

VD_GERICHTE ZA13.009894 vom 4. Juli 2014

VD Tribunal cantonal, 2014-07-04, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA13.009894

FR: VD_GERICHTE ZA13.009894 du 4 juillet 2014

IT: VD_GERICHTE ZA13.009894 del 4 luglio 2014

Erwägungen

E. 1

Age de la patiente où les lésions dégénératives de la coiffe des rotateurs sont fréquentes et les lésions purement traumatiques rares.

E. 2

L'action vulnérante est une chute sur le coude et par conséquent inappropriée pour solliciter un et de surcroît deux tendons de la coiffe des rotateurs au-delà du point de rupture d'une partie de ses fibres. Par contre, ce mécanisme peut provoquer un choc axial à travers le bras, entraînant un pincement sous-acromial qui peut révéler une lésion dégénérative préexistante à ce niveau.

E. 3

Les douleurs insomniantes ne sont apparues que secondairement.

E. 4

Pas de notion de pseudo-paralysie initiale.

E. 5

Déclaration et consultation médicale très tardive (cinq mois).

E. 6

L'IRM ne montre pas de lésions clairement traumatiques mais toute une série de lésions dégénératives telles qu'une arthrose acromio-claviculaire et une tendinopathie interstitielle des tendons sus et sous-épineux. Cette tendinopathie, accompagnée ou non d'une perte de substance partielle n'est pas forcément considérée comme traumatique et se retrouve classiquement dans les lésions purement dégénératives. En conclusion, il faut considérer que l'événement bénin du 6.2.2012 n'a fait que révéler et non pas causer un état pathologique préexistant de l'épaule D de cette patiente sous forme d'une tendinopathie dégénérative chronique du sus et du sous-épineux avec arthrose acromio-claviculaire. Il s'est agi d'un état précaire dont la symptomatologie aurait pu débiter par la dynamique de la lésion elle-même ou en réponse à un événement bénin de la vie tel qu'une contusion. Il s'agit par conséquent d'un cas de causalité aléatoire et devrait être pris en charge par son assurance maladie. » f) Dans une lettre du 21 décembre 2012, le Dr Q._____ a précisé notamment que sa patiente ne s'était jamais plainte des épaules avant le 25 juin 2012. Il considérait que les déchirures des muscles de la coiffe des rotateurs étaient en relation directes avec l'accident. g) I._____ assurances a également soumis le dossier médical de l'assurée au Dr X._____, spécialiste en chirurgie, lequel a rédigé un rapport le 22 janvier 2013, dont on extrait ce qui suit : « 1. diagnostics

- 4 - - Altérations dégénératives du tendon du sus-épineux et du sous-épineux au niveau de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite correspondant à l'âge, associées à une arthrose massive de l'articulation acromio-claviculaire. - Etat après un traumatisme axial de l'épaule droite. 2. Les troubles présentés par l'assurée sont-ils dus de façon certaine, probable ou seulement possible à l'événement invoqué ? Les altérations de signal du tendon du sus-épineux et du sous-épineux mises en évidence lors de l'examen IRM du 28 août 2012 constituent selon un degré de vraisemblance prépondérante des états dégénératifs préexistants. D'une part, ces lésions ne sont pas transfixiantes, mais au contraire infra-substance ; du point de vue biomécanique elles ne peuvent donc pas être dues à un traumatisme axial de l'épaule. L'événement était tout au plus approprié à révéler pour la première fois des états préexistants restés muets jusqu'à présent. L'existence de lésions structurelles dues à l'événement du 06.02.2012 n'est pas établie. En règle générale, une contusion axiale de l'épaule guérit spontanément au bout de 3 à 6 mois. Dans le cas présent, les troubles dus à l'état préexistant ont pris le dessus sur les éventuels troubles d'origine traumatique encore manifestes au bout d'environ 3 mois. Il convient de fixer le statu quo sine à ce moment-là. » B. a) Le 13 décembre 2012, I. _____ assurances a rendu une décision de refus de prestations, se fondant sur le rapport du Dr Z. _____. Elle a par ailleurs renoncé à demander la restitution des prestations versées jusque-là. b) L'assurée a fait opposition à la décision précitée le 14 janvier 2013, considérant en substance que le lien de causalité entre l'accident du 6 février 2012 et ses douleurs à l'épaule droite était hautement vraisemblable, vu les conclusions des médecins qu'elle avait consultés et le fait qu'elle n'avait jamais souffert de douleurs à ladite épaule avant l'événement en cause. Elle avait attendu quatre mois et demi avant de consulter un médecin, car ses douleurs s'étaient dans un premier temps atténuées d'une part et elle espérait d'autre part que le temps arrangerait les choses, ce qui n'avait toutefois pas été le cas. c) I. _____ assurances a rendu une décision sur opposition le 4 février 2013 rejetant l'opposition de l'assurée. Elle s'est fondée pour cela sur les avis des Drs Z. _____ et X. _____, dont les opinions étaient concordantes selon elle. Leurs avis remplissaient les critères jurisprudentiels pour en admettre le bien-fondé. Le rapport du Dr Q. _____ ne permettait de retenir, au mieux, qu'une relation de causalité

- 5 - possible entre l'accident et les lésions à l'épaule droite de l'assurée. Enfin, à supposer que cette dernière présentait une lésion entrant dans le cadre de la liste des lésions assimilées à un accident (art. 9 al. 2 OLAA), il ne faisait guère de doute que cette lésion était due à un état dégénératif. Par ailleurs, le mécanisme accidentel n'était pas propre à provoquer une telle lésion. En outre, le fait que l'assurée se soit adressée tardivement à un médecin excluait l'application de l'art. 9 al. 2 OLAA. C. a) W. _____ a recouru contre la décision précitée le 7 mars 2013, concluant à la prise en charge par I. _____ assurances des conséquences de l'accident du 6 février 2012. Elle a tout d'abord précisé que la forte douleur qu'elle avait ressentie après la chute ne s'était pas rapidement – comme l'avait mentionné l'intimée dans la décision attaquée –, mais progressivement atténuée, sans toutefois disparaître. Elle a pour le surplus repris les éléments présentés dans son opposition et demandé à ce qu'un rapport complémentaire soit requis du Dr D. _____. En effet, ce dernier lui avait expliqué par oral que l'arthrose et la lésion visibles sur la radiographie ne se situaient pas au même endroit. Par réponse du 6 mai 2013, l'intimée a conclu au rejet du recours, reprenant en substance le raisonnement figurant dans la décision attaquée. Dans sa réplique du 3 juin 2013, la recourante a pour l'essentiel réitéré ses arguments, précisant encore que les douleurs, après s'être d'abord atténuées, s'étaient intensifiées après quelques

semaines. L'intimée a, par écriture du 17 mai 2013, rappelé que les Drs Z. _____ et X. _____ n'avaient pas seulement évoqué la présence d'arthrose, mais aussi et surtout d'une tendinopathie interstitielle des tendons sus et sous-épineux, qui ne pouvait être due à un traumatisme axial de l'épaule. b) Estimant nécessaire d'interpeller le Dr D. _____, la Cour de céans a invité les parties à produire une liste de questions à son

- 6 - intention. La recourante a ainsi, par courrier du 12 juillet 2013, formulé les questions suivantes : « 1.- Confirmez-vous avoir objectivé une lésion post-traumatique lors de ma visite du 2 novembre 2012 ? 2.- Quelle est la nature de cette lésion ? 3.- Confirmez-vous m'avoir dit le 2 novembre 2012, en me montrant la radiographie, que la lésion post-traumatique était située à un autre endroit que l'arthrose ? 4.- La lésion post-traumatique constatée est-elle compatible avec ma chute dans l'escalier du 6 février 2012, telle que je l'ai décrite dans la déclaration de sinistre ? 5.- La lésion post-traumatique constatée est-elle compatible avec les douleurs que je vous ai décrites lors de ma visite ? » L'intimée ne s'est pas manifestée. Le Dr D. _____ a rédigé, le 19 août 2013, le rapport suivant : « [...] Tout d'abord quelques remarques d'ordre général, mon appréciation actuelle se base sur mon dossier et le rapport d'arthro-IRM après plus de 8 mois et quelques centaines de patients que j'ai vu dans l'intervalle, je peux me prononcer que sur les éléments objectifs qui figurent dans mon dossier et ne peut m'avancer sur ce que j'aurais pu dire à la patiente, car je ne m'en souviens plus du tout. Concernant la nature des lésions que présente Mme W. _____, il faut distinguer d'une part l'arthrose acromio-claviculaire qui bien entendu est d'origine dégénérative non accidentelle, d'autre part la déchirure du versant articulaire et intra-substance des tendons du muscle supra- et infra-épineux. Cette 2ème lésion peut avoir deux origines, elle peut être dégénérative mais peut aussi être complètement ou en partie le résultat d'un traumatisme adéquat en l'occurrence une chute dans les escaliers avec un impact indirect sur l'épaule D (choc contre le coude qui pousse l'humérus contre l'acromion et comprime ainsi le tendon du sus-épineux pouvant générer une lésion). A ma connaissance, Mme W. _____ ne présentait aucune douleur à son épaule D avant son accident. Les douleurs sont apparues suite à la chute dans les escaliers. A mon sens, il est plus probable que la lésion du sus-épineux soit d'origine traumatique que dégénérative. Cependant, même si cette patiente présentait avant l'accident une lésion dégénérative débutante du sus-épineux il faut tenir compte du fait que c'est l'accident qui a provoqué la symptomatologie actuelle par une décompensation d'une éventuelle lésion dégénérative préexistante. Je réponds maintenant aux questions du formulaire annexé établi par Mme W. _____ : 1. Sur la base de mon dossier, oui avec cependant la réserve mentionnée ci-dessus concernant la nature de la lésion du sus-épineux. 2. Vaisemblablement posttraumatique.

- 7 - 3. L'arthrose concerne l'articulation acromio-claviculaire, la lésion probablement posttraumatique concerne le tendon du sus-épineux ; ces deux structures anatomiques sont distinctes mais proches. 4. Oui. 5. Oui. [...] » c) L'intimée s'est déterminée sur le rapport précité par courrier du 25 septembre 2013. Elle a tout d'abord relevé que le Dr D. _____ n'avait vu la recourante qu'une seule fois et ce neuf mois après l'accident. Elle a ensuite déclaré que ce dernier s'était fondé essentiellement sur le raisonnement non admissible en droit des assurances sociales post hoc ergo propter hoc. Elle a retenu en substance que le Dr D. _____ n'admettait le lien de causalité entre l'accident et les douleurs que comme une simple possibilité. L'intimée a encore relevé qu'elle ne contestait pas véritablement le fait que l'accident ait été responsable d'une certaine décompensation. Toutefois le statu quo

sine avait été retrouvé avant que la recourante n'ait débuté le traitement médical (le 25 juin 2013). L'intimée a pour le surplus réitéré ses arguments. Par écriture du 26 septembre 2013, la recourante a déclaré pour l'essentiel qu'il ressortait du rapport du Dr D. _____ que la probabilité que la lésion à l'épaule droite soit d'origine traumatique était plus grande que la probabilité qu'elle soit d'origine dégénérative. E n d r o i t : 1. a) Selon l'art. 1 al. 1 LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents, RS 832.20), les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, sous réserve des exceptions expressément prévues. L'art. 56 al. 1 LPGA prévoit que les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours. Un tel recours doit être adressé au tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré,

- 8 - dans un délai de 30 jours suivant la notification de la décision querellée (art. 57, 58 et 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, la décision, rendue dans le cadre d'une procédure d'opposition, était donc susceptible de recours auprès de l'autorité vaudoise compétente. b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour en connaître (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). S'agissant d'une contestation relative aux prestations de l'assurance-accidents d'un montant indéterminé, il n'est pas exclu que la valeur litigieuse soit supérieure à 30'000 fr., de sorte que la cause doit être tranchée par la Cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979, RSV 173.01]) et non par un juge unique (art. 94 al. 1 let. a et al. 4 LPA-VD). c) Le recours, interjeté en temps utile auprès de l'autorité compétente, satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable en la forme. 2. Le litige porte sur le droit de la recourante à la prise en charge par l'assurance-accidents du traitement de ses troubles de l'épaule droite, en relation avec l'événement du 6 février 2012. 3. a) En vertu de 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. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel ou de maladie professionnelle. Selon la jurisprudence, la notion d'accident se décompose en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés :

- 9 - une atteinte dommageable ; le caractère soudain de l'atteinte ; le caractère involontaire de l'atteinte ; le facteur extérieur de l'atteinte ; enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident et que, cas échéant, l'atteinte dommageable soit qualifiée de maladie (ATF 129 V 402 consid. 2.1 ; 122 V 230 consid. 1 et les références citées ; TF 8C_726/2009 arrêt du 30 avril 2010 consid. 3). L'existence d'un facteur extérieur extraordinaire doit être admise lorsqu'un phénomène extérieur modifie de manière anormale le déroulement naturel d'un mouvement, ce qui a pour effet d'entraîner un mouvement non coordonné (ATF 130 V 117 consid. 2.1 ; TF 8C_995/2010 arrêt du 2 novembre 2011 consid. 4.2.2). Lors d'un mouvement corporel, l'exigence d'une incidence extérieure est en principe remplie lorsque le déroulement naturel du mouvement est influencé par un phénomène extérieur (« mouvement non programmé », FRÉSARD/MOSER-SZELESS,

L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit [SBVR], 2e éd., Bâle/Genève/Munich 2007, n° 74 p. 861 s.). Dans le cas d'un tel mouvement, l'existence d'un facteur extérieur extraordinaire doit être admise, car le facteur extérieur – l'interaction entre le corps et l'environnement – constitue en même temps le facteur extraordinaire en raison de l'interruption du déroulement naturel du mouvement (ATF 130 V 117 consid. 2.1 et les références). Le caractère extraordinaire peut ainsi être admis lorsque l'assuré s'encoule, glisse ou se heurte à un objet, ou encore lorsqu'il exécute ou tente d'exécuter un mouvement réflexe pour éviter une chute (RAMA 2004 n° U 502 p. 184 consid. 4.1 in fine [TFA U 322/02 du 7 octobre 2003], 1999 n° U 345 p. 422 consid. 2b). b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose notamment entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle. Cette condition 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 402 consid.

- 10 - 4.3.1 ; 119 V 335 consid. 1 ; 118 V 286 consid. 1b et les références). Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de cette atteinte. 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 ; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_119/2012 du 30 mars 2012 consid. 4 ; RAMA 1999 n° U 341 p. 407 consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 402 consid. 4.3.1 ; FRÉSARD/MOSER- SZELESS, op. cit., n° 79 p. 865). c) Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, 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 l'assurance sociale. Le juge fonde sa décision sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent au moins comme les plus probables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît certes possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de vraisemblable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident doit être nié (ATF 129 V 177 précité consid. 3.1 ; 126 V 353 consid. 5b ; 117 V 369 consid. 3a ; 117 V 359). De manière générale, l'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière

- 11 - objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de 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 et les références citées ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouées (ATF 125 V 351 consid. 3b et les références ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). d) Selon l'art. 6 al. 2 LAA, le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. Faisant usage de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 9 al. 2 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents, RS 832.202), selon lequel certaines lésions corporelles sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. Ces lésions corporelles sont les suivantes : a. les fractures ;

- 12 - b. les déboîtements d'articulations ; c. les déchirures du ménisque ; d. les déchirures de muscles ; e. les élongations de muscles ; f. les déchirures de tendons ; g. les lésions de ligaments ; h. les lésions du tympan. Cette liste est exhaustive (ATF 116 V 145 consid. 2b ; 116 V 136 consid. 4a). La notion de lésion corporelle assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. L'assureur-accidents doit ainsi assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait souvent être couvert par l'assurance-maladie. La jurisprudence a précisé les conditions d'octroi des prestations en cas de lésion corporelle assimilée à un accident. C'est ainsi qu'à l'exception du caractère "extraordinaire" de la cause extérieure, toutes les autres conditions constitutives de la notion d'accident doivent être réalisées (cf. art. 4 LPG). Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA sont assimilées à un accident même si elles ont, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, tout au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 129 V 466). Dès lors, il faut qu'un facteur extérieur soit une cause possible de la lésion, au moins à titre partiel, pour qu'une lésion assimilée à un accident puisse être admise (TF 8C_698/2007 du 27 octobre 2006 consid. 4.2 et les références). En l'absence d'une cause extérieure – soit d'un événement similaire à un accident, externe au corps humain, susceptible d'être constaté de manière objective et présentant une certaine importance – fût-ce comme simple facteur déclenchant des lésions corporelles énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA – les troubles constatés sont à la charge de l'assurance-maladie (ATF 129 V 466 consid. 4 ; 123 V 43 ; TF 8C_537/2011 du 28 février 2012 consid. 3.1).

- 13 - 4. a) A titre liminaire, il convient de constater que tant les Drs Z._____ et X._____, que le Dr D._____, retiennent que la recourante souffre d'une lésion dégénérative, soit une arthrose acromio-claviculaire. Ce point n'étant pas litigieux et étant confirmé par l'IRM, il n'y a pas lieu de l'examiner dans le présent arrêt. b) La recourante a fondé sa demande de prestations en premier lieu sur les rapports médicaux établis par son médecin traitant, le Dr Q._____. Consulté le 25 juin 2012 par sa patiente concernant des douleurs à l'épaule droite, il a indiqué, le 19 juillet 2012, que ses dernières étaient en

relation de causalité avec l'accident précité, sans toutefois motiver son appréciation. Dans le formulaire rempli le 4 octobre 2012, il a posé le diagnostic de rupture partielle de la coiffe des rotateurs sus- ou sous-épineux, dont l'état était stationnaire. A la question : « des circonstances sans rapport avec l'accident jouent-elles un rôle dans l'évolution du cas ? », il s'est contenté de répondre par la négative. Là encore, le Dr Q._____ n'a pas donné plus de précisions sur l'origine de l'atteinte et n'a pas motivé son appréciation. Dans son rapport du 21 décembre 2012, il se borne à dire d'une part que la recourante s'est plainte de douleurs à l'épaule droite pour la première fois le 25 juin 2012, douleurs survenues suite à sa chute le 6 février 2012, et d'autre part que l'IRM du 28 août 2012 objectivait des déchirures des muscles de la coiffe des rotateurs. Des lésions dégénératives ne s'étaient jamais manifestées avant l'accident. Il en concluait que ces déchirures étaient en relation directe avec l'accident. Il ressort de ce rapport, non motivé, que la seule raison pour laquelle le Dr Q._____ attribue la cause des douleurs de la recourante à sa chute dans les escaliers est le fait que cette dernière ne s'est jamais plainte de son épaule droite avant cet événement. L'on se trouve ainsi précisément dans un raisonnement post hoc ergo propter hoc (cf. supra consid. 3b), insuffisant pour retenir un lien de causalité naturelle entre l'accident du 6 février 2012 et les douleurs à l'épaule droite rapportée le 25 juin 2012 par la recourante. Au vu de ce qui précède, et également compte tenu des réserves d'usage à adopter à l'égard des

- 14 - conclusions des médecins traitants (cf. supra consid. 3c), les rapports médicaux émanant du Dr Q._____ doivent être écartés. c) Le Dr D._____, quant à lui, pose le diagnostic de déchirure profonde du tendon du sus-épineux post-traumatique. Selon lui, ce type de lésion peut avoir une origine dégénérative, ou une origine complètement ou partiellement traumatique. Dans cette dernière hypothèse, la lésion serait survenue par un mécanisme de compression du tendon occasionné par la chute. Le Dr D._____ privilégie une origine vraisemblablement traumatique. A l'appui de cette analyse, il invoque l'absence de douleurs avant l'accident et l'apparition de celle-ci ensuite de la chute. Il s'agit donc également d'un raisonnement post hoc ergo propter hoc. Le Dr D._____ réserve par ailleurs expressément l'hypothèse d'une décompensation, en raison de l'accident, d'une éventuelle lésion dégénérative préexistante. L'on doit ici constater qu'il y a contradiction à qualifier de vraisemblablement traumatique la lésion tendineuse et réserver simultanément l'hypothèse d'une lésion dégénérative préexistante. Cette ambivalence exclut de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'événement en cause ait été la condition sine qua non de l'atteinte à l'épaule droite de la recourante. d) Il ressort du rapport du Dr D._____ que celui-ci réserve en réalité la situation que le législateur a réglée aux art. 6 al. 2 LAA et 9 al. 2 OLAA, en l'espèce let. f. La question litigieuse est finalement de déterminer si l'événement du 6 février 2012 a pu déclencher les symptômes de la pathologie tendineuse, plus particulièrement de déterminer le caractère exclusivement dégénératif ou non d'une lésion corporelle assimilée à un accident. Si une telle lésion peut être assimilée à un accident même si elle a, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, il faut malgré tout qu'une cause extérieure ait déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (cf. supra consid. 3d). Il est indubitable que l'événement du 6 février 2012 constitue un accident au sens de l'art. 6 al. 1 LAA. Il faut cependant que la lésion (assimilée) puisse être rattachée à l'accident en cause car à défaut d'un événement particulier à l'origine de l'atteinte à la santé, il y a lieu de

- 15 - conclure à une lésion exclusivement malade ou dégénérative (TF 8C_347/2013 du 18 février 2014 consid. 3.2 ; 8C_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 3.2). En l'espèce, l'accident du 6 février 2012 n'a pas entraîné de consultation médicale. La recourante ne fait pas valoir l'existence d'un arrêt ou d'une limitation dans ses activités quotidiennes ensuite de l'accident. De fait, elle allègue des douleurs qui sont cependant allées en s'atténuant progressivement, sans toutefois disparaître complètement. L'apparition de douleurs à la suite d'un accident constitue tout au plus un indice en faveur d'un rapport de causalité naturelle. Il n'existe cependant aucune explication objective autorisant le lien entre l'accident et l'aggravation ultérieure de ces douleurs, à l'origine de la demande de prestations, et l'événement en cause ne peut dès lors être considéré comme une cause possible des lésions de la recourante. Le Dr Z._____ considère à ce propos, dans son rapport du 6 décembre 2012, un tel lien de causalité peu probable. Il doit être conféré audit rapport pleine valeur probante (cf. supra consid. 3c). En effet, le Dr Z._____ a fait une étude circonstanciée des points litigieux, en pleine connaissance du dossier. Il a clairement exposé le contexte médical et ses conclusions sont motivées de manière précise. Ces dernières ayant de plus été confirmées par le Dr X._____, elles sont propres à emporter la conviction. Finalement, il doit en particulier être retenu que, la recourante étant demeurée sans consulter de médecin en relation avec ses douleurs à l'épaule droite pendant plus de trois mois, l'application de l'art. 9 al. 2 let. f OLAA est, au vu de la jurisprudence, exclue (TF 8C_940/2008 du 13 juillet 2005 consid. 5.3 ; U 179/04 du 13 juillet 2005 consid. 4.3 ; cf. également TF 8C_872/2010 du 7 juillet 2011). En effet, dans l'arrêt U 179/04 notamment, où l'assuré avait attendu près de trois mois après l'accident avant de consulter pour la première fois un médecin, le Tribunal fédéral a considéré que de ce fait, il n'était pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante que les douleurs alléguées étaient apparues juste après l'accident.

- 16 - 5. Il découle des considérants qui précèdent que l'atteinte à l'épaule droite de la recourante ne peut d'aucune manière être mise en lien avec sa chute dans les escaliers le 6 février 2012. Dès lors, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision entreprise confirmée. Conformément à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations en matière d'assurance-accidents devant le tribunal cantonal des assurances est gratuite. En outre, il n'y a pas lieu, en l'espèce, d'allouer de dépens (cf. art. 61 let. g LPGA).

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