGA), 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 point de savoir si l'intimée était fondée à mettre un terme aux prestations d'assurance au 26 octobre 2020 à la suite de l'événement du 4 mars 2020. 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, la recourante a été victime d'un accident le 4 mars 2020, au cours duquel, en voulant rattraper un chariot rempli de livres déséquilibré par le blocage d'une roue, elle avait été déséquilibrée à son tour et était tombée, se cognant la jambe et l'épaule droites contre des étagères. A la suite de cet accident, l'assurée a souffert de douleurs au talon d'Achille et à l'épaule droite. Demeure litigieuse la question du lien de causalité entre l'événement accidentel et les troubles de l'assurée, en particulier au-delà du 26 octobre 2020. L'intimée, se fondant sur l'avis de ses médecins conseils, plus particulièrement sur celui du Dr U. _____, a retenu que l'accident ne déployait plus d'effet au-delà du 26 octobre 2020 et que les plaintes douloureuses à l'épaule s'expliquaient depuis lors par les lésions d'origine exclusivement malade mises en évidence à ce moment-là. La recourante estime que les douleurs dont elle souffre toujours à l'épaule droite sont consécutives à l'accident, se fondant pour sa part sur les appréciations des Drs Z. _____, B. _____ et P. _____.

b) Il apparaît toutefois que les appréciations des médecins conseils de M. _____ n'emportent pas la conviction. D'une part, tant le Dr G. _____ que le Dr U. _____ se sont focalisés sur une partie des douleurs décrites et sur l'existence de lésions dégénératives, pour retenir que ces dernières pouvaient conduire partiellement à une importante arthrose acromio-claviculaire. Le Dr U. _____, dont l'appréciation a fondé la décision de M. _____, justifie ainsi son analyse sur la seule présence d'atteintes dégénératives, sans prendre en compte l'entier de la situation. S'il existe bien certaines atteintes dégénératives chez la recourante, ce qu'aucun médecin ne conteste, cela ne signifie pas encore qu'aucune atteinte n'est en lien avec l'accident. L'assureur-accidents doit en effet prendre à sa charge le traitement de l'état malade 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, le Dr Z. _____ a indiqué, dans son rapport du 7 novembre 2020, qu'il ressortait de l'imagerie d'octobre 2020 une souffrance aiguë de l'articulation acromio-claviculaire ainsi qu'un trait de fracture toujours

visible. Le Dr U. _____ ne s'est toutefois pas prononcé sur ces éléments. Il apparaît ainsi que l'arthrose n'explique qu'en partie les douleurs de l'assurée, ce qui ne suffit pas pour conclure à l'origine exclusivement malade des douleurs persistant au-delà du 26 octobre 2020. L'appréciation du Dr U. _____ repose au demeurant sur des suppositions relatives à l'âge de la recourante, ce qui ne constitue pas en soi un motif suffisant pour exclure toute origine traumatique aux douleurs. Il est également erroné de retenir, comme l'a fait le Dr U. _____, que l'assurée n'avait pas présenté d'impotence fonctionnelle immédiate, l'assurée ayant exposé le contraire dans son complément de déclaration du 28 juin 2020. On ignore également d'où le Dr U. _____ tire l'information selon laquelle le bras était tenu au corps lors de la chute, dès lors qu'il ne s'est pas entretenu avec l'assurée à l'occasion d'un examen et qu'elle ne précise pas cette information dans son complément de déclaration du 28 juin 2020 ou dans une quelque autre communication. Son appréciation se fonde ainsi sur un mécanisme de chute qui ne peut être rattaché avec certitude au cas d'espèce, ce d'autant que le Dr Z. _____ a quant à lui évoqué un mouvement forcé d'antépulsion (cf. rapport du 7 novembre 2020). On observera encore que le Dr U. _____ s'est prononcé uniquement sur la base des pièces du dossier, sans avoir examiné une seule fois l'assurée. L'appréciation du Dr U. _____, dont on ne saurait douter de l'indépendance ou l'impartialité au seul motif qu'il est médecin conseil de l'intimé (cf. ATF 136 V 376 consid. 6.2 ; 123 V 175 ; TF 8C_353/2020 du 5 mars 2021 consid. 4.2), est en outre remise en question par l'avis des Drs Z. _____ et B. _____. Ce dernier, qui a opéré l'épaule droite de l'assurée le 15 juin 2021, a constaté à cette occasion l'absence de signe de dégénérescence ou d'usure des tendons qu'il a réparés. Il a précisé que l'arthropathie acromio-claviculaire n'avait rien à voir avec la lésion tendineuse qu'il avait réparée lors de l'opération. Le 5 octobre 2022, le Dr B. _____ a précisé que la lésion au tendon de l'assurée n'était clairement pas dégénérative, car il n'existait aucun signe dégénératif au niveau de l'IRM, ni rétractation, ni atrophie, ni musculaire, ni dégénérescence graisseuse. À sa demande, le Prof. P. _____ a d'ailleurs interprété l'imagerie ostéoarticulaire du 24 mars 2020 et constaté la présence d'une lésion distale du tendon du sus-épineux, désinsérée mais sans rétractation (cf. rapport du

E. 7

juillet 2022). Le Dr B. _____ a expliqué que « désinsérée veut dire qu'il y a une rupture ». Aussi, comme relevé à juste titre par le Dr B. _____, le Dr U. _____ fait erreur lorsqu'il soutient que l'IRM du 24 mars 2020 ne fait état d'aucune lésion. Le Dr B. _____ a encore ajouté que les autres examens radiologiques avaient mis en évidence des lésions, dont une lésion de la coiffe des rotateurs, sans signe dégénératif. Au vu de ce constat, il n'y avait, selon le Dr B. _____, aucune raison de prétendre que la lésion de la coiffe était de type dégénératif. Son raisonnement peut être suivi. Compte tenu de l'ensemble de ses éléments, le Dr B. _____ a conclu, de manière convaincante, que la lésion du tendon sus-épineux mise en évidence à l'IRM du 24 mars 2020 et réparée lors de l'intervention du 15 juin 2021 était imputable à l'accident du 4 mars 2020, selon une probabilité supérieure à 50 %. Il est ainsi erroné de prétendre, comme le fait le Dr U. _____, que l'IRM du 24 mars 2020 n'a pas mis en évidence de lésion. Partant, le Dr U. _____ ne pouvait conclure que les atteintes subsistant au-delà du 26 octobre 2020 étaient dues à une atteinte d'origine exclusivement malade. On précisera, à toutes fins utiles, que le fait pour l'assurée de n'avoir jamais ressenti de douleurs à l'épaule droite par le passé ne suffit pas à démontrer l'existence d'un lien de causalité entre son atteinte et l'événement litigieux (raisonnement « post hoc ergo propter hoc », cf. consid. 3b in fine

ci-dessus). Il apparait en conséquence que les appréciations du Dr U. _____ ne pouvaient être suivies et que l'avis du Dr B. _____ est plus convaincant. c) La recourante a également souffert de son genou droit, des suites de l'accident. Or, il apparait que le 26 octobre 2020 le cas n'était pas stabilisé s'agissant du genou droit. En effet, ce n'est que dans son rapport du 7 novembre 2020 que le Dr Z. _____ a indiqué que la souffrance fémoro-patellaire avait disparu. En avril 2021, il a rapporté que le genou de l'assurée s'était à nouveau bloqué le 26 mars 2021 après une marche avec dénivelés négatifs et qu'une prise en charge conservatrice devait être privilégiée. Or, on ignore si un traitement a bien été prodigué à la suite de cet événement, lequel n'a quoi qu'il en soit pas fait l'objet d'une déclaration de rechute. Vu ce qui précède, M. _____ ne pouvait pas mettre fin à ses prestations au 26 octobre 2020, s'agissant de l'atteinte au genou droit, dès lors que le cas ne pouvait être considéré comme stabilisé avant le 7 novembre 2020. c) Vu ce qui précède, M. _____ ne pouvait pas se fonder sur les avis de ses médecins conseils, ceux-ci ne pouvant être qualifiés de probants. Elle devait ainsi continuer à prendre en charge le cas et verser ses prestations au-delà du 26 octobre 2020, dès lors que les lésions opérées le 15 juin 2021 étaient encore dues à l'accident, et ce aussi longtemps que le caractère exclusivement dégénératif de l'atteinte à la santé n'est pas clairement établi (statu quo sine). 6. a) Au final, le recours doit être admis et la décision sur opposition annulée, en ce sens que M. _____ devra prendre en charge les suites de l'événement du 4 mars 2020 au-delà du 26 octobre 2020. b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f bis LPGA). 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 2'500 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre intégralement à la charge de la partie intimée.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.