

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 14 janvier 2021

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
M. Neu, juge, et M. Bidiville, assesseur
Greffière : Mme Guardia

Cause pendante entre :

K._____, à [...], recourante, représentée par Me Charles-Henri de Luze,
avocat à Lausanne,

et

C._____, à [...], intimée, représentée par Me Séverine Berger, avocate à
Lausanne,

**Art. 29 Cst ; art. 4 et 42 LPGA ; art. 6 al. 1 et al. 2 et art. 36 al. 1
LAA**

E n f a i t :

A. a) K. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), droitère, née en [...], travaille pour [...] en qualité de femme de ménage. A ce titre, elle est assurée auprès de C. _____ (ci-après : C. _____ ou l'intimée) contre les accidents professionnels et non professionnels ainsi que les maladies professionnelles.

Le 3 mars 2018 à 15 heures, alors qu'elle descendait la rue [...], l'assurée a glissé sur de la neige, est tombée et s'est tapé le genou gauche ainsi que l'épaule droite (cf. déclaration d'accident sans incapacité de travail du 15 mars 2018).

L'assurée s'est présentée au [...] le 8 mars 2018, se plaignant de douleurs depuis les cervicales puis le long du trapèze jusqu'à l'épaule droite ainsi qu'au genou gauche. Dans son rapport du 22 mars 2018 la Dre Z. _____ a posé les diagnostics de contusion de l'épaule droite et d'entorse au genou gauche. Concernant l'épaule droite, elle a relevé que l'assurée ne présentait pas de tuméfaction ni d'hématome, que la palpation du squelette et des vertèbres était sans particularité, l'assurée présentant des douleurs à la palpation paravertébrale droite et au muscle du trapèze droit. La mobilité en abduction était difficile à partir de 160°, les mouvements dans le reste des plans étant sans particularité. Le testing de la coiffe, négatif, était également sans particularité hormis une sensibilité au niveau du muscle deltoïde au cours de tous les tests suivants. Des radiographies du genou gauche montraient des lésions dégénératives uniquement. Il ressort en outre de ce rapport qu'à l'issue de la consultation, l'assurée a été invitée à reconsulter dans le cas où les douleurs décrites devaient persister.

b) Dans un rapport du 29 mars 2019, le Dr H. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a rendu compte de l'examen clinique de l'assurée effectué le 26 mars 2019 ainsi que de radiographies de l'épaule droite et posé le

diagnostic de « tendinopathie plus ou moins lésion de la coiffe des rotateurs à l'épaule droite ».

Une arthrographie et une imagerie par résonance magnétique (IRM) de l'épaule droite ont été réalisées le 4 avril 2019. Dans son rapport du même jour en rendant compte, le Dr [...], spécialiste en radiologie, a retenu ce qui suit :

« IRM de l'épaule droite :

Arthropathie acromio-claviculaire dégénérative et synovite congestive avec bec sous-acromio-claviculaire responsable d'un impingement une à la surface du muscle supra-épineux. Petite bursite sous-acromio-deltoïdienne associée. Déchirure du tendon sous-scapulaire avec calcifications en profondeur du tendon déchiré de 10 mm de grand axe, avec épargne de quelques fibres superficielles. Le tendon sous-scapulaire est subluxé et présente un épaississement et un hypersignal prédominant autour de la poulie. Distalement, le tendon est dans sa gouttière. Minime lésion sur le versant articulaire du supra-épineux qui présente un épaississement et un hypersignal au niveau de son enthèse. Pas de déchirure transfixiante. Le tendon infra-épineux présente également une légère hétérogénéité distale dégénérative au niveau de son enthèse avec un minime hypersignal sous-cortical sur la tête humérale en regard, sans signe de déchirure transfixiante. Légère atrophie à moins de 20% du muscle supra-épineux et sous-scapulaire. Petite calcification labrale antéro-supérieure avec remaniements dégénératifs cartilagineux adjacents. Pas de lésion cartilagineuse. Reste sans particularité.

Conclusion

Déchirure subtotale du versant articulaire du sous-scapulaire, avec épargne superficielle et subluxation avec tendinopathie du sous-scapulaire et petite calcification en profondeur du sous-scapulaire de 10 mm de grand axe longitudinal.

Petite tendinopathie sur le versant articulaire de grade 1 du supra-épineux et petite tendinopathie distale de l'infra-épineux. Arthropathie acromio-claviculaire avec bec sous-acromio-claviculaire responsable d'un impingement à la surface du supra-épineux ».

Le 30 avril, le Dr H. _____ a préconisé une intervention chirurgicale en vue de la réparation de la coiffe des rotateurs.

Aux termes d'un envoi du 10 mai 2019, répondant à un questionnaire qui lui avait été adressé par l'assureur-accidents, le Dr H. _____ a posé le diagnostic de déchirure de la coiffe des rotateurs à l'épaule droite.

Dans un rapport du 10 mai 2019, le Dr S._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin-conseil auprès de C._____, a posé le diagnostic de contusions simples du genou gauche et de l'épaule droite survenues le 3 mars 2018. Il a relevé que l'assurée présentait, avant l'événement en question, un état dégénératif du genou gauche, une lésion dégénérative de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite et une arthrose acromio-claviculaire ainsi qu'un conflit sous-acromial à l'épaule droite et a considéré que les troubles de la santé actuellement dénoncés n'étaient vraisemblablement pas en relation de causalité avec l'événement. Le médecin a précisé que le *status quo sine/ante* était atteint au mois de septembre 2018.

Dans une prise de position du 20 mai 2019, C._____ a informé l'assurée de son intention de mettre fin au versement de ses prestations au 30 septembre 2008 [recte : 2018], au motif que les troubles subsistants dès cette date ne se trouvaient pas en relation de causalité avec l'événement du 3 mars 2018.

Le 23 mai 2019, l'assurée a subi une arthroscopie avec débridement, une ténotomie du long chef du biceps et une réparation de la coiffe des rotateurs. Dans son protocole opératoire du même jour, le Dr H._____ a notamment indiqué ce qui suit :

« Diagnostic arthroscopique :

Luxation médiale du long chef du biceps avec lésion traumatique de la poulie, il y a également une délamination traumatique de la partie intra-articulaire du long chef du biceps. Déchirure de la partie haute du sous-scapulaire, d'aspect traumatique, avec un moignon tendineux au niveau de la petite tubérosité.

Gestes arthroscopiques :

Ténotomie distale du long chef du biceps dans la gouttière. Le moignon du long chef du biceps délaminé et déchiré sur son insertion est réséqué puis retiré de l'articulation ».

Le 11 juin 2019, l'assurée a contesté l'envoi de C._____ du 20 mai 2019. Elle a produit un rapport du 5 juin 2019 du Dr H._____ relevant que la déchirure de la coiffe des rotateurs avec luxation du long-

chef du biceps était consécutive à un traumatisme, ce qu'il avait pu constater lors de l'intervention chirurgicale.

Dans un avis du 26 juin 2019, le Dr S. _____ a indiqué ce qui suit (sic) :

« Le chirurgien a établi un document en date du 5 juin 2019, à l'intention de l'assurée, mentionnant des suites d'accident. Pour étayer ses conclusions, il fait mention du rapport opératoire que nous vous joignons.

- IRM du 04.04.2019 : arthrose acromio-claviculaire+bec sous-acromial = conflit sous-acromial. Tendinopathie calcifiante du sous-scapulaire+pte déchirure longitudinale = dégénérative. Le radiologue décrit le tendon sous-scapulaire sub-luxé et déchiré. La poulie ? est épaissie, mais non déchirée, le tendon est dans sa gouttière ? (s'agit-il de LCB ?). Tendon du sus-épineux = tendinopathie dégénérative. Atrophie du sus-épineux et sous-scapulaire + calcification du labrum. Tendon du LCB en tant que tel n'est pas décrit.

A l'évidence, il s'agit de lésions dégénératives et anciennes.

La déchirure du tendon du sous-scapulaire est en profondeur et dans l'axe du tendon ; les calcifications du

[...]

labrum avec remaniement défénératif et cartilagineux adjacent démontre qu'il s'agit aussi de lésions dégénératives.

L'opération du 23.05.2019 : débridement+ténotomie du LCB avec suture du sous-scapulaire. On mentionne luxation du LCB, non mentionnée ni sur l'arthrographie, ni sur l'IRM. On mentionne une déchirure haute du sous-scapulaire d'aspect « traumatique » - sur quel critère ? En ce qui me concerne, je n'en vois pas. Idem pour la lésion de la poulie du LCB. Par ailleurs, dans un conflit sous-acromial avéré avec un acromion crochu et tendinopathie du sus-épineux, j'estime qu'on aurait dû procéder à une acromio-plastie+réséction clavicule distale au vu de l'arthrose acromio-claviculaire. En conclusion, il s'agit d'un état dégénératif de l'épaule dte et l'intervention, une année après l'événement, traite cet état dégénératif ».

Par décision du 11 juillet 2019, C. _____ a mis fin au versement de ses prestations au 30 septembre 2018. Elle a expliqué que les lésions du genou gauche et de l'épaule droite étaient d'origine dégénérative et qu'il n'existait dès lors pas de lien de causalité entre les troubles invoqués dès le 30 septembre 2018 et l'événement du 3 mai [recte : mars] 2018.

Par acte du 9 août 2019, l'assurée, représentée par Me Charles-Henri de Luze, s'est opposée à la décision du 11 juillet 2019. Elle a fait valoir que l'événement du 3 mars 2018 constituait un accident et que - même à admettre l'existence d'atteintes dégénératives préexistantes - ses troubles à l'épaule droite étaient consécutifs à cet accident dès lors qu'elle n'avait jamais présenté de telles problématiques auparavant. Aux termes de son écriture, Me de Luze a requis de « pouvoir déposer un mémoire complémentaire après avoir pu prendre connaissance du dossier de l'opposante ».

Par décision sur opposition du 23 septembre 2019, C._____ a rejeté l'opposition de l'assurée et confirmé sa décision du 11 juillet 2019. Elle a considéré que les problématiques encore présentes après le 30 septembre 2018 n'étaient pas en lien de causalité avec l'événement du 3 mars 2018 et que la déchirure du tendon sous-scapulaire constituait une lésion assimilée à un accident, mais due de manière prépondérante à l'usure ou à la maladie.

B. Par acte du 30 octobre 2019, K._____, toujours représentée par Me de Luze, a déféré la décision sur opposition susmentionnée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal et conclu principalement à son annulation et au renvoi de la cause devant C._____ pour nouvelle instruction et subsidiairement à sa réforme en ce sens que des prestations de l'assurance-accidents lui soient allouées au-delà du 30 septembre 2018, la cause étant renvoyée à C._____ « pour qu'elle statue sur l'importance de cette prise en charge ». Elle s'est plainte d'une violation de son droit d'être entendue. Sur le fond, elle a fait valoir que le Dr H._____, dont l'opinion devait être préférée à celle du médecin conseil de l'assureur-accidents, maintenait que ses lésions à l'épaule droite étaient d'origine traumatique et que « c'[était] un fait notoire qu'une chute sur la neige [pouvait] entraîner une souffrance » telle celle qu'elle avait développée au niveau de son épaule droite. Elle a en outre maintenu les griefs développés à l'appui de son opposition du 9 août 2019 et a requis que soit ordonnée une expertise médicale ainsi que la tenue

d'une audience lors de laquelle des témoins devaient être entendus. A l'appui de son recours, elle a notamment produit les pièces suivantes :

- un rapport du 19 août 2019 du Dr H. _____ dont le contenu est le suivant (sic) :

« Ma position est relativement claire : les lésions qui ont été constatées à l'épaule droite de votre cliente sont d'origine traumatique. Ces lésions sont consécutives à la chute qu'a relatée Madame K. _____.

Il est pour moi évident que les conclusions données par le ou les médecins de C. _____, ne sont pas le fait de spécialistes, puisqu'ils ne font qu'interpréter des écrits à leur avantage. Malgré cela, les rapports d'imagerie, ainsi que les rapports suite aux différentes consultations que j'ai eu avec Madame K. _____, font état d'une déchirure du tendon du sous-scapulaire avec une subluxation du long chef du biceps, ce qui correspond à des lésions traumatiques.

Il s'agit donc d'une tentative maladroite de l'assurance pour se soustraire à ses obligations.

[...] » ;

- un courriel du 22 octobre 2019 du Dr H. _____ dont le contenu est le suivant :

« J'ai pris connaissance du rapport du médecin conseil de C. _____ (en annexe).

Ses conclusions me paraissent erronées, notamment pour les raisons suivantes :

- Mme K. _____ a très bien décrit un traumatisme survenu environ une année avant la première consultation.
- L'IRM du 4 avril 2019 met en évidence une déchirure du tendon, et une luxation du long chef du biceps, qui sont d'origine traumatique
- Bien qu'il y ait effectivement des lésions dégénératives sur les images de l'IRM, il serait faux (voire malhonnête) de prétendre que la luxation du biceps et la déchirure du supra-épineux ne soient pas de manière prépondérante dues à un accident ».

Par réponse du 16 décembre 2019, C. _____, représentée par Me Séverine Berger, a conclu au rejet du recours.

Par réplique du 20 février 2020, K._____ a confirmé ses précédents moyens et conclusions. Elle a produit un écrit du 18 février 2020 du Dr H._____ dont le contenu est le suivant :

« [Après lecture des avis du Dr S._____, maintenez-vous votre position ?]

Oui, malgré des lésions dégénératives au niveau de l'épaule, il y avait effectivement des lésions traumatiques, raison pour laquelle l'indication chirurgicale a été posée. Sans le problème traumatique, une opération n'était pas nécessaire.

[En quoi les explications du Dr S._____ ne vous paraissent pas résister à la critique ?]

Car, bien qu'il y avait effectivement des lésions dégénératives dans l'épaule, il y avait également des lésions traumatiques. L'existence de lésions dégénératives dans une épaule n'exclut pas des lésions traumatiques causées par un accident, qui peut les expliquer ce qui était le cas chez ma patiente.

[...]

[...]. A mes yeux, il est évident que les lésions corporelles dont a souffert ma patiente avaient pour cause prépondérante, l'accident dont elle a été victime et non les lésions dégénératives ».

Par duplique du 19 mai 2020, C._____ a maintenu sa position.

La recourante s'est encore déterminée le 24 juin 2020.

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.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante aux prestations de l'assurance-accidents au-delà du 30 septembre 2018, en particulier sur la question de l'existence d'un lien de causalité entre les lésions à l'épaule droite encore présentes après cette date et l'événement survenu le 3 mars 2018.

3. a) La recourante se plaint en premier lieu d'une violation de son droit d'être entendue dès lors que l'intimée ne lui aurait pas permis, antérieurement à sa décision sur opposition, de prendre connaissance du dossier.

b) Spécifiquement prévu aux art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) et 42 LPGA, le droit d'être entendu consacre, en particulier, le droit de chacun de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, d'avoir accès au dossier, de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 142 II 218 consid. 2.3 ; 141 V 557 consid. 3.1 et références citées).

Le droit d'être entendu est une garantie de nature formelle, dont la violation entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recours sur le fond (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 142 III 360 consid. 4.1.4 ; 137 I 195 consid. 2.2). Cette violation peut cependant être réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2 ; 135 I 279 consid. 2.6.1). Toutefois, une telle réparation doit rester l'exception et n'est admissible, en principe, que dans l'hypothèse d'une atteinte qui n'est pas particulièrement grave aux droits procéduraux de la partie lésée ; cela étant, une réparation de la violation du droit d'être

entendu peut également se justifier, même en présence d'un vice grave, lorsque le renvoi constituerait une vaine formalité et aboutirait à un allongement inutile de la procédure, ce qui serait incompatible avec l'intérêt de la partie concernée à ce que sa cause soit tranchée dans un délai raisonnable (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2 et les références citées).

c) En l'occurrence, la recourante reproche à l'intimée de ne pas lui avoir permis d'accéder à son dossier avant de rendre sa décision sur opposition du 23 septembre 2019 ce qui l'aurait empêchée de valablement contrer les avis du Dr S. _____ dont elle n'avait pas pris connaissance.

Dans sa décision du 11 juillet 2019, l'intimée s'était explicitement référée aux deux avis de son médecin-conseil de sorte qu'en rédigeant son opposition la recourante devait avoir connaissance de leur existence et de leur contenu. C'est le lieu de relever que la formulation employée par le conseil de la recourante dans son écriture du 9 août 2019, « on requiert de pouvoir déposer un mémoire complémentaire après avoir pu prendre connaissance du dossier de l'opposante », ne revêt pas une grande clarté. En effet, on ignore si cela signifiait que le conseil n'avait pas eu le temps de prendre connaissance du dossier déjà en sa possession ou s'il souhaitait pouvoir le consulter en mains de l'intimée. En tout état de cause, on constate que la recourante n'a pas explicitement requis de pouvoir consulter le dossier auprès de l'intimée. Quoi qu'il en soit, même dans l'hypothèse où une violation du droit d'être entendu devrait être admise *in casu*, il conviendrait de constater qu'un éventuel manquement serait réparé devant l'autorité de céans, le recours selon les art. 56 ss LPGa étant un moyen de droit permettant un examen complet de la décision entreprise, en fait et en droit (TF 9C_205/2013 du 1^{er} octobre 2013 consid. 1.3, renvoyant à TF 9C_127/2007 du 12 février 2008), et la recourante ayant eu tout loisir de faire valoir ses arguments de façon circonstanciée dans le cadre de la présente procédure de recours.

Quant au fait que l'intimée n'a pas été en mesure de produire son courrier contenant les questions auxquelles le Dr H. _____ a répondu dans son rapport du 10 mai 2019, cela est sans importance dès lors que la lecture de ce document est suffisamment compréhensible.

4. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

L'art. 4 LPGA définit l'accident comme 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. La notion d'accident repose donc sur cinq éléments, ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable à la santé, le caractère soudain de l'atteinte, son caractère involontaire, un facteur extérieur et le caractère extraordinaire de ce facteur extérieur (ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1).

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle et adéquate (ATF 142 V 435 consid. 1 ; 129 V 177 consid. 3.2 et les références citées).

L'exigence de la causalité naturelle 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).

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). 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, pp. 340 ss ; TF U 215/97 du 23 février 1999 consid. 3b [RAMA 1999 n° U 341 p. 408 sv.]). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence d'un rapport de causalité avec l'événement assuré.

5. L'art. 6 al. 2 LAA, dans sa teneur au 1^{er} janvier 2017, prévoit désormais que l'assurance alloue aussi ses prestations pour les lésions corporelles suivantes, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie :

- a. les fractures ;
- b. les déboîtements d'articulations ;
- c. les déchirures du ménisque ;
- d. les déchirures de muscles ;
- e. les élongations de muscles ;
- f. les déchirures de tendons ;
- g. les lésions de ligaments ;
- h. les lésions du tympan.

Dans l'arrêt publié aux ATF 146 V 51, le Tribunal fédéral a examiné les répercussions de la modification législative introduite par la nouvelle du 25 septembre 2015 sur les lésions corporelles assimilées à un accident. Il s'est notamment penché sur la question de savoir quelle disposition était désormais 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. Le Tribunal fédéral 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 résumé dans la RSAS 1/2020 p. 33ss ; TF 8C_169/2019 du 10 mars 2020 consid. 5.2).

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 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées). Il n'existe aucun principe juridique dictant à

l'administration ou au juge de statuer en faveur de l'assuré en cas de doute (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et les références citées).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, 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 de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs 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 permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme

objectivement fondés (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee ; TFA U 216/04 du 21 juillet 2005 consid. 5.2).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, 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 l'assuré, 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 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

7. a) En l'occurrence, il ressort des éléments au dossier, en particulier de la déclaration d'accident du 15 mars 2018 que, le 3 mars 2018, l'assurée a glissé sur la neige et qu'elle a ensuite présenté une contusion à l'épaule droite et une entorse au genou gauche. Un tel événement constitue un accident au sens de l'art. 4 LPGA, ce que l'intimée ne semble pas nier. Dès lors, la question du versement de prestations doit être examinée à la seule lumière de l'art. 6 al. 1 LAA à l'exclusion de l'art. 6 al. 2 LAA (cf. consid. 5 *supra*).

b) Estimant que le *status quo sine* avait été rétabli le 30 septembre 2018, l'intimée a considéré qu'il ne lui incombait pas de prendre en charge les suites de l'opération subie par la recourante au mois de mai 2019. Elle se fonde à cet égard sur les avis du Dr S. _____ du 10 mai et du 26 juin 2019. Contrairement à ce qu'allègue la recourante, le Dr S. _____ est spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Il a rédigé son rapport du 26 juin 2019, plus développé, après avoir pris connaissance de l'ensemble des pièces médicales au dossier, en particulier de l'arthrographie et de l'IRM du 4 avril 2019 ainsi que du protocole opératoire du Dr H. _____ sur lequel ce dernier se fondait, dans son rapport du 5 juin 2019, pour affirmer que les

lésions ayant donné lieu à l'opération du 23 mai 2019 étaient d'origine traumatique.

aa) Le Dr S._____ a repris en détail l'ensemble des observations faites par le radiologue à la suite des examens du 4 avril 2019 et expliqué pour quelles raisons chacune des problématiques observées présentait une origine dégénérative. Le rapport d'IRM du 4 avril 2019 relève d'ailleurs directement le caractère dégénératif de ces atteintes, puisqu'il décrit notamment une « déchirure subtotale du versant articulaire du sous-scapulaire avec épargne superficielle et subluxation avec tendinopathie du sous-scapulaire et petite calcification en profondeur du sous-scapulaire de 10 mm du grand axe longitudinal » ainsi qu'une « petite calcification labrale antéro-supérieure avec remaniements dégénératifs cartilagineux adjacents » et note le caractère dégénératif de l'ensemble des problématiques observées. Le Dr S._____ a ainsi constaté l'existence d'une arthrose acromio-claviculaire et d'un conflit sous-acromial ce qui atteste d'un état dégénératif préexistant.

Aucun élément ne permet de remettre en cause l'appréciation du Dr S._____. En effet, la question de la causalité naturelle entre les douleurs à l'épaule droite et l'accident a fait l'objet d'une étude circonstanciée, laquelle est corrélée par d'autres éléments au dossier (cf. consid. 7b bb) *infra*).

bb) Il ressort ainsi du dossier que la recourante, femme de ménage droitrière, a attendu cinq jours après l'accident avant de se rendre au [...]. A cette occasion, il n'a été constaté que des contusions à l'épaule droite. La recourante se plaignait alors uniquement de douleurs depuis les cervicales puis le long du trapèze jusqu'à l'épaule. Il n'a été observé aucune impotence fonctionnelle, le testing de la coiffe, négatif, étant sans particularité hormis une sensibilité au niveau du muscle deltoïde. Dans le cadre de son examen, la Dre Z._____ a fait procéder à des radiographies du genou uniquement, estimant sans doute que des examens d'imagerie n'étaient pas nécessaires concernant l'épaule droite. Dans le même sens, le constat de ce médecin d'une mobilité en abduction difficile à partir de

160° n'atteste pas d'une lésion traumatique, laquelle impliquerait une atteinte immédiate à la mobilité active. Il découle de ce qui précède qu'il n'existait, au premier examen, aucun élément laissant à penser que la recourante aurait souffert, à l'issue de sa chute, d'une lésion traumatique au niveau de son épaule droite.

La recourante n'a présenté aucune incapacité de travail ensuite de sa chute ni n'a nécessité la mise en place d'un traitement. Les prestations de l'assurance-accidents réclamées – soit la prise en charge de frais médicaux et le versement d'indemnités journalières pour une incapacité de travail – font suite à l'opération du 23 mai 2019, opération qui s'est déroulée plus d'un an après l'événement accidentel. A cet égard, l'écoulement du temps entre l'événement du 3 mars 2018 et le traitement, d'environ un an, est un autre élément attestant de l'absence de lien de causalité entre l'atteinte litigieuse et l'accident. En effet, l'action vulnérante de la chute n'était pas importante, vu l'absence d'impotence fonctionnelle, la hauteur de la chute (hauteur de la personne) et la réception sur le genou gauche. Il est dès lors peu vraisemblable qu'une telle chute ait pu provoquer des lésions restées presque asymptomatiques – puisqu'elles n'ont pas amené la recourante à demander un traitement – qui fassent effet un an plus tard.

cc) L'appréciation divergente du Dr H._____ se fonde principalement sur les déclarations de la recourante selon lesquelles elle aurait ressenti des douleurs après l'accident. Or, ce spécialiste n'a vu l'intéressée pour la première fois qu'un an après cet événement. De plus, il n'étaye pas sa position sur des éléments objectifs. En particulier, il ne commente pas le rapport d'IRM du 4 avril 2019 qui relève pourtant – comme on l'a vu – de nombreuses lésions dégénératives et la calcification en profondeur du tendon déchiré. Il retient que les lésions qui ont donné lieu à l'intervention du 23 mai 2019 sont dues de manière prépondérante à l'accident sans expliquer pour quelles raisons. Il affirme ainsi, sans autre explication : « les rapports d'imagerie, ainsi que les rapports suite aux différentes consultations que j'ai eu[es] avec Madame K._____, font état d'une déchirure du tendon du sous-scapulaire avec une subluxation du

long chef du biceps, ce qui correspond à des lésions traumatiques » (rapport du 19 août 2019) ou « l'IRM du 4 avril 2019 met en évidence une déchirure du tendon, et une luxation du long chef du biceps, qui sont d'origine traumatique » (rapport du 22 octobre 2019) ou encore « il y avait effectivement des lésions traumatiques » (rapport du 20 février 2020). Dans son rapport du 5 juin 2019, le Dr H. _____ a exposé que la recourante présentait une déchirure de la coiffe des rotateurs avec luxation du long-chef du biceps, consécutive à un traumatisme, ce qu'il avait pu constater lors de l'intervention chirurgicale. Il n'a cependant pas précisé ce qu'il avait observé qui ne figurerait pas dans les documents d'imagerie et qui le menait à poser un tel constat. Le Dr S. _____ qui a analysé le protocole opératoire du 23 mai 2019 a lui-même indiqué ne pas trouver d'explications aux conclusions de son confrère, relevant en particulier qu'il ne voyait pas pourquoi la lésion du long-chef du biceps ou la lésion de la poulie du long-chef du biceps seraient d'aspects traumatiques.

Le Dr H. _____ affirme que l'existence de lésions dégénératives n'exclut pas des lésions traumatiques - ce qui n'est sur le principe pas contestée par l'intimée qui nie la présence de telles lésions. Le Dr H. _____ n'explique pas comment il arrive à la conclusion de l'existence d'atteintes traumatiques et ne justifie pas non plus la prétendue prépondérance de ces atteintes qui semble évidente pour lui. Le Dr H. _____ paraît ainsi partir de la prémisse qu'une déchirure du tendon sous-scapulaire ne peut avoir qu'une origine traumatique.

Les observations du Dr H. _____ ne permettent pas de jeter le doute sur les conclusions du Dr S. _____, suivies par l'intimée.

dd) Il résulte de ce qui précède que les atteintes présentées par la recourante un an après l'événement du 3 mars 2018 ne résultent pas de cet accident mais bien d'une atteinte dégénérative préexistante. A cet égard, les arguments de la recourante relevant qu'avant l'accident, elle n'avait jamais ressenti la moindre douleur à l'épaule droite relèvent d'un raisonnement « *post hoc, ergo propter hoc* » insuffisant à démontrer

l'existence d'un lien de causalité entre cette atteinte et l'événement litigieux (cf. consid. 4c *supra*). On ignore de même quelle conclusion la recourante tente de tirer de son affirmation selon laquelle « c'est un fait notoire qu'une chute sur la neige peut entraîner une souffrance » à l'épaule.

8. Le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de compléter l'instruction comme le requiert la recourante par la mise en œuvre d'une expertise ou la tenue d'une audience d'instruction. En effet, ces mesures d'instruction ne seraient pas de nature à modifier les considérations qui précèdent puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit, en particulier la position du Dr H. _____ a été examinée sur la base de ses écrits (appréciation anticipée des preuves ; ATF 130 II 425 c. 2.1 ; 122 II 464 consid. 4a ; TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.2.1 ; TF 8C_361/2009 du 3 mars 2010 consid. 3.2).

9. a) Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition rendue le 23 septembre 2019 par C. _____ doit être confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, dès lors que la recourante n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

c) Par décision du 31 octobre 2019, la recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 30 octobre 2019 et a obtenu à ce titre la commission d'un avocat d'office en la personne de Me Charles-Henri de Luze. Ce dernier a produit sa liste des opérations le 28 juillet 2020, qui comprend notamment des débours. Il convient toutefois sur ce dernier point d'appliquer le forfait de 5 % du défraiement hors taxe (art. 3^{bis} al. 1 RA) [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). Les opérations de Me de Luze étant justifiées pour le surplus, son indemnité est arrêtée à

2'401 fr. 90, débours et TVA compris (11.8 heures à 180 fr. + 5 % + TVA [7.7 %]).

Cette rémunération est provisoirement supportée par le canton. La recourante est rendue attentive au fait qu'elle est tenue de rembourser l'indemnité du conseil d'office, dès qu'elle sera en mesure de le faire en vertu de l'art. 123 al. 1 CPC. Le Service juridique et législatif est chargé de fixer les modalités de ce remboursement (cf. art. 5 RAJ).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 23 septembre 2019 par C._____ est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu d'émolument judiciaire, ni alloué de dépens.
- IV. L'indemnité d'office de Me Charles-Henri de Luze, conseil de la recourante, est arrêtée à 2'401 fr. 90 (deux mille quatre cent un francs et nonante centimes), débours et TVA compris.
- V. La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Charles-Henri de Luze (pour K._____),
- Me Séverine Berger (pour C._____),
- 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).

La greffière :