

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 7 février 2023

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente
Mme Durussel, juge, et M. Reinberg, assesseur
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

Z. _____, à [...],

et

A. _____ **SA**, au [...], recourantes,

et

X. _____ **SA**, à Martigny, intimé.

Art. 6 al. 1 et 36 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. Z._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], travaillait depuis le 16 août 2004 pour le compte du W._____ (W._____), à [...]. A ce titre, elle était assurée contre les accidents professionnels et non professionnels par X._____ SA (ci-après : X._____ SA ou l'intimé). Pour l'assurance obligatoire des soins (AOS), l'intéressée était affiliée auprès d'A._____ SA, au [...].

Le 27 décembre 2018, l'assurée a chuté en posant ses skis.

Elle a consulté le Dr B._____, spécialiste en médecine interne, aux [...], qui l'a envoyée chez le Dr P._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, avec une lettre d'accompagnement du 16 janvier 2019 rédigée en ces termes :

“Elle a consulté le lendemain de son accident, dont le mécanisme est décrit comme une abduction-rotation externe forcée de l'épaule. Elle a entendu un craquement et d'emblée ressenti une douleur intense, qui s'est calmée durant les minutes qui ont suivi. S'en suit une impotence fonctionnelle significative « lors de certains mouvements précis ».”

Le Dr B._____ a encore indiqué que l'assurée l'avait consulté le lendemain de son accident et qu'il ne l'avait pas revue mais que selon un contact téléphonique, l'évolution était plutôt favorable.

La déclaration d'accident du 17 janvier 2019 mentionne ce qui suit :

“En déposant ses skis, Mme Z._____ a glissé et est tombée par terre. Son épaule droite a heurté un banc en bois durant la chute.”

Dans un courrier du 17 janvier 2019 au Dr B._____, le Dr P._____, après avoir indiqué que l'assurée avait fait une chute le 29 décembre 2018, bras en abduction, contre un petit muret, a posé le diagnostic de lésion SLAP IV ou V de l'épaule droite.

Dans un rapport du 30 janvier 2019, le Dr K._____, spécialiste en radiologie, a conclu, après une arthro-IRM du même jour, à une lésion labrale de type SLAP IV, étendue au tendon du long chef du biceps, à un complexe de Buford associé, à une intégrité des tendons de la coiffe et à une minime bursite-acromio-deltaïdienne d'accompagnement.

Lors d'un entretien du 1^{er} avril 2019 avec un représentant de l'assurance, l'assurée a déclaré ceci :

“Je me trouvais auprès de la station de ski des Diablerets. Alors que je posais mes skis, j'ai glissé et j'ai chuté sur le côté. Chute alors que je portais mes chaussures de ski. Impact et choc au niveau de mon épaule droite directement sur un banc en bois.”

Dans une note manuscrite du 2 avril 2019, le Dr H._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin-conseil de l'assurance-accidents, a considéré que l'accident avait généré une contusion de l'épaule dont les stigmates avaient disparu sur les images de l'arthro-IRM du 30 janvier 2019, qu'on ne générerait pas une lésion SLAP IV par choc direct de l'épaule et qu'il s'agissait d'un état antérieur.

Le 3 avril 2019, le Dr P._____ a écrit ceci à l'assurée :

“Tout ce que je peux dire c'est qu'une lésion SLAP IV est une lésion de type traumatique et que lorsqu'on chute, bras tendu, ou qu'on a un traumatisme bras tendu, cela peut tout à fait expliquer la lésion que vous présentez.”

Dans une décision du 11 avril 2019, l'assurance-accidents a indiqué à l'assurée que, selon son médecin-conseil, les troubles actuels de celle-ci ne pouvaient plus être attribués avec vraisemblance à l'accident et que la relation de causalité pouvait être admise jusqu'au 30 janvier 2019, date à laquelle l'arthro-IRM avait permis d'exclure toute lésion traumatique. Ainsi, les soins donnés dès le 31 janvier 2019 relevaient de l'assurance-maladie (A._____ SA).

A. _____ SA a fait opposition le 26 avril 2019, en joignant un avis du 25 avril 2019 de son médecin-conseil, le Dr N. _____, spécialiste en chirurgie, qui a la teneur suivante :

“Appréciation

La patiente présente une lésion SLAP IV (cf arthro-IRM du 30.01.2019, une arthro-IRM étant plus à même de mettre en évidence de telles lésions qu’un simple IRM comme celle du 31.12.2018)

Une lésion SLAP IV est une lésion qui est classiquement provoquée par une chute sur le bras tendu, voire par une traction violente.

Selon les renseignements en notre possession l’assuré a bien chuté le 27.12.2018, mais il ne s’est pas agi d’une simple chute sur l’épaule (*épaule droite a heurté un banc en bois durant la chute* [déclaration d’accident du 17.01.2019], et, *Impact et choc au niveau de mon épaule droite directement sur un banc en bois* [entretien avec l’assurée du 01.04.2019], mais d’une chute avec le bras droit en extension (*...j’ai glissé et j’ai chuté en arrière. Mon bras droit en extension a percuté un banc en bois auquel par réflexe j’ai voulu me raccroché (en vain)* [mail de l’assurée du 12.04.2019 à A. _____]). Enfin le Dr P. _____ décrit dans sa lettre du 17.01.2019 une chute bras en abduction.

Il est toujours difficile de pouvoir se rappeler exactement comment s’est passé une chute, mais ici, selon les éléments présentés ci-dessus, il ne s’est pas agi d’un simple choc direct sur l’épaule, mais bien d’un traumatisme de l’épaule avec probablement traction violente, puis très certainement compression du labrum lors de la réception bras tendu en abduction. Le choc direct sur le banc n'a probablement été qu’un épiphénomène.

Relevons ici que l’assurée a ressenti une douleur aigue importante, l’empêchant de se relever puis qu’elle ait dû arrêter toute activité, sans que la situation ne s’améliore.

Relevons enfin que l’IRM du 31.12.2018 met entre autre évidence un net épanchement intra articulaire, ainsi qu’une zone de contusion intramusculaire du chef court bicipital.

La contusion du court chef du biceps est très probablement consécutif au choc direct sur le banc, et l’épanchement intra articulaire est lui très probablement consécutif à la lésion labrale, signant que cette lésion est fraîche.

Du reste cet épanchement, comme la contusion musculaire du court chef du biceps avaient disparu lors de l’arthro-IRM du 30.01.2019.

En conclusion, la lésion labrale de l'assurée, qui est une lésion traumatique, est très probablement en relation avec la chute du 27.12.2018, ce d'autant que l'assurée âgée de 42 ans précise dans son mail du 12.04.2019, qu'elle n'a jamais pratiqué de sport ou d'activité professionnelle sollicitant particulièrement son épaule et qu'elle n'avait jamais eu de douleur de cette épaule auparavant."

L'assurée a fait opposition le 2 mai 2019.

Le Dr H. _____ a établi un nouveau rapport le 16 mai 2019 dont la teneur est la suivante :

"Assurée de bientôt 43 ans, employée de commerce, mariée, aux antécédents inconnus.

Déclaration d'accident 17 janvier 2019 : le 27 décembre 2018, en déposant ses skis, Mme Z. _____ a glissé et est tombée....son épaule droite a heurté un banc en bois.

Rapport de visite du 1^{er} avril 2019 : je me trouvais près de la station...alors que je posais mes skis, j'ai glissé et j'ai chuté sur le côté. Chute alors que je portais mes chaussures de ski. Impact/choc au niveau de mon épaule droite directement sur un banc en bois. Vives douleurs sur le moment, mais je pensais que cela allait passer. Arrêt des activités sportives.
Plus tard, mobilité réduite de l'épaule et douleurs. Première consultation deux ou trois jours plus tard. Prescription d'AINS.
Pas d'arrêt de travail.

Rapport d'IRM de l'épaule droite du 31 décembre 2018 : nette lame d'épanchement liquidienne intra-articulaire. Lésion SLAP IV. Complexe de Buford préexistant. LGHI distendu, non rompu. Hypersignal T2 de l'enthèse du long biceps. Contusion intramusculaire du court biceps (à 5 cm de la coracoïde). Contusion en zone acromio-claviculaire.

Consultation chez le Dr P. _____ le 17 janvier 2019 : Abduction/flexion 140° ; RE 60° ; Jobe douloureux ; douleur à l'armée du bras.

Rapport d'arthrographie-IRM de l'épaule droite du 30 janvier 2019 : lésion SLAP IV. Complexe du Buford. Pas d'œdème osseux. Disparition de l'œdème du court biceps. Petite bursite. Pas d'inflammation AC.

Le 13 février 2018, le Dr P. _____ propose d'opérer l'assurée pour traiter la lésion SLAP IV.

Le dossier a été présenté au soussigné le 9 avril 2019. Après avoir pris connaissance des éléments médicaux et visionnés les examens précités, j'ai estimé que l'événement concerné avait uniquement généré une contusion de l'épaule (cf. IRM faite 4 jours après le traumatisme - court biceps et articulation AC). Les stigmates de

cette contusion avaient disparu le 30 janvier 2019 (cf. arthrographie-IRM). Quant à la lésion SLAP, elle n'a pu être générée par un choc direct sur l'épaule (cf. plus loin).

Le X. _____ a décidé de mettre un terme aux prestations à la fin janvier 2019. L'assurée a fait opposition. Dans sa lettre du 2 mai 2019, elle fait état d'un événement (état des faits) différent, puisqu'elle cite que, durant la chute, en tentant de se rattraper, elle a percuté un banc en bois avec le bras droit qui était alors en extension.

A. _____, caisse maladie, a également fait opposition, se basant sur l'appréciation de son Mc, Dr N. _____. Selon mon confrère, il ne s'est pas agi d'une simple chute sur l'épaule, mais d'une chute avec le bras en extension. Le Dr N. _____ dit se baser sur un mail que l'assurée aurait adressé à A. _____ le 12 avril 2019, dans lequel elle écrirait que son bras droit en extension a percuté un banc en bois auquel par réflexe elle a voulu se raccrocher (en vain) !

Le Dr N. _____ stipule qu'une lésion SLAP IV est classiquement provoquée par une chute sur le bras tendu, voire par une traction violente. Enfin, il relève que l'IRM du 31 décembre a mis en évidence un net épanchement articulaire qui serait, selon lui, très probablement consécutif à la lésion labrale.

Je rappelle la première classification des lésions SLAP, établie en 1990 par Snyder, fruit de ses observations sur les athlètes, une grande partie de ces lésions étant la conséquence de micro-traumatismes répétés, voire spécifiques.

La lésion type I concerne un bourrelet supérieur effiloché, dégénératif.

La lésion type II reflète une avulsion du bourrelet et de l'insertion du biceps (complexe bicipito-labral).

La lésion type III est une lésion en anse de seau du bourrelet avec un biceps intact.

La lésion type IV est une suite du type III, la déchirure en anse de seau, qui se prolongant dans le biceps, ce dernier étant désinséré.

Trois types lésionnels ont été écrits :

1. La traction répétée lors du lancé (volleyball, waterpolo, baseball, etc.), la plus fréquente.
2. La compression du long biceps par la tête humérale lors d'une chute sur la main, bras tendu, ou le plus souvent lors d'une chute sur le coude. Traumatismes qui occasionnent une élévation brutale de ladite tête, qui amène avec elle le long biceps (LCB).
3. Enfin, un arrachement aigu peut se rencontrer lors de mouvements extrêmes, tout particulièrement en abduction/rotation externe et rétropulsion concomitante de l'épaule, susceptible encore une fois d'arracher en bloc le complexe bicipito-labral.

Si l'écrasant (*sic*) majorité de ces lésions, toujours selon Snyder, sont d'origine micro-traumatique, la lésion SLAP II prête à discussion. En effet, lors des actions vulnérantes 2 et 3 (précitées), encore une fois particulières, un arrachement abrupt du complexe bicipiteo-labral paraît possible.

Ensuite, d'autres lésions SLAP furent décrites (type 5 à 7 par Maffet et types 8 et 9 par Ryu). Il s'agit de lésions plus complexes, la SLAP se prolongeant antérieurement ou postérieurement, voire un arrachement de tout le bourrelet, lésions faisant généralement suite à des actions vulnérantes à haute/très haute énergie, presque toujours secondaires à une luxation de l'épaule.

En d'autres termes, un choc direct sur l'épaule ne peut générer une lésion SLAP.

La lésion SLAP IV est le fruit de microtraumatismes répétés, unidirectionnels ou pluridirectionnels.

L'IRM réalisé quatre jours après l'événement assuré a montré les conséquences du traumatisme, sous forme d'une contusion du court biceps, éventuellement de l'articulation AC.

La nette lame liquidienne intra-articulaire décrite correspond à un discret épanchement, sans évidence d'une hémarthrose (que l'on peut voir lors de déchirures labrales étendues, ex. à la suite d'une luxation). Il s'agit donc d'un banal épanchement post-contusionnel.

En définitive, je maintiens mes conclusions du 9 avril 2019. L'événement du 27 décembre 2018 fut responsable d'une contusion de l'épaule droite. Les stigmates de ladite contusion avaient disparu en date du 30 janvier 2019. La lésion SLAP IV ne peut résulter d'un simple choc direct sur l'épaule, ceci en l'absence d'une action vulnérante complexe."

L'assurance-accidents a rendu une décision sur opposition le 26 août 2019. Elle a maintenu qu'en chutant, l'assurée avait heurté un banc ; elle a nié que l'intéressée avait son bras en extension comme le prétendaient les Drs P. _____ et N. _____. L'assurance se fondait sur le procès-verbal du 1^{er} avril 2019.

B. **a)** Par acte du 26 septembre 2019, Z. _____ a déféré la décision sur opposition précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant, avec dépens, à sa réforme en ce sens que l'opposition du 2 mai 2019 soit admise. Subsidiairement, elle a conclu à l'annulation de la décision sur opposition attaquée et au renvoi de la cause à l'assurance pour instruction et nouvelle décision.

Par acte séparé du 26 septembre 2019, A._____ SA a saisi le Cour de céans d'un recours contre la décision sur opposition précitée en concluant à son annulation et à la prise en charge par X._____ SA des suites de l'accident du 27 décembre 2018 au-delà du 30 janvier 2019. Elle a joint à son recours notamment un mail de Z._____ du 12 avril 2019 dont la teneur est la suivante :

“Selon ta demande, tu trouveras ci-joint le mail de M. [...] (le gestionnaire de mon dossier au X._____) du 3.4.19 ainsi que leur courrier de ce jour (Décision groupe X._____) que vous devez avoir reçu en copie.

Je suis en train de rédiger mon opposition à cette décision. Voici quelques éléments quant au déroulement des événements :

Le 27 décembre 2018, alors que j'étais en vacances à la station de ski des Diablerets, mon mari, mes enfants et moi avons skié dans la matinée et nous sommes ensuite arrêtés pour manger quelque chose. Après avoir posé mes skis et alors que je marchais (chaussures de ski aux pieds) en direction du restaurant, j'ai glissé et j'ai chuté en arrière. Mon bras droit en extension a percuté un banc en bois auquel par réflexe j'ai voulu me raccrocher (en vain).

J'ai tout de suite ressenti comme un craquement et une douleur aiguë dans l'épaule droite. Je suis d'ailleurs restée au sol, incapable de me relever. Ce sont les personnes alentours et mon mari qui sont venus m'aider à me relever. La douleur s'est progressivement atténuée mais certains mouvements m'étaient difficiles. J'ai ensuite arrêté le ski et suis restée au chalet les jours suivants. J'ai d'abord pensé que c'était le choc qui provoquait ces douleurs et que ça allait passer après quelques jours. Mais cela n'a pas été le cas.

Au vu des douleurs persistantes et d'une mobilité réduite malgré 3 jours de repos, j'ai pris rendez-vous au cabinet médical des [...] avec le Dr B._____ le 30 décembre 2018. Après examen et radiographie, le Dr B._____ juge que compte tenu de l'accident et des douleurs aiguës ressenties, une IRM est nécessaire.

Dans les conclusions du rapport d'examen de l'**IRM (31.12.2018)** du centre d'imagerie médicale du [...], le Dr T._____ mentionne une désinsertion partielle du complexe labro-bicipital droit avec **SLAP lésion de type 4 post-traumatique**, ainsi qu'une contusion intramusculaire du chef court du biceps brachial droit.

A ce stade, le Dr B._____ m'adresse à un chirurgien orthopédiste spécialiste de l'épaule, le Dr P._____ à [...]. Dans le courrier qu'il lui transmet, il décrit l'accident et la

situation. Le Dr P. _____ m'envoie alors faire un arthro-IRM. Les conclusions du rapport du 30.1.2019 du Dr K. _____ mentionnent une lésion labrale de type SLAP IV, étendue au tendon du long chef du biceps.

Lors de la 2ème consultation, le 11 février, le Dr P. _____ préconise une intervention chirurgicale soit une ténodèse du long chef du biceps. La date du 9 avril est par la suite agendée pour l'opération.

Le 3 avril, je recevais le mail joint de M. [...] qui exclu que la lésion SLAP 4 soit consécutive à l'accident. Pourtant, vous trouverez ci-joint le courrier du Dr P. _____ qui stipule que ma chute avec le bras en extension peut tout à fait provoquer une lésion SLAP 4. Par ailleurs, ce type de lésion est traumatique et ne peut pas survenir à la suite de maladie. Je précise néanmoins que je n'ai jamais pratiqué de sport ou une activité professionnelle qui mobilise particulièrement mon épaule et qui pourrait expliquer une quelconque dégénérescence.

Je précise également que je n'avais jamais ressenti aucune douleur à cette épaule avant mon accident. La lésion SLAP 4 est une déchirure du labrum qui s'étend au tendon du long chef du biceps. Un tendon déchiré n'aurait pas pu être sans douleur et ne pouvait donc être pré-existant à l'accident.

Je souhaite apporter certains des éléments qui précèdent à mon opposition (je l'adresserai à A. _____ en copie). Je suis bien entendu prête à accepter une contre expertise auprès d'un chirurgien orthopédique « neutre ».

Accessoirement, mon épaule me fait souffrir. Elle est constamment enflammée et cela provoque des douleurs qui sont particulièrement gênantes la nuit. Je souhaite donc me soigner dans les meilleurs délais. Je suis rassurée de savoir que mon assurance maladie prendra en charge mes frais médicaux si besoin. Cependant, pour moi, dans cette situation c'est bel et bien à l'assurance accident qu'il incombe de prendre ses responsabilités et je ferai tout mon possible pour être entendue."

Le 9 septembre 2019, le Dr N. _____ a adressé le mail suivant à A. _____ :

"En me référant à la littérature citée dans mon appréciation du 25.04.2019 et en particulier du paragraphe :

It has been postulated that different mechanisms of injury result in different types of SLAP lesions. Athletes who use repetitive overhead arm motions are prone to develop a type I or type II lesion (fraying or detachment of the labrum), whereas patients who present after a fall onto an

outstretched arm are more likely to have a type III, IV or VI lesion (bucket-handle tear or flap tear) [...]. Type I lesions have also been associated with labral degeneration in older persons. Types V and VII lesions appear to be more frequent in patients with glenohumeral joint instability resulting from an acute injury : a Bankart lesion is associated with anteroinferior instability, and middle glenohumeral ligament tear is associated with straight anterior dislocation.

de article : Superior Labral Anteroposterior Tear : Classification and Diagnosis on MRI and MR Arthrography, je confirme mon appréciation du 25.04.2019”

Le 23 septembre 2019, le Dr N. _____ a établi une nouvelle appréciation ainsi rédigée :

“En ce qui concerne l'accident, selon les renseignements en notre possession l'assurée a bien chuté le 27.12.2018, mais il ne s'est pas agi d'une simple chute sur l'épaule (épaule droite a heurté un banc en bois durant la chute [déclaration d'accident du 17.01.2019], et, Impact et choc au niveau de mon épaule droite directement sur un banc en bois [entretien avec l'assurée du 01.04.2019], mais d'une chute avec le bras droit en extension (...j'ai glissé et j'ai chuté en arrière. Mon bras droit en extension a percuté un banc en bois auquel par réflexe j'ai voulu me raccrocher (en vain) J'ai tout de suite ressenti comme un craquement et une douleur aiguë dans l'épaule droite. Je suis d'ailleurs restée au sol, incapable de me relever. Ce sont les personnes alentours et mon mari qui sont venus m'aider à me relever...[mail de l'assurée du 12.04.2019 à A. _____]. Enfin, le Dr P. _____ décrit dans sa lettre du 17.01.2019 une chute bras en abduction.

Il est toujours difficile de pouvoir se rappeler exactement comment s'est passé une chute, mais ici, selon les éléments présentés ci-dessus, il ne s'est pas agi d'un simple choc direct sur l'épaule, mais bien d'un traumatisme de l'épaule D avec étirement lorsque l'assurée a essayé de se raccrocher, puis compression lors de la réception, bras tendu en abduction.

Du reste l'IRM du 31.12.2018 montre bien des signes de traumatisme de l'articulation gléno-humérale, puisque le Dr T. _____ décrit, en plus de la lésion SLAP *une nette lame d'épanchement liquidienne intra-articulaire et un signe d'étirement du plan capsulaire inférieur sur son enthèse humérale avec distension du faisceau antérieur du LGHI.* Relevons ici que même le Dr H. _____ admet dans son avis médical du 16.05.2019 que sur cette IRM il existe bien un épanchement post contusionnel, donc qu'il y a bien eu à ses yeux une contusion articulaire.

Le choc direct sur l'épaule D n'a très probablement été qu'un épiphénomène avec les signes de contusions du court chef du biceps et de l'articulation acromio-claviculaire visible sur l'IRM du 31.12.2018 mais ayant disparu sur l'arthro-IRM du 30.01.2019

Relevons en outre que les examens d'imageries ne montre aucun signe dégénératif de l'épaule D. En effet les tendons de la coiffe sont intacts, il n'y a aucun signe d'arthrose ni au niveau gléno-huméral ni même au niveau acromio-claviculaire.

Relevons enfin que dans son mail du 12.04.2019 à A. _____, l'assurée écrit entre autre ... *Je précise néanmoins que je n'ai jamais pratiqué de sport ou une activité professionnelle qui mobilise particulièrement mon épaule....*

Qu'est-ce qu'une lésion SLAP ?

Une lésion SLAP est une lésion du labrum. Le labrum étant un bourrelet de fibrocartilage glénoïdien qui contribue à la stabilité passive de l'articulation gléno-humérale, avec la capsule articulaire et la surface articulaire gléno-humérale.

Comme l'a relevé le Dr H. _____, c'est Snyder et al. qui, en 1990, ont classé les lésions labro-bicipitales en 4 catégories en introduisant le terme de SLAP (abréviation des 4 lettres pour superior labrum anterior posterior).

Dans les lésions SLAP type I, le labrum supérieur est effiloché et a un aspect dégénératif. Il n'y a pas de détachement du long biceps.

Dans les lésions SLAP type II, il y a avulsion du labrum supérieur et de l'insertion du long biceps. L'avulsion peut être localisée soit sur le versant antérieur, soit sur le versant postérieur de la glène ou encore sur les 2 versants.

La lésion SLAP type III est caractérisée par une lésion en anse de seau du labrum supérieur sans détachement du long biceps.

Dans la lésion SLAP IV, il y a une lésion d'arrachement du long biceps associée à une désinsertion large du labrum qui est porteur - comme dans la lésion type SLAP III - d'une lésion en anse de seau.

Par la suite 4 types supplémentaires de lésion SLAP ont été décrits mais dans la pratique courante, on évoque généralement les 4 types de SLAP-lésion décrits par Snyder et al.

Divers mécanismes lésionnels à la source des SLAP-lésions ont été décrits :

- Une traction importante exercée sur le bras tendu (à titre d'exemple, on pourrait mentionner une personne qui s'agrippe de façon réflexe à la branche d'un arbre pour prévenir la chute).

- Une chute sur la main, bras tendu en abduction et antépulsion qui introduit alors une compression du long chef biceps induit par l'ascension subite de la tête humérale.

Une traction/arrachement du bras en abduction, rotation et rétropulsion, mécanisme lésionnel le plus fréquemment-

- Un choc direct sur l'épaule.

- Chez le sportif, un épisode traumatique aigu n'est souvent pas remémoré : les microtraumatismes par étirement répétés sont en cause. Ils peuvent s'inscrire dans un contexte de geste d'armer du lancer, ou alors de soulèvements répétés (haltérophilie), ou de gestes de smash (handball, volleyball, tennis) qui peuvent être soit libres, soit contrés.

Si comme le reconnaît le Dr H._____, les lésions SLAP II sont souvent d'origine traumatique, la littérature s'accorde également à reconnaître les lésions SLAP IV comme des lésions dont l'origine est le plus souvent traumatique ce d'autant suite à une traction violente ou une chute sur le bras tendu.

Conclusion :

Chez cette assurée, qui n'a pas d'antécédent de sollicitation particulière de ses épaules, et qui ne présente aucun signe dégénératif au niveau de son épaule D, l'accident du 27.12.2018 a très probablement entraîné la lésion SLAP IV mise en évidence sur l'IRM du 31.12.2018 et l'arthro-IRM du 30.01.2019, étant donné que le mécanisme de la chute est adéquat pour provoquer une telle lésion, et que les examens d'imagerie ont montré que l'accident a en outre entraîné un épanchement intra-articulaire et une distension du faisceau antérieur du LGHI, ce qui atteste bien de la réalité du traumatisme au niveau de l'articulation gléno-humérale.

Réponses aux questions posées :

La lésion SLAP IV qui a été mise en évidence au niveau de l'épaule D de l'assurée est en relation de causalité pour le moins probable avec l'accident du 27.12.2018.

L'intervention proposée par le Dr P._____ pour traiter cette lésion SLAP est en relation de causalité pour le moins probable avec cet accident.

Suivant l'intervention effectuée et les suites de cette intervention, il pourrait se poser la question d'un statu quo."

Le tribunal a ouvert deux procédures de recours sous les numéros de causes AA 130/19 et AA 131/19.

X._____ SA a conclu au rejet par réponses séparées du 27 novembre 2019. L'assurance soutient qu'aucune pièce ne fait état d'une chute en arrière. Il serait fait au contraire état d'une chute de côté. Elle argue également que ce n'est que lorsqu'elle a reçu une décision que l'assurée a mentionné avoir essayé de se rattraper et avoir dès lors eu le bras en extension. Selon l'assurance, le Dr N._____ s'est fondé sur les deuxièmes déclarations de l'assurée. Il conviendrait d'accorder entière valeur probante à l'avis du Dr H._____. Celui-ci expliquerait les motifs pour lesquels seule une contusion et non une lésion SLAP a été causée par l'accident.

L'assurance produit encore deux rapports du Dr H._____ :

- un rapport du 15 avril 2020 dont la teneur est la suivante :

"On produit un nouveau rapport émanant du Dr B._____, daté du 10 février 2020, dans lequel notre collègue rappelle le descriptif accidentel qu'il aurait entendu (épaule en abduction-RE) et les premières constatations faites par lui-même, l'ayant ensuite conduit à organiser un consilium orthopédique.

Les informations contenues dans ce rapport du Dr B._____ rejoignent celles établies par ce même collègue en date du 17 janvier 2019 !

Le Dr N._____, ainsi que le conseil juridique de l'assurée, se base sur cette dynamique du traumatisme (abduction-RE) pour étayer son argumentaire.

Pourtant, ce descriptif accidentel ne semble pas correspondre à celui annoncé dans la DA, ni d'ailleurs dans le rapport d'inspecteur, documents qui font état d'une contusion directe sur l'épaule.

Le 16 mai 2019, j'ai apporté un descriptif détaillé des lésions SLAP (anatomie et biomécanique). Descriptif recueilli dans les publications originelles de Snyder. Ses dessins et explications sont systématiquement repris par les nombreux autres auteurs s'intéressant à ce sujet (cf. annexe 1).

La constitution d'une lésion SLAP IV (voire III), de par sa complexité (que l'on peut sans autre observer dans l'annexe), ne peut faire suite à un seul et unique traumatisme. Elle est le fruit de contraintes biomécaniques répétés et exagérés, souvent à vecteurs différents

(multi-directionnels), aboutissant en réalité à une dégénérescence de la jonction bicipito-laborale, puis à la déchirure anarchique qui, fait particulier, s'étale le long des fibres du LCB (sans produire une solution de la continuité de ce tendon).

La constitution d'une lésion SLAP II, qui correspond à un arrachement *en bloc* du complexe bicipito-labral, peut quant à elle résulter soit d'un seul et unique traumatisme (cf. rapport du 16 mai 2019), soit de micro-traumatismes en traction du biceps (l'exemple typique restant le sportif tel qu'il a été décrit par Snyder).

Pour aller plus loin, les lésions SLAP V, VII, VIII ou IX, qui reflètent en réalité une extension d'une SLAP II (c'est à dire la prolongation d'un décollement en bloc du labrum, soit en avant, soit en arrière), sont le plus souvent associées à des traumatismes à haute énergie, impliquant souvent des épisodes de luxation de l'épaule.

En d'autres termes, et pour simplifier la terminologie, je rappelle que toutes les lésions SLAP sont la conséquence de *traumatismes*.

- Certaines (ex. type I, III et IV) résultent de *micro-traumatismes* répétés (et/ou exagérés).
- D'autres (ex. type II et VI) peuvent faire suite à des micro-traumatismes, voire à un seul et unique traumatisme.
- Enfin, les lésions type V, VII, VIII et IX, semblent plus souvent associées à des traumatismes uniques, à haute énergie.

Aussi, la dernière pièce médicale apportée dans ce dossier ne modifie en rien mes conclusions du 16 mai 2019." ;

- un rapport du 16 septembre 2020 dont la teneur est la suivante :

"Pour faire suite à votre récente demande, je vous adresse cet énième rapport, en complément à ceux du 16 mai 2019 et du 15 avril 2020.

L'assurée a donc produit l'article originel de S. Snyder (1990), article décrivant les lésions SLAP I à IV.

Dans mon précédent rapport, j'avais évoqué qu'une lésion SLAP IV ne peut faire suite à un seul et unique traumatisme.

Vous me demandez si une telle citation ressort d'une étude publiée.

Je fais à nouveau référence à mes précédents rapports, dans lesquels j'insiste sur le fait que le mécanisme lésionnel précis de ces lésions SLAP n'est *pas établi*, les connaissances actuelles sur ce point restent toujours floues.

Snyder (comme par ailleurs Andrews, le premier à avoir décrit les lésions du bourrelet, ou encore Maffet) fait état en réalité d'une étude *épidémiologique ou observationnelle*. Il rapporte des diagnostics posés le plus souvent après des traumatismes, pour

certains relativement précis – chute sur la main, épaule en légère abduction/flexion ou traction axiale du membre supérieur (lancer). Une minorité non négligeable des patients ne pouvait se rappeler d'un traumatisme spécifique. L'auteur ne cite pas d'étude biomécanique (ex. in vitro) susceptible de faire le lien pour le moins probable entre le(s) traumatisme(s) annoncés et les lésions SLAP.

Je note que Maffet n'expose non plus pas d'étude biomécanique précise (article 1995, Am J Sports Med). Deux-tiers des patients étudiés ont signalé des traumatismes en traction (lancer). Seuls 8% se *remémoraient* une chute sur le membre supérieur, élément déclencheur de leurs douleurs. Trois-quarts des patients avait les critères anamnestiques d'un syndrome d'impingement sous-acromial *avant* le traumatisme. Près de la moitié de ces épaules montrait une instabilité gléno-humérale fruste à l'examen arthroscopique.

Le textbook de Rockwood et al. (The Shoulder), véritable référence pour les pathologies de l'épaule, de plus de 1200 pages, consacre à peine une demi-page pour les lésions SLAP spécifiant à nouveau l'absence d'éléments biomécaniques précis, pouvant expliquer le ou les mécanisme(s) lésionnel(s), probablement compte tenu de leur complexité. Fait intéressant, ce même textbook consacre un large chapitre sur la pathologie de la coiffe des rotateurs, avec cette fois des éléments biomécaniques étoffés.

La Société Française d'Arthroscopie (textbook « Arthroscopie », chez Elsevier) n'apporte non plus pas des éléments biomécaniques précis sur le sujet des lésions SLAP. On étaye quelques éléments concernant la fonction du long biceps. On précise qu'il y a une grande variabilité de l'anatomie du labrum (déjà évoquée par Andrews en son temps), rendant parfois difficile le diagnostic (lésion acquise ou variante de la norme). On pointe enfin le fait que la pathogénicité des lésions SLAP reste un sujet imprécis, compte tenu du nombre élevé de ces lésions après 50 ans, et dont l'écrasante majorité est cliniquement silencieuse.

Comme d'autres auteurs, la SFA reprend les éléments observationnels connus (Cf. études de Andrews, Snyder, etc.), signalant qu'un traumatisme initial est *possible*, sans écarter la notion d'un surmenage sportif à l'origine d'une large part de ces lésions, ou encore d'un état d'hyperlaxité qui peut favoriser leur survenue.

C'est ainsi que la revue de littérature faite par l'école de Genève (P. Clayson et al.) annote expressément que « l'étiopathogénie de ces lésions est encore peu claire ». L'étude cite cependant que, dans la majorité des cas, une lésion SLAP est associée à une pathologie de la coiffe (cf. notion de surmenage), à une laxité multi-directionnelle, ou à une instabilité gléno-humérale fruste.

L'étude Genevoise reprend les hypothèses biomécaniques connues – traumatisme par traction répétée (sportive) ou par compression (chute sur le bras), sans pouvoir y appliquer les résultats d'une étude biomécanique incontestable.

En conclusion, et sur la base des connaissances biomécaniques actuelles (finalement assez pauvres, ayant assez peu évolué depuis 30 ans), établir une relation de cause à effet pour le moins probable entre, un seul traumatisme et, une lésion SLAP, ne paraît pas possible.

Exception faite peut-être pour les stades V, VII, VIII et X (ceux décrits par Maffet) qui pourraient être associés à des épisodes de luxations de l'épaule, de par leur étendue, pour autant qu'une telle luxation ait été reconnue.

Pour ma part, je retiendrais une nuance biomécanique pour ce qui concerne les lésions SLAP II et VI, si elles sont associées à une chute sur le coude ou sur la main (coude verrouillée, et bras écarté), action vulnérante susceptible de générer une brusque ascension de la tête humérale, elle-même entraînant (mécanisme de traction) le tendon du long biceps (qui cravate en temps normal ladite tête humérale), ce dernier pouvant ensuite arracher en bloc le complexe bicipito-labral. Hypothèse qui mérite, je le concède, une étude biomécanique plus précise, compte tenu encore une fois d'une action vulnérante plutôt complexe.

Pour les autres lésions SLAP, les connaissances actuelles ne permettent clairement pas de stipuler qu'un seul et unique traumatisme peut en être responsable.

En d'autres termes, la relation de causalité naturelle entre, l'événement ou incident annoncé par l'assurée et, la lésion SLAP IV diagnostiquée à l'épaule droite, paraît très hautement improbable, voire exclue."

Z. _____ a produit avec sa réplique du 11 février 2020 un rapport du 10 février 2020 du Dr B. _____ à la teneur suivante :

"Le médecin soussigné atteste avoir examiné la personne susmentionnée le dimanche 30.12.2018 vers 13h00.

La consultation a été faite dans un premier temps par Mlle [...], médecin stagiaire (6ème année de médecine). L'anamnèse a été relevée par cette dernière comme suit (extrait copié du dossier médical) :

Consultation du 30.12.2018

Anamnèse: Consulte suite à trauma de l'épaule D en hyperabduction, jeudi 27.12, il y a 3 jours. A glissé en arrière, chaussures de ski aux pieds, épaule en abduction - extension et probablement rotation externe lors du choc, car a essayé de se rattraper à un banc en bois. A entendu un craquement, et ressenti une douleur intense. Malaise vaso-vagal, ce qui fait qu'elle est restée un moment à terre. A pu remettre lentement son bras coude au corps. N'a pas eu vraiment d'impression de déboîtement. Péjoration des douleurs de jour en jour, particulièrement intenses ce

jour, avec impotence fonctionnelle importante (même habillage etc...).

Lors de cette consultation, l'examen clinique était peu conclusif. Les radiographies standard ne mettaient pas en évidence de lésion traumatique.

En l'absence de diagnostic, chez une patiente qui n'avait pas de douleur au niveau de cette épaule avant l'accident, nous avons décidé de compléter d'emblée le bilan par une IRM. Au vu du tableau clinique, de l'importante douleur, nous avons émis l'hypothèse d'une éventuelle luxation gléno-humérale auto-réduite. Cette hypothèse ne s'est pas vérifiée par la suite. D'autres lésions ont toutefois été mises en évidence, compatibles avec le mécanisme lésionnel décrit, cf autres pièces du dossier. ”

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

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

c) L'art. 24 al. 1 LPA-VD prévoit que l'autorité peut, d'office ou sur requête, joindre en une même procédure des affaires qui se rapportent à une situation de faits identique ou à une cause juridique commune. Dans la mesure où les deux recours du 26 septembre 2019 se rapportent à une situation de fait identique et à une cause juridique commune, il convient de joindre les causes AA 130/19 et AA 131/19, ainsi que de se prononcer sur les deux recours dans un seul et unique arrêt.

2. Le litige porte sur le droit de Z._____ à des prestations de l'assurance-accidents pour la période postérieure au 30 janvier 2019.

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 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).

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).

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 (TF 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.2 et les références).

e) Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2 et la référence) entre seulement en considération s'il n'est pas

possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de la vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité. 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 de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (ATF 117 V 265 consid. 3b et les références ; TF 8C_383/2018 du 10 décembre 2018 consid. 3.2 ; voir également ATF 139 V 176 consid. 5.2).

4. 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_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

5. 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 »), 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_238/2018 du 22 octobre 2018 consid. 6).

6. a) En l'occurrence, l'assurance intimée a reconnu l'existence d'un accident puisqu'elle a admis de prester jusqu'au 30 janvier 2019. Z._____ n'a toutefois pas retrouvé l'état de santé qui était le sien avant l'accident à cette date.

Il est établi, et au demeurant non contesté par les parties, que la recourante présente une lésion SLAP de type IV de l'épaule droite (rapport d'arthro-IRM du 30 janvier 2019 du Dr K._____).

b) Le Dr H._____ fonde principalement son argumentation sur le fait que dans la déclaration d'accident du 17 janvier 2019, il est fait état d'un choc de l'épaule droite contre un banc en bois durant la chute.

De l'avis de ce médecin-conseil, l'accident du 27 décembre 2018 a causé une contusion de l'épaule droite de la recourante dont les stigmates ont disparu le 30 janvier 2019. Ainsi, dans son rapport du 16 mai 2019, le Dr H._____ conclut en écrivant que la lésion SLAP de type IV ne peut résulter d'un simple choc direct sur l'épaule, ceci en l'absence d'une action vulnérante complexe.

Or, dans son courrier du 16 janvier 2019 au Dr P._____, soit antérieur à la déclaration d'accident, le Dr B._____ expose que le mécanisme de l'accident est décrit comme une abduction-rotation externe forcée de l'épaule. De même, le Dr P._____, dans sa lettre du 17 janvier 2019 au Dr B._____, mentionne un bras en abduction.

c) De ce bref résumé des faits sur le plan médical, et contrairement à ce que soutient X. _____ SA, les descriptions du déroulement de l'accident faites par Z. _____ n'ont pas varié après la décision du 11 avril 2019 refusant la prise en charge des prestations au-delà du 30 janvier 2019.

A cet égard, le fait que l'intéressée ait déclaré avoir chuté sur le côté alors qu'elle était équipée de ses chaussures de ski, avec un impact de son épaule directement sur un banc en bois, n'est pas contradictoire.

Les déclarations des médecins consultés sont tout à fait crédibles d'autant plus que ni le Dr B. _____, ni le Dr P. _____ ne sont le médecin traitant de la recourante. Cette dernière n'a consulté le Dr B. _____ qu'à une seule reprise, quelques jours après sa chute, lequel l'a ensuite adressée à un chirurgien orthopédiste spécialiste de l'épaule, le Dr P. _____ à [...].

Il ressort en outre du dossier qu'au moment de l'accident, la recourante était âgée de quarante-deux ans. Selon ses déclarations, elle n'a jamais pratiqué de sport ou d'activité professionnelle sollicitant particulièrement son épaule.

d) Contrairement à ce que soutient l'assurance intimée, selon les renseignements des médecins consultés, la question du lien de causalité entre l'accident et les douleurs persistantes de la recourante au-delà du 30 janvier 2019 n'a pas été analysée de manière probante par le Dr H. _____. On est en effet en droit d'attendre d'un expert qui entend nier l'origine accidentelle des lésions constatées qu'il étaye son point de vue par des données d'ordre démographique, anamnestique, clinique, radiographique et peropératoire (ALEXANDRE LÄDERMANN et alii, Lésions transfixiantes dégénératives ou traumatiques de la coiffe des rotateurs, *in* Swiss Medical Forum, 2019, p. 267) et fournisse des explications circonstanciées sur le processus - non traumatique - qu'il estime être à l'origine des lésions constatées et sur les raisons précises pour lesquelles

le mécanisme accidentel n'a pas pu objectivement causer lesdites lésions ; il doit fonder son point de vue sur des éléments cliniques objectifs et non sur la base de simples règles d'expérience assénées de manière péremptoire. Or, la simplification de la terminologie dont il est fait usage par ce médecin-conseil pour conclure que la relation de causalité naturelle entre, l'événement ou incident annoncé par l'assurée et, la lésion SLAP IV diagnostiquée à l'épaule droite, paraît très hautement improbable, voire exclue, s'avère infondée et pas étayée par les publications originelles de Snyder citées en préambule.

A l'inverse de celles du Dr H._____, les explications du Dr N._____, spécialiste en chirurgie, médecin-conseil d'A._____, SA, reposent sur un raisonnement scientifique fondé sur des éléments objectifs ressortant du dossier médical. Selon ses conclusions, la lésion labrale de la recourante, qui est une lésion traumatique, est très probablement en relation avec la chute subie le 27 décembre 2018, ce d'autant que l'intéressée âgée de quarante-deux ans a déclaré qu'elle n'a jamais pratiqué de sport ou d'activité professionnelle sollicitant particulièrement son épaule.

e) La Cour de céans n'a aucun argument justifiant de s'écarter de l'analyse motivée et convaincante du Dr N._____. Il y a donc lieu de retenir que l'accident du 27 décembre 2018 est une cause des douleurs persistantes à l'épaule droite présentées par Z._____ qui n'étaient pas résorbées au mois de janvier 2019.

f) Au final, il y lieu de constater que l'assurance intimée a violé le droit fédéral en mettant un terme au versement de ses prestations avec effet au 30 janvier 2019.

7. a) Bien fondé, les deux recours doivent en conséquence être admis, ce qui entraîne l'annulation de la décision sur opposition attaquée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. a LPGA dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020, applicable

conformément à l'art. 82a LPGA), ni d'allouer de dépens, Z._____ ayant procédé sans mandataire qualifié (ATF 127 V 205 consid. 4b) et bien qu'obtenant gain de cause, A._____ SA n'a pas droit à des dépens pour ses frais de procès compte tenu de sa qualité d'organisme chargé de tâches de droit public (ATF 126 V 143 consid. 4a).

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

- I.** Les causes AA 130/19 et AA 131/19 sont jointes.
- II.** Les recours sont admis.
- III.** La décision sur opposition rendue le 26 août 2019 par X._____ SA est annulée.
- IV.** Il n'est pas perçu de frais de justice, ni alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Z. _____,
- A. _____ SA,
- X. _____ SA,
- Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP),

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 :