

## VD\_GERICHTE ZA24.007160 vom 18. März 2026

VD Tribunal cantonal, 2026-03-18, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZA24.007160](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA24.007160)

FR: VD\_GERICHTE ZA24.007160 du 18 mars 2026

IT: VD\_GERICHTE ZA24.007160 del 18 marzo 2026

### Erwägungen

#### E. 31

janvier 2024 de la Dre G. \_\_\_\_\_ décrivant sa première entrevue en ces termes : “[...] Elle a vu le Dr BM. \_\_\_\_\_ le 06.02.2023 suite à sa chute, elle s’est plainte selon son rapport de l’épaule dt, du poignet dt et du genou G, il a demandé alors une Rx de [l’épaule] dt et du genou G [...] J’ai personnellement vu pour la première fois la patiente le 10.02.2023, qui là s’est plainte de l’épaule G qui lui faisait plus de douleur que l’épaule dt. A l’examen la patiente avait des douleurs à la mobilisation de l’épaule G, qui était limitée dans la plupart des mouvements faisant suspecter une lésion de la coiffe des rotateurs. Je n’ai pas pu malheureusement faire une arthro-IRM de suite car la patiente devait faire des tests allergiques. Ces derniers n’ont pas pu être faits de suite, ce qui a reporté l’arthro-IRM de l’épaule G au 11.05.2023 [...]■ Dans sa réponse du 8 mai 2024, la CNA considère qu’une chute sur l’épaule gauche n’est pas vraisemblable, au vu des premières déclarations de la recourante, et rappelle que cette dernière a attendu le 24 mars 2023 pour lui signaler la présence de douleurs à ce membre. Elle ajoute qu’il ne saurait être reproché à la Dre BF. \_\_\_\_\_ de ne pas avoir tenu compte des faits ressortant du rapport du 10 février 2023 de la Dre G. \_\_\_\_\_, puisqu’il n’a été produit qu’en cours de procédure. En revanche, le Dr N. \_\_\_\_\_ a passé sous silence l’absence de plainte immédiate au niveau de l’épaule gauche, alors que cet élément constitue un indice d’une grande importance pour l’examen d’un cas sous l’angle assécurologique, de sorte que son avis n’est pas convaincant. Pour elle, la situation est suffisamment claire et une instruction complémentaire ne s’avère pas nécessaire. L’argumentation subsidiaire de la recourante n’a quant à elle pas lieu d’être, dès lors que l’art. 6 al. 2 LAA s’applique uniquement lorsque la notion d’accident n’est pas admise, ce qui n’est pas le cas en l’espèce. 10J010

- 13 - Par réplique du 12 juin 2024, la recourante soutient que la CNA se méprend sur la portée de la jurisprudence dites des « premières déclarations », puisqu’il ne s’agit pas d’une règle de droit absolue, et, n’ayant pas connaissance des conséquences juridiques de déclarations incomplètes lors de sa prise en charge médicale, elle ne pouvait les avoir modifiées ultérieurement à son avantage. Elle requiert la mise en œuvre d’une expertise judiciaire et confirme pour le surplus ses arguments soulevés dans son recours. Elle produit un courriel du 6 juin 2024 du Dr N. \_\_\_\_\_ dans lequel ce dernier maintient sa position. Dans sa duplique du 11 juillet 2024, la CNA met à nouveau en cause le déroulement de l’accident décrit par le Dr N. \_\_\_\_\_. Elle insiste sur l’absence de douleurs et d’impotence fonctionnelle de l’épaule gauche lors de la consultation médicale du 6 février 2023, justifiant l’absence d’un examen clinique de ce membre, alors que la perte immédiate et importante de la fonction de l’épaule constitue une caractéristique typique d’une origine traumatique des troubles de l’épaule. La recourante maintient sa position dans ses déterminations du 26 août 2024 et produit notamment les notes du 6 février 2023 du Dr

BM.\_\_\_\_\_, le rapport du 6 février 2023 de la Dre F.\_\_\_\_\_, les rapports des 10 février 2023 et 26 juillet 2024 de la Dre G.\_\_\_\_\_ et un rapport du 8 août 2024 du Dr N.\_\_\_\_\_. Dans ses ultimes observations du 24 octobre 2024, la CNA réitère le principe selon lequel, en présence de deux versions différentes, la préférence doit être accordée à celle que l'intéressé donne en premier, alors qu'il en ignorait les conséquences juridiques. Elle ajoute que les constatations cliniques faites juste après l'événement accidentel jouent un rôle primordial lorsqu'il s'agit de déterminer si une atteinte de l'épaule peut être considérée comme traumatique ou non et produit un rapport du 14 octobre 2024 de la Dre BF.\_\_\_\_\_ qui prend notamment position sur l'avis du 8 août 2024 du Dr N.\_\_\_\_\_.  
10J010

- 14 - Le 6 janvier 2025, la recourante confirme ses précédents arguments, produit notamment un rapport du 18 novembre 2024 du Dr N.\_\_\_\_\_ et les factures relatives à l'établissement de ce rapport ainsi qu'à celui du 8 août 2024 pour un montant total de 3'300 fr. et requiert leur prise en charge par la CNA, complétant ses conclusions en ce sens. Le 7 février 2025, la CNA maintient sa position en ajoutant qu'en cas d'admission partielle du recours, les frais réclamés ne sauraient être mis à sa charge car le Dr N.\_\_\_\_\_ a contribué à alimenter l'échange d'écritures, et produit un rapport du 30 janvier 2025 de la Dre BF.\_\_\_\_\_. La recourante confirme sa position par écrit du 24 février 2025. En droit it : 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). 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'espèce, le recours a été interjeté 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 respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable. 2. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assureur-accidents au-delà du 11 septembre 2023, pour les suites de l'événement du 6 février 2023. 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 10J010

- 15 - 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 un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière sans l'événement accidentel. 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 la personne assurée, 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 citées). 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 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 le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références). 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). 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\_686/2024 du 4 avril 2025 consid. 4.3.3 et les références citées ; 8C\_315/2023 du 9 janvier 2024 10J010

- 16 - consid. 3.2). 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 et les références). 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). 10J010

- 17 - 4. Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA, l'assurance alloue ses prestations en cas de fractures, déboîtements d'articulations, déchirures ou élongations de muscles, déchirures de tendon et lésions de ligaments, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie. Lorsqu'une telle lésion est constatée à la suite d'un événement même banal, l'assurance-accidents est en principe tenue de prester ; la preuve que l'atteinte a été causée par un facteur extérieur extraordinaire, au sens de l'art. 4 LPGa, n'est pas nécessaire. L'assurance-accidents est toutefois libérée de son obligation de prester s'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la lésion est due à plus de 50 % à une atteinte malade ou dégénérative (ATF 146 V 51 consid. 8.6 ; TF 8C\_13/2021 du 6 septembre 2021 consid. 2.2). Le Tribunal fédéral s'est notamment penché sur la question de savoir quelle disposition était applicable lorsque l'assureur-accidents avait admis l'existence d'un accident au sens de l'art. 4 LPGa, accident qui avait causé à l'assuré une lésion corporelle telle que listée à l'art. 6 al. 2 LAA. Il a admis que, dans cette

hypothèse, l'assureur-accidents devait prendre en charge les suites de la lésion en cause sur la base de l'art. 6 al. 1 LAA et que c'était uniquement en l'absence d'un accident au sens juridique que le cas devait être examiné sous l'angle de l'art. 6 al. 2 LAA (ATF 146 V 51 consid. 9.1 ; TF 8C\_169/2019 du 10 mars 2020 consid. 5). 5. Le fardeau de la preuve revient en principe à l'assuré en ce qui concerne la question de savoir si les conditions qui confèrent un droit aux prestations sont remplies. Par contre, dans le contexte de la suppression du droit aux prestations qui, dans un premier temps, avait été établie, le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit, donc à l'assureur et non pas à l'assuré (TF 8C\_383/2018 du 10 décembre 2018 consid. 3.2). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus 10J010

- 18 - de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (TF 8C\_601/2017 du 27 mars 2018 consid. 4.2. ; TF 8C\_464/2014 du 17 juillet 2015 consid. 3.3 et 8C\_86/2009 du 17 juin 2009 consid. 4). 6. 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 ; TF 8C\_782/2023 du 6 juin 2024 consid. 4.2.1). b) En présence de deux versions différentes et contradictoires d'un état de fait, la préférence doit être accordée en général à celle que la personne assurée a donnée alors qu'elle en ignorait peut-être les conséquences juridiques (règle dite des « premières déclarations » ou des « déclarations de la première heure »), les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le fruit de réflexions ultérieures (ATF 142 V 590 consid. 5.2 ; 121 V 45 consid. 2a ; TF 8C\_697/2022 du 22 mai 2023 consid. 5.3.1 ; TF 8C\_59/2022 du 6 septembre 2022 consid. 4.2.1). 7. a) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), 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 10J010

- 19 - 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\_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3). b) Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C\_150/2024 du 10 octobre 2024 consid. 2.3 ; TF 8C\_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 9C\_553/2023 du 14 novembre 2024 consid. 3.2 ; TF 8C\_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3). c) Une valeur probante doit également être accordée aux appréciations émises par les médecins de la CNA, car, selon la jurisprudence, cette institution n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, une entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et les références citées ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). 10J010

- 20 - d) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C\_757/2023 du 20 décembre 2024 consid. 7 ; TF 8C\_220/2024 du 4 octobre 2024 consid. 3.2). 8. À titre liminaire, il sied de relever que l'événement du 6 février 2023 constitue un accident au sens de l'art. 4 LPGa. Il a été reconnu comme tel par l'intimée, qui a pris en charge le cas. Dès lors, contrairement à ce que fait valoir la recourante dans une argumentation subsidiaire, la question du droit à des prestations de l'assurance-accidents doit être examinée à la lumière de l'art. 6 al. 1 LAA, à l'exclusion de l'art. 6 al. 2 LAA (cf. consid. 4 supra). 9. a) La recourante oppose l'avis du Dr N. \_\_\_\_\_ à celui de la Dre BF. \_\_\_\_\_, lesquels se réfèrent à de nombreuses sources médicales. Selon cette dernière, la rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche est d'origine dégénérative. La recourante n'a pas ressenti de vives douleurs ou fait l'objet d'une limitation fonctionnelle de cette épaule le jour de l'accident et les lésions visibles à l'IRM du 11 mai 2023 — une omarthrose discrète, une arthrose acromio-claviculaire prononcée avec débord latéral de l'acromion et ostéophyte de la clavicule, un aspect très irrégulier de la partie distale du tendon du sus-épineux avec une rupture subtotale transfixiante du tendon du sus- et du sous-épineux avec une rupture subtotale pratiquement transfixiante du sus-épineux, avec une rétraction de la plupart des fibres sur 1 cm environ, un sous-scapulaire présentant de petites irrégularités de son bord postérieur probablement en relation avec le conflit sous-acromial présent au niveau du sus-épineux — sont de nature dégénérative. Le Dr N. \_\_\_\_\_ réfute cette conclusion. Il explique les 10J010

- 21 - raisons pour lesquelles l'accident était propre à causer une déchirure — et plus particulièrement une rupture de la coiffe des rotateurs — à l'épaule gauche et insiste sur les divergences entre les résultats de l'IRM du 11 mai 2023 et l'interprétation que le Prof. BC. \_\_\_\_\_ fait de cette imagerie. aa) Concernant le déroulement même de l'événement, la Dre BF. \_\_\_\_\_ retient dans ses diverses prises de position que la recourante est tombée en descendant d'une table et a subi un choc au niveau de la colonne dorsale et lombaire puis ensuite au niveau des genoux, surtout le gauche. Elle ajoute que même si la recourante ne se souvenait pas de tous les détails, elle ne s'est plainte que de douleurs au niveau de son genou gauche et de son épaule droite, alors que cette dernière n'avait pourtant fait l'objet d'aucun traumatisme et que la recourante n'avait pas tenté de se retenir avec son membre supérieur droit. L'épaule gauche n'était pas concernée (cf. rapports d'appréciation des 22 août 2023, 10 janvier et 14 octobre 2024 et 30 janvier 2025). Quant au Dr N. \_\_\_\_\_, il explique dans son rapport du 25 octobre 2023 que la recourante s'est tordu le pied et a chuté pour atterrir sur ses quatre membres. Selon lui, l'action vulnérante subie, avec une chute de la hauteur d'une table, est tout à fait adéquate pour provoquer une déchirure de la coiffe des rotateurs. Il ajoute dans son rapport du 8 août 2024, et le réitère le 18 novembre suivant, qu'il paraît évident qu'en tombant de la hauteur d'une table, de façon incontrôlée, la recourante a mis ses deux mains pour essayer d'amortir le choc. A défaut, il ne s'explique pas comment celle-ci aurait pu ressentir des douleurs à l'épaule droite si le choc n'avait concerné que la colonne dorsale et lombaire puis les genoux. Par ailleurs, il relève que la recourante a présenté des douleurs à la mobilisation de l'épaule gauche et était limitée dans la plupart des mouvements peu après l'accident. Il existe une mésentente manifeste entre le Dr N. \_\_\_\_\_ et le médecin d'arrondissement sur le déroulement de l'accident, entraînant une discussion entre les parties sur le principe dit des « premières déclarations ». Cette querelle n'a cependant pas lieu d'être. En effet, selon la jurisprudence, le déroulement exact de l'accident n'est pas déterminant, étant rappelé que, dans le cadre d'un choc à l'épaule, comme c'est le cas 10J010

- 22 - pour la recourante, il n'y a pas lieu de donner une trop grande importance au critère du mécanisme accidentel pour l'examen du lien de causalité, eu égard aux difficultés à reconstituer avec précision le déroulement de l'accident sur la base des déclarations. Il convient bien plutôt, sous l'angle médical, de mettre en présence et de pondérer entre eux les différents critères pertinents plaidant en faveur ou en défaveur du caractère traumatique de la lésion, de manière à déterminer l'état de fait présentant une vraisemblance prépondérante (cf. TF 8C\_445/2021 du 14 janvier 2022 consid. 4.3 ; 8C\_672/2020 du 15 avril 2021 consid. 4.1.3 et 4.5). bb) Il est établi que la recourante présente une déchirure de la coiffe des rotateurs et des lésions dégénératives au niveau de l'épaule gauche et qu'une IRM native a été réalisée en raison de son allergie au produit de contraste. Dans son rapport du 5 juillet 2023, le Dr N. \_\_\_\_\_ explique qu'une telle imagerie ne permet pas de bien voir les lésions, notamment au niveau du sous-scapulaire ou de la poulie bicipitale, et soupçonne des lésions plus importantes que celles mises en évidence par l'IRM. Dans son rapport du 25 octobre 2023, il insiste sur les inexactitudes ressortant du rapport d'IRM, au regard des réponses données par le Prof. BC. \_\_\_\_\_, et conclut de manière catégorique qu'il n'existe pas de lésion dégénérative qui recoupe les déchirures de la coiffe et la lésion de la poulie bicipitale. Il précise, dans son courriel du 6 juin 2024, que les lésions dégénératives démarrent dans la partie postérieure du supra-épineux au niveau de la jonction avec l'infra-épineux, ce qu'il réitère dans son rapport du 18 novembre 2024, alors que la recourante présente une lésion antéro- supérieure de la coiffe des rotateurs avec

lésion de la poulie bicapitale, ce qui parle en faveur d'une déchirure traumatique. Dans son rapport du 8 août 2024, il expose encore que la recourante a une importante déchirure de la face articulaire profonde des deux tiers antérieurs du tendon supra-épineux s'étendant au travers de l'intervalle des rotateurs jusqu'au niveau du tiers supérieur du sous-scapulaire, associée à une tendinopathie du long chef du biceps, et que cette configuration n'est pas constitutive d'une déchirure de la coiffe pouvant entraîner une impotence fonctionnelle. Pour sa part, la Dre 10J010

- 23 - BF.\_\_\_\_\_ se limite à retenir, dans ses divers rapports, l'existence de troubles dégénératifs, en fonction du résultat de l'IRM, sans pour autant démontrer en quoi une IRM native serait suffisante pour justifier l'absence de lésion traumatique. Elle explique aussi qu'en cas de déchirure d'origine traumatique, la recourante aurait immédiatement ressenti une vive douleur et fait l'objet d'une limitation fonctionnelle à l'épaule gauche, ce qui n'était pas le cas, les douleurs à la mobilisation et une telle limitation étant survenues le 10 février 2023. Au vu de la proximité temporelle entre l'événement du 6 février 2023 et les douleurs alléguées par la recourante à l'épaule gauche le 10 février suivant, de l'absence de tout traumatisme postérieur à cette date, de l'absence de discussion de la Dre BF.\_\_\_\_\_ quant à la pertinence ou non des résultats d'une IRM native, le doute quant à l'existence d'une atteinte traumatique et d'un lien de causalité avec ledit accident est permis. Un tel doute se justifie d'autant plus que le médecin d'arrondissement ne nie pas la présence de douleurs à l'épaule droite, tout en admettant par ailleurs que le membre supérieur droit n'avait pas été mis à contribution par la recourante lors de la chute, de sorte qu'il ne peut être exclu que l'épaule gauche n'a pas également été impactée par le choc, même en l'absence de tout traumatisme. Par ailleurs, la recourante présentait des lésions dégénératives à l'épaule gauche. Indépendamment de la nature traumatique ou non de la déchirure de la coiffe des rotateurs, la Dre BF.\_\_\_\_\_ ne se prononce ni sur l'éventualité d'une décompensation d'un état dégénératif consécutif au choc ni sur sa durée, se bornant à reconnaître dans sa brève appréciation du 22 août 2023 que l'accident a totalement cessé de déployer tous ses effets depuis quelques semaines, mais au plus tard, en ce qui concerne l'épaule gauche, le 5 juillet 2023, sans expliquer les raisons d'une telle conclusion. Le Dr N.\_\_\_\_\_ relève à cet égard dans son rapport du 8 août 2024 que, dans l'hypothèse, même peu vraisemblable, d'une déchirure asymptomatique préexistante à l'accident, la question se posait de savoir quel événement pouvait la rendre symptomatique. Or selon lui, études à l'appui, de telles déchirures devenaient symptomatiques quand il y avait 10J010

- 24 - une extension (augmentation) de la déchirure qu'il impute à l'accident. Il explique aussi que les effets de ce dernier ne vont pas cesser tant que les lésions n'auront pas été réparées et n'auront pas cicatrisées (rapport du 25 octobre 2023). b) Dans ces circonstances, l'on ne peut suivre l'avis du médecin d'arrondissement sans autre considération. L'intimée n'était ainsi pas fondée à cesser la prise en charge du cas au 11 septembre 2023 sans instruire plus en avant sur le volet médical afin de déterminer si les douleurs au-delà de cette date se trouvaient encore dans un rapport de causalité avec l'accident du 6 février 2023. c) Au vu de ce qui précède, et compte tenu du fait que tant la Dre BF.\_\_\_\_\_ que le Dr N.\_\_\_\_\_ fondent leur argument sur des sources médicales, la Cour de céans n'est pas en mesure, en l'état, de trancher la question de savoir, au degré de la vraisemblance prépondérante, si la déchirure de la coiffe des rotateurs est d'origine traumatique ou dégénérative. Il ne saurait non plus être répondu à la question de savoir si l'accident était propre à décompenser une atteinte dégénérative préexistante et, le cas échéant, sur la durée

de ses effets délétères. Il y a donc lieu de renvoyer la cause à l'intimée pour instruction complémentaire avec mise en place d'une expertise. 10. La recourante requiert que les frais des rapports médicaux des 8 août et 18 novembre 2024 du Dr N. \_\_\_\_\_ soient mis à la charge de l'intimée. Aux termes de l'art. 45 al. 1 LPGA, les frais d'instruction sont pris en charge par l'assureur qui a ordonné les mesures et qu'à défaut, il rembourse les frais occasionnés par les mesures indispensables à l'appréciation du cas ou comprises dans les prestations accordées ultérieurement. Selon la jurisprudence, les frais d'expertise privée peuvent être inclus dans les dépens mis à la charge de l'assureur social lorsque cette expertise était nécessaire à la résolution du litige (ATF 115 V 62 consid. 5.c ; TF 9C\_395/2023 du 11 décembre 2023 consid. 6.2). 10J010

- 25 - En l'occurrence, des investigations supplémentaires auraient été ordonnées malgré la production des deux rapports en question. En effet, lors du prononcé de la décision sur opposition litigieuse, il existait déjà une controverse médicale sur l'existence ou non d'une déchirure traumatique sur la base de l'IRM du 11 mai 2023 et, le cas échéant, sur une éventuelle décompensation d'une atteinte dégénérative consécutive à l'événement du 6 février 2023 et sa durée, point sur lequel le médecin d'arrondissement ne s'est pas expressément prononcé. Ces rapports n'étant ainsi pas prépondérants dans le renvoi de la cause à l'intimée, la conclusion tendant à la prise en charge de leur frais d'établissement doit être rejetée. 11. a) En définitive, le recours, bien-fondé, doit être partiellement admis, la décision sur opposition attaquée annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants. 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 recourante a droit à une indemnité de dépens réduits à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 1'500 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 l'intimée. 10J010

- 26 -

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