

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 25 juin 2020

---

Composition : M. PIGUET, président  
Mme Brélaz Braillard, juge et M. Gutmann, assesseur  
Greffier : M. Addor

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**Z.**\_\_\_\_\_, à O.\_\_\_\_\_, recourante, représentée par Me Kim-Lloyd Sciboz,  
avocat à Assens,

et

**ZURICH COMPAGNIE D'ASSURANCES SA**, à Zurich, intimée.

---

**Art. 6 al. 1 LAA**

## **E n f a i t :**

**A.** Z.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recoursante), née en 1968, travaillait comme aide-soignante pour le compte de la Maison R.\_\_\_\_\_. A ce titre, elle était assurée auprès de Zurich Compagnie d'Assurances SA (ci-après : la Zurich ou l'intimée) contre les accidents professionnels et non professionnels.

**a)** Le 20 mai 2014, Z.\_\_\_\_\_ a été renversée par une voiture alors qu'elle traversait la voie publique en-dehors d'un passage pour piétons.

Souffrant d'un traumatisme crânien, de contusions costales et thoraciques ainsi qu'au membre inférieur gauche, l'assurée a fait l'objet d'un CT-scan cérébro-cervical et thoraco-abdominal pratiqué le jour de l'accident, lequel concluait à un status cérébral, cervical et thoracique dans les normes. De plus, les examens radiologiques pratiqués le même jour n'ont pas révélé de fracture visible ni mis en évidence de luxation à la main droite. Il en allait de même à la jambe, à la cheville et au pied gauches dont les tissus mous étaient par ailleurs sans particularité.

Les contusions thoraciques présentées à la suite de l'accident du 20 mai 2014 ainsi que des douleurs dorsales persistantes ont motivé la réalisation d'un CT-scan thoracique en date du 20 octobre 2014, Dans le rapport radiologique daté du même jour, le Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, a relevé que l'imagerie était pratiquement dans les normes et qu'il n'y avait notamment pas de foyer de fracture ni d'ostéolyse ou d'ostéocondensation. Si une spondylose dorsale étagée a été mise en évidence, il n'y avait en revanche pas d'anomalie au niveau des poumons ni dans les plèvres.

A la demande du Dr P.\_\_\_\_\_, médecin traitant, le Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, a examiné Z.\_\_\_\_\_. Dans son rapport du 12 novembre 2014, il a relevé que, depuis l'accident du 20 mai

2014, elle présentait par intermittence un engourdissement de la main gauche, du membre inférieur gauche et de la face gauche se manifestant essentiellement au repos. La nuit, l'assurée était plutôt gênée par un syndrome des jambes sans repos. De plus, elle gardait de l'accident des douleurs thoraciques et du rachis interscapulaire. Au terme de son examen, le Dr M. \_\_\_\_\_ a retrouvé, comme en 1992 et 2002, une hyperréflexie du réflexe stylo-radial et bicipital droit. En ce qui concernait les examens radiologiques, l'électromyogramme du nerf médian au poignet gauche était normal de même que l'IRM cérébrale. Sur la base des éléments recueillis, le Dr M. \_\_\_\_\_ a exclu une pathologie structurale à l'origine des plaintes de l'intéressée du moins en ce qui concernait ses troubles sensitifs de l'hémicorps gauche.

Par courrier du 21 novembre 2014, la Zurich a informé Z. \_\_\_\_\_ qu'elle mettait un terme au versement de ses prestations avec effet au 1<sup>er</sup> novembre 2014.

**b)** Par déclaration d'accident-bagatelle du 10 juin 2015, la Maison R. \_\_\_\_\_ a signalé à la Zurich que Z. \_\_\_\_\_ s'était fait gifler par un résident alors qu'elle était en train de l'installer dans sa chaise. Elle a présenté une contusion au globe oculaire droit.

Le 9 octobre 2015, la Zurich a procédé à la clôture du dossier en relation avec l'événement du 9 juin 2015 après avoir pris en charge les frais de traitement y afférents.

**c)** Le 7 mars 2016, Z. \_\_\_\_\_ a fait une chute dans les escaliers à son domicile avec réception sur le siège (coccyx).

Une IRM de la colonne dorsale pratiquée le 22 mars 2016 a conclu à un examen dans les limites de la norme sans signe de lésion du rachis dorsal. Elle a présenté une incapacité de travail totale jusqu'au 24 mars 2016.

Le 6 juin 2016, l'assurée est une nouvelle fois tombée dans les escaliers à son domicile ; il en est résulté des contusions à la cheville et au genou gauches. S'étant chargé des premiers soins, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a fait état d'un œdème modéré à la cheville gauche (rapport du 18 juillet 2016).

Dans un rapport d'évolution du 18 février 2017 établi en relation avec l'événement du 7 mars 2016, la Dre H.\_\_\_\_\_, médecin traitant, a fait état de douleurs du rachis dorsal et cervical ainsi que des muscles para-dorsaux gauches. Réservant son pronostic et craignant la persistance de douleurs et la réduction de la mobilité, elle a préconisé la réalisation d'un examen rhumatologique.

Une IRM de l'épaule gauche pratiquée le 7 juin 2017 a mis en évidence des signes d'une discrète bursite sous-acromio-deltoïdienne ainsi qu'une déchirure partielle (extra articulaire) à l'insertion antérieure du tendon du sus-épineux. Le reste des structures tendineuses de la coiffe des rotateurs ne présentait pas d'anomalies visibles. L'examen a en outre révélé une arthrose acromio-claviculaire présentant des signes d'inflammation capsulosynoviale. Il n'y avait pas de lésion osseuse décelable.

**d)** Le 28 juin 2017, Z.\_\_\_\_\_ a annoncé à la Zurich une rechute de l'accident du 20 mai 2014 sous la forme de douleurs dorsales, cervicales et à l'omoplate gauche irradiant vers la colonne et la nuque. Elle a également fait état de douleurs à la hanche et de fourmillements aux orteils du côté gauche.

Dans un rapport du 4 juillet 2017 établi à l'intention du médecin-conseil de la Zurich, la Dre B.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, a posé les diagnostics de cervico-dorsalgies gauches mécaniques, de discrète périarthrite de la hanche gauche et d'omalgie gauche avec arthrose, minime inflammation, discrète bursite sous-acromiale et rupture partielle à l'insertion du sus-épineux. Elle a proposé une consultation par le Dr J.\_\_\_\_\_ en vue d'une intégration dans un programme multidisciplinaire du rachis.

Après avoir soumis le dossier à son médecin-conseil, le Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur (avis du 21 septembre 2017), la Zurich a rendu une décision en date du 3 octobre 2017. Elle a expliqué que, s'agissant de l'événement du 20 mai 2014, elle avait mis fin à ses prestations au 31 octobre 2014 par courrier du 21 novembre 2014, lequel n'avait pas été contesté. Il fallait par ailleurs nier tout lien de causalité avec les accidents des 9 juin 2015 et 6 juin 2016, dès lors que l'assurée avait été blessée respectivement à l'œil droit et à la cheville gauche. S'agissant pour finir des suites de l'accident du 7 mars 2016, elle acceptait de prendre en charge le traitement et l'incapacité de travail pour une durée limitée au 25 mars 2016.

Représentée par Me Kim-Lloyd Sciboz, avocat, Z.\_\_\_\_\_ s'est opposée à cette décision par courrier du 3 novembre 2017. Sportive accomplie n'ayant jamais connu de problèmes de santé particuliers, elle a fait valoir que, tant sous l'angle médical que juridique, les atteintes à la santé qu'elle présentait actuellement devaient être mises en relation de causalité naturelle et adéquate avec les accidents dont elle avait été la victime à compter du 20 mai 2014. En vue de soulager ses problèmes dorso-lombaires, un traitement physique intensif d'une durée de trois semaines était prévu à l'Hôpital W.\_\_\_\_\_. L'assurée a également annoncé la production d'un rapport du Dr J.\_\_\_\_\_. Elle a conclu à la prise en charge des traitements et incapacités de travail en lien avec les événements accidentels des 20 mai 2014, 9 juin 2015, 7 mars 2016 et 6 juin 2016.

Du 13 novembre au 1<sup>er</sup> décembre 2017, date de son retour à domicile, Z.\_\_\_\_\_ a effectué un séjour auprès de l'Unité de réhabilitation du Département de l'appareil locomoteur de l'Hôpital W.\_\_\_\_\_. Le rapport établi le 13 décembre 2017 à l'intention du médecin-conseil de la Zurich faisait état d'une évolution favorable. Sur le plan objectif, les médecins ont constaté une amélioration sur le plan des douleurs et des contractures musculaires.

A la demande de Z.\_\_\_\_\_, le Dr J.\_\_\_\_\_ a rédigé un rapport en date du 11 juin 2018. Il y relevait que l'assurée présentait des cervico-dorso-lombalgies chroniques dans le cadre d'un déconditionnement physique et surtout une hypermobilité articulaire. La problématique des douleurs intervenait à la suite d'un accident lors duquel elle avait été renversée par une voiture en 2014, ce qui « avait perturbé un équilibre sous-jacent dans le cadre d'une hypermobilité articulaire. »

Après avoir soumis le dossier à son médecin-conseil au siège de Zurich, le Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur (avis du 5 octobre 2018), la Zurich a rendu une décision sur opposition en date du 21 janvier 2019, aux termes de laquelle elle a rejeté l'opposition formée par l'assurée. S'appuyant sur l'appréciation du Dr G.\_\_\_\_\_, elle a estimé que le *statu quo sine* avait été atteint au plus tard à la fin du mois de mai 2016. S'agissant plus particulièrement de l'accident du 7 mars 2016, ce médecin a retenu qu'il n'y avait pas de suite traumatique visible par rapport aux structures. Il y avait donc lieu d'admettre que cette chute avait eu comme conséquence des contusions au dos et à la hanche et qu'à la fin du mois de mai 2016 au plus tard, le *statu quo sine* avait été atteint (avec guérison sans suites). Pour le reste, toutes les autres douleurs musculo-squelettiques dont se plaignait l'assurée étaient dues à des facteurs étrangers à l'accident.

**B.**           **a)** Par acte du 22 février 2019, Z.\_\_\_\_\_ a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud contre la décision sur opposition du 21 janvier 2019 en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à sa réforme en ce sens que la Zurich doit prendre en charge l'intégralité des frais médicaux et verser des indemnités journalières pour les périodes d'incapacité de travail en lien avec les accidents des 20 mai 2014, 9 juin 2015, 7 mars et 6 juin 2016, respectivement des prestations pour invalidité, subsidiairement à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à la Zurich pour complément d'instruction puis nouvelle décision.

L'assurée a fait valoir que, dans la mesure où elle ne souffrait d'aucune douleur ni d'aucune maladie avant l'accident du 20 mai 2014 et qu'elle pratiquait un sport de combat à un haut niveau, les cervico-dorsalgies chroniques gauches dont elle souffrait actuellement étaient imputables à cet événement. En outre, il ressortait de plusieurs documents médicaux qu'elle souffrait depuis lors d'un déconditionnement musculaire, ce qui était d'après elle de nature à favoriser un faux pas ou une faiblesse musculaire à l'origine de ses chutes dans les escaliers intervenues les 7 mars et 6 juin 2016. Celles-ci étaient dès lors à mettre sur le compte de l'accident du 20 mai 2014, dont elles constituaient une rechute. Par ailleurs, l'affirmation du Dr G. \_\_\_\_\_ selon laquelle les douleurs étaient à mettre à la charge d'un syndrome sensible de la partie gauche du corps n'était pas convaincante car l'existence d'un tel syndrome n'était pas démontrée et aucune preuve ne corroborait cet avis. Il en allait de même du point de vue du Dr C. \_\_\_\_\_ selon lequel les douleurs actuelles étaient dues à des affections dégénératives relevant de la maladie. L'assurée a souligné que cette interprétation faisait fi de son rythme de vie, de son état de santé et de la forme physique qui étaient les siens avant l'accident du 20 mai 2014. La Zurich ne pouvait dès lors se fonder sur une quelconque maladie ou état préexistant pour refuser de prester. Si, par impossible, il devait toutefois être admis qu'un état maladif antérieur préexistait, la probabilité que la partie supérieure gauche du corps évolue défavorablement vers des douleurs et une cervico-dorsalgie chroniques sans l'accident du 20 mai 2014 devait être qualifiée de très faible. Aucun état maladif préexistant ne saurait dès lors faire échec au versement des prestations de la Zurich, si bien qu'il y avait lieu d'admettre l'existence d'un lien de causalité naturelle et adéquat entre les soins et les traitements médicaux nécessités par les douleurs consécutives aux accidents des 20 mai 2014, 9 juin 2015, 7 avril 2016 et 6 juin 2016.

**b)** Dans sa réponse du 14 août 2019, la Zurich a conclu au rejet du recours. Elle a contesté que les souffrances actuelles de l'assurée soient issues d'une rechute ou de séquelles tardives en lien avec l'accident du 20 mai 2014 ou comme des conséquences directes des

chutes dans les escaliers intervenues les 7 mars et 6 juin 2016. Elle a en outre relevé que les appréciations de ses médecins-conseils se fondaient sur le dossier médical à disposition et qu'elles n'avaient pas été contestées par les médecins traitants de l'assurée.

**c)** Par réplique du 9 décembre 2019, l'assurée a répété qu'elle ne présentait aucun problème médical avant l'accident du 20 mai 2014 et que les douleurs persistantes l'empêchaient de pratiquer une activité sportive à un haut niveau. Elles ne lui permettaient par ailleurs pas de vivre une vie normale. C'était dès lors à tort que la Zurich contestait la gravité des atteintes à la santé subies. S'il y a pu y avoir une amélioration de l'état physique entre l'accident de 2014 et la première chute dans les escaliers, il n'en demeurerait pas moins que son état de santé s'était à nouveau gravement péjoré à la suite de cette chute. Les douleurs chroniques liées au déconditionnement physique étaient incontestablement et directement en lien avec les accidents subis. L'assurée a intégralement confirmé les conclusions de son recours.

**d)** Dupliquant en date du 6 janvier 2020, la Zurich a une nouvelle fois souligné le caractère banal des accidents subis par l'assurée en date des 20 mai 2014 et 7 mars 2016, ajoutant que les données médicales à disposition ne suffisaient pas pour établir l'existence d'un lien de causalité entre l'accident de 2014 et la rechute, respectivement les séquelles tardives annoncées en 2017. La Zurich a encore rappelé que les appréciations de ses médecins-conseils selon lesquelles le *statu quo sine* avait été atteint le 31 octobre 2014 pour l'accident du 20 mai 2014 et à fin mai 2016 concernant la chute dans les escaliers du 7 mars 2016 n'avaient pas été contestées. Elle a maintenu ses conclusions.

## **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 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2.** Le litige a pour objet la question de savoir si les douleurs dont se plaint la recourante ont un lien de causalité (naturelle et adéquate) avec l'un des accidents dont elle a été victime les 20 mai 2014 (accident sur la voie publique), 9 juin 2015 (gifle reçue d'un patient), 7 mars 2016 (chute dans les escaliers) et 6 juin 2016 (chute dans les escaliers).

**3.** Les modifications de la LAA introduites par la nouvelle du 25 septembre 2015 (RO 2016 4375), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2017, ne sont pas applicables au cas d'espèce. En vertu du ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification (RO 2016 4388), les prestations d'assurance allouées pour les accidents qui sont survenus avant l'entrée en vigueur de la modification du 25 septembre 2015 et pour les maladies professionnelles qui se sont déclarées avant cette date sont en effet régies par l'ancien droit.

**4. 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.

**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. 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\_383/2018 du 10 décembre 2018 consid. 3.1). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence 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 ; TF 8C\_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.1).

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 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 138 V 248 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_220/2016 du 10 février 2017 consid. 7.3).

**c)** En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Cependant, lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas ou plus la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). A l'inverse, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (TF 8C\_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.2 et les références citées).

**5.** D'après le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la 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 médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe 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 de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

**6.** En l'espèce, il n'est pas contesté que la recourante souffre principalement de cervico-dorso-lombalgies chroniques gauches (cf. notamment les rapports des Drs J.\_\_\_\_\_ du 11 juin 2018 et B.\_\_\_\_\_ du 4 juillet 2017 ainsi que le rapport du 13 décembre 2017 de l'Unité de réhabilitation du Département de l'appareil locomoteur de l'Hôpital W.\_\_\_\_\_).

**a)** En premier lieu, il convient d'exclure tout lien de causalité potentiel avec l'accident survenu le 9 juin 2015, dans la mesure où les plaintes alléguées par la recourante devant la Cour de céans ne concernent pas l'organe lésé au cours de cet événement (atteinte à l'œil droit).

**b)** Les investigations radiologiques dont la recourante a fait l'objet n'ont pas permis de mettre en évidence de fracture ou toute autre lésion ostéoarticulaire pouvant relier, au degré de la vraisemblance prépondérante, les événements traumatiques des 20 mai 2014, 7 mars 2016 et 6 juin 2016 avec la symptomatologie douloureuse dont se plaint la recourante. Dans ce contexte, le CT-scan cérébro-cervical et thoraco-abdominal du 20 mai 2014 a conclu à un status cérébral, cervical et thoracique dans les normes ; concrètement, le CT cranio-cérébral n'avait pas révélé de fracture du crâne visible et le CT cervical n'avait pas mis en évidence de fracture ou de luxation ; il n'y avait pas non plus de fracture costale ou du rachis dorsal au CT thorax ; quant au CT abdomen, il avait conclu à l'absence de fracture du rachis lombaire ou du bassin. Semblablement, l'examen radiologique du 21 mai 2014 n'avait révélé ni fracture ni luxation visible de la main droite, de la jambe gauche, de la

cheville gauche et du pied gauche. Dans le rapport établi le 20 octobre 2014 à la suite d'un CT scan thoracique avec reconstructions sur la colonne vertébrale et les côtes, le Dr L.\_\_\_\_\_ a confirmé l'absence de fracture-tassement sur l'ensemble de la colonne dorsale, ainsi que l'absence de séquelle de fracture des côtes ; en revanche, il a constaté l'existence d'une discrète spondylarthrose dorsale étagée. L'IRM pratiquée le 22 mars 2016 en raison de douleurs au niveau du rachis dorsal irradiant en direction costale gauche n'a pas non plus mis en évidence de lésion traumatique du rachis dorsal : il n'y avait pas de fracture, ni de tassement vertébral et aucune lésion osseuse n'avait été objectivée. Quant à l'IRM de l'épaule gauche du 7 juin 2017, elle n'a pas mis en évidence de lésion décelable au niveau du complexe labrobicipital ni de lésion objectivable au niveau du labrum glénoïdien et au niveau des ligaments gléno-huméraux ; il n'y avait pas de lésion visible au niveau du cartilage articulaire gléno-huméral ni de lésions osseuses objectivables notamment au niveau de l'omoplate ; le reste des structures tendineuses de la coiffe des rotateurs ne présentait pas d'anomalies visibles. L'IRM a cependant révélé l'existence d'une arthrose acromio-claviculaire présentant des signes d'inflammation capsulosynoviale.

Il résulte de ce qui précède que, outre le caractère plutôt banal des accidents subis, l'absence de lésion objectivée et la présence de lésions dégénératives à l'épaule gauche et à la colonne vertébrale ne permettent pas d'admettre, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un lien de causalité entre les événements accidentels rapportés et les plaintes alléguées.

**c)** Au surplus, il convient de souligner qu'aussi bien les médecins de l'Unité de réhabilitation du Département de l'appareil locomoteur de l'Hôpital W.\_\_\_\_\_ (rapport du 13 décembre 2017) que le Dr J.\_\_\_\_\_ (rapport du 11 juin 2018) font état du caractère diffus des douleurs et ne relient la symptomatologie à aucune atteinte organique spécifique, si ce n'est quelques discrets troubles dégénératifs étagés. On ne saurait cependant retenir la nature post-traumatique de la symptomatologie sur la base du seul fait que les douleurs sont apparues

après un accident et n'ont pas entièrement disparu depuis lors malgré les traitements entrepris. Cela reviendrait à se fonder sur le principe *post hoc ergo propter hoc*, lequel ne permet pas d'établir l'existence d'un lien de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 2b/bb). Quoi qu'en dise la recourante, les éléments médicaux figurant au dossier ne permettent pas d'objectiver une causalité entre les troubles annoncés à titre de rechute et les accidents dont la recourante a été la victime. Au surplus, il ressort du rapport établi le 12 novembre 2014 par le Dr M. \_\_\_\_\_ que la recourante avait déjà souffert en 1992 d'un hémisyndrome sensitif gauche fluctuant sans cause identifiée.

**d)** En définitive, il convient de retenir qu'en refusant de reconnaître l'existence d'un lien de causalité entre les douleurs ressenties par la recourante et les événements de 2016 ou d'admettre une rechute ou des séquelles tardives de l'accident de 2014, l'intimée n'a pas violé le droit fédéral.

**7.** Vu l'issue de la procédure, la mise en œuvre de l'expertise requise par la recourante n'apparaît pas de nature à apporter un éclairage différent sur les éléments retenus ci-dessus et peut dès lors être écartée par appréciation anticipée des preuves (ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 140 I 285 consid. 6.3.1).

**8.** Mal fondé, le recours doit en conséquence être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision sur opposition litigieuse.

**9.** La procédure étant en principe gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, ni d'allouer de dépens au vu de l'issue du litige (art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue le 21 janvier 2019 par Zurich Compagnie d'Assurances SA est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Kim-Lloyd Sciboz, avocat (pour Z. \_\_\_\_\_),
- Zurich Compagnie d'Assurances SA,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :