

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 15 avril 2026

Composition : Mme BERBERAT, présidente
M. Wiedler, juge, et M. Oppikofer, assesseur
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

B. _____, à U***, recourante,

et

VAUDOISE GÉNÉRALE, COMPAGNIE D'ASSURANCES SA, à Lausanne,
intimée.

Art. 6 al. 1 et 36 al. 1 LAA ; 11 OLAA

En fait :

A. a) B. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en ***, travaillait en tant que courtière en location à 100 % pour le compte de G. _____ SA à Q***. A ce titre, elle était assurée obligatoirement contre le risque d'accidents professionnels et non professionnels auprès de Vaudoise Générale Compagnie d'Assurances SA (ci-après : la Vaudoise ou l'intimée).

Par déclaration d'accident du 25 juin 2010, transmise à la Vaudoise par l'intermédiaire de l'employeur, l'assurée a annoncé s'être blessée le 17 juin 2010 dans les circonstances suivantes :

« Je finissais une visite dans l'immeuble. Ma cheville a lâché sur la deuxième marche en descendant les escaliers et je suis tombée l'épaule la première 5-6 marches en dessous. »

En raison de douleurs persistantes à l'épaule droite, une IRM a été réalisée le 8 septembre 2010 dont on extrait ce qui suit du compte-rendu dressé le même jour :

« **Description :**

Présence d'une fracture engrenée du trochiter, enfoncée de 2 mm, associée à un important hypersignal T2 FS de l'os spongieux trochitérien et du compartiment intra-spongieux de la tête humérale adjacent au trait de fracture. Pas d'évidence de rétraction tendineuse, sus- ou sous-épineuse. Atrophie musculaire de l'ordre de 20 à 30 % du muscle sus-épineux. Pas d'évidence de rétraction tendineuse, concernant le muscle sous scapulaire. Le tendon du long chef du biceps est correctement positionné dans sa gouttière. Articulation acromio-claviculaire, sans anomalie visible. Trophicité cartilagineuse gléno-humérale satisfaisante. Le bourrelet glénoïdien est intact. Probable complexe de Bufort.

Conclusion :

Fracture subaiguë, engrenée de la partie postérieure du trochiter avec œdème persistant. Pas d'évidence de rétraction tendineuse sus-épineuse, sous épineuse ou sous scapulaire. Une déchirure de ces tendons ne peut être exclue en l'absence de contraste intra-articulaire. »

Dans un rapport du 7 décembre 2010 faisant suite à une consultation du 16 novembre précédent, le Dr K. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué que, s'agissant de l'épaule droite, l'évolution était « tout à fait favorable »

avec une « nette amélioration de la symptomatologie algique et une bonne récupération fonctionnelle ».

Dans un rapport médical intermédiaire complété sur formule *ad hoc* le 16 mai 2011, le Dr L._____, médecin auprès de l'Hôpital de M***, a posé, outre une contusion cervicale et une entorse de la cheville droite, le diagnostic de fracture impaction du trochiter de l'épaule droite avec tendinopathie du biceps droit. Quand bien même des douleurs persistaient à cette épaule, l'évolution était favorable grâce aux séances de physiothérapie prescrites. L'assurée avait pu reprendre l'exercice de son activité professionnelle à 100 % depuis le 21 juin 2010.

b) Souffrant toujours d'une gêne à l'épaule droite avec des douleurs irradiant dans le bras, l'assurée a consulté le Dr N._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lequel a consigné les éléments suivants dans son rapport du 16 juillet 2024 :

« (...)

Radiologiquement, les radiographies de 2010 ont été décrites comme « sans fracture », mais en réalité on a quand même l'impression d'un trait au niveau du trochiter. Il y a aussi une surélévation de la tête humérale, qui est le signe d'une déchirure tendineuse.

Je lui ai conseillé de faire une arthro-IRM de l'épaule droite [réalisée le 17 juin 2024, réd.] qui a mis en évidence une déchirure partielle du tiers supérieur et superficielle du sous-scapulaire. Déchirure subtransfixiante de la face profonde du tendon du supra-épineux à son insertion au niveau de ses deux tiers antérieurs. Pas de répercussion musculaire.

Discussion : Suite à cet examen, des explications lui ont été données sur les lésions sur la base de l'examen et de modèles. Cette déchirure de la coiffe est clairement d'origine traumatique vu l'âge de la patiente.

Attitude : On va essayer de tenter un traitement conservateur, mais en cas d'échec il faudra envisager une arthroscopie de son épaule droite avec réparation du sous-scapulaire et du supra-épineux + cellules souches. Je remercie d'ores et déjà le Médecin-conseil de la Vaudoise de bien vouloir me confirmer la prise en charge de cette intervention qui va nécessiter 3-4 jours d'hospitalisation. Nous referons le point le 3 septembre ».

Le 17 juillet 2024, la Vaudoise a enregistré l'annonce de la rechute de l'accident du 17 juin 2010 effectuée par l'employeur de l'assurée.

Le 13 août 2024, l'assurée a répondu au questionnaire que la Vaudoise lui a adressé. A la question de savoir quel traitement médical ou quelle thérapie en lien avec l'événement du 17 juin 2010 elle avait suivi entre le 10 juin 2011 et le 7 mai 2024, elle a fait état de nombreux rendez-vous chez l'ostéopathe en raison de douleurs persistantes depuis l'accident de 2010, lesquelles s'étaient accentuées ces six derniers mois.

Dans un rapport du 13 novembre 2024, le Dr N._____ a prescrit neuf séances de physiothérapie à l'assurée, tout en lui suggérant de consulter le Dr P._____, médecin praticien, pour ses douleurs aux articulations du côté droit.

Sollicité pour appréciation, le Dr E._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin-conseil auprès de la Vaudoise, a posé les diagnostics de contusion du rachis cervical, de fracture *in situ* du trochiter le 17 juin 2010 et de contusion de la cheville droite ainsi que ceux - sans lien avec l'accident du 17 juin 2010 - de délamination de la face supérieure du sous-scapulaire de l'épaule droite et de délamination de la face profonde du sus-épineux de l'épaule droite. Il a relevé que, si l'IRM réalisée le 8 septembre 2010 n'avait pas révélé de lésion transfixiante, elle avait par contre mis en évidence que le sus-épineux présentait une atrophie de 20 à 30 %, ce qui témoignait d'une très probable tendinopathie sous-jacente. L'arthro-IRM effectuée le 18 juin 2024 montrait « cette fois-ci correctement la délamination du sus-épineux et du sous-scapulaire ». Le médecin-conseil en concluait qu'il s'agissait d'une coiffe dégénérative, dont les premiers signes étaient apparus en 2010 et que ceux-ci ne présentaient pas de lien de causalité avec l'événement du 17 juin 2010. Aussi, la Vaudoise n'avait-elle pas à verser ses prestations pour la rechute annoncée en 2024 (appréciation du 22 novembre 2024).

Par décision du 28 novembre 2024, la Vaudoise a avisé l'assurée qu'elle n'allouerait aucune prestation pour les troubles ayant entraîné un nouveau traitement médical en 2024, au motif que, étant d'origine malade, ils étaient indépendants de l'accident du 17 juin 2010. En d'autres termes, celui-ci n'avait fait que révéler ces lésions, mais ne les avaient pas causées.

Par courrier du 15 janvier 2025, B. _____ s'est opposée à cette décision. Elle a indiqué qu'elle n'avait jamais ressenti de douleur, ni éprouvé la moindre restriction de mouvement à l'épaule droite, avant l'accident du 17 juin 2010. De plus, en dépit de nombreuses séances de rééducation et de consultations chez des ostéopathes, elle souffrait toujours de douleurs importantes à l'épaule droite. C'était donc bel et bien cet accident qui avait été à l'origine de sa blessure et des complications qui en avaient découlé. En effet, l'IRM réalisée au mois de septembre 2010 avait mis en évidence une déchirure du trochiter, ce que le Dr N. _____ a confirmé, en relevant que les images de l'IRM de 2010 montraient une surélévation de la tête humérale, signe d'une déchirure tendineuse.

Par décision sur opposition du 5 mai 2025, la Vaudoise a rejeté l'opposition formée par B. _____. Elle a souligné que les troubles présentés par l'assurée ne constituaient que l'évolution d'atteintes dégénératives ayant montré leurs premiers signes en 2010. De plus, au vu du laps de temps écoulé entre l'accident du 17 juin 2010 et le nouveau traitement médical, il n'était pas possible d'admettre, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'existence d'un lien de causalité entre les troubles invoqués et l'événement litigieux.

B. **a)** Par acte du 3 juin 2025, B. _____ a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois, en concluant implicitement à la prise en charge du traitement médical des suites de la rechute annoncée en 2024. Se plaignant de ne pas avoir reçu une copie du rapport du 22 novembre 2024 du Dr E. _____, elle lui a fait grief d'avoir commis une erreur factuelle concernant la fracture du trochiter mise en évidence lors de l'IRM du 8 septembre 2010. A cet égard, elle a relevé que

le médecin-conseil de la Vaudoise avait mentionné une atrophie de 20 à 30 % du sous-épineux constatée sur cette IRM, qu'il interprétait comme une probable tendinopathie sous-jacente. Or, selon l'assurée, une atrophie musculaire pouvait très bien se développer en un laps de temps de trois mois, à savoir entre l'accident du 17 juin 2010 et l'IRM précitée. Il s'ensuivait que l'interprétation du Dr E. _____ était discutable. A l'appui de ses allégations, elle a transmis un rapport établi le 2 juin 2025 par le Dr N. _____, lequel concluait à l'existence d'un lien de causalité naturelle et adéquate entre les lésions structurelles à l'épaule droite présentées par sa patiente (déchirure de la coiffe antérosupérieure) et l'accident du 17 juin 2010.

b) A l'appui de sa réponse du 7 juillet 2025, la Vaudoise a transmis l'appréciation rédigée par le Dr E. _____ le 20 juin 2025 à laquelle elle a déclaré se rallier dans son intégralité. Cela étant, elle a souligné que le simple fait d'attribuer les troubles de l'épaule droite présentés par l'assurée à l'accident du 17 juin 2010, au motif qu'elle n'avait jamais ressenti de douleurs à cette épaule avant l'accident assuré, ne suffisait pas pour admettre l'existence d'un lien de causalité. Par ailleurs, quand bien même une fracture du trochiter pouvait être associée à des lésions de la coiffe des rotateurs, cela ne signifiait pas encore que les lésions retrouvées en 2024 étaient en lien de causalité avec l'événement du 17 juin 2010. Quant au mécanisme de l'accident, il avait consisté en un choc direct sur l'épaule droite, lequel n'était pas de nature à léser la coiffe des rotateurs. Au vu de ces éléments, la Vaudoise a estimé qu'il n'y avait pas lieu de mettre en doute l'analyse de son médecin-conseil, si bien qu'elle a conclu au rejet du recours.

c) En réplique, l'assurée a transmis un nouveau rapport établi le 4 août 2025 par le Dr N. _____. Sur la base de son analyse, le médecin prénommé a conclu que l'existence d'un lien de causalité naturelle et adéquate entre les lésions structurelles à l'épaule droite et l'accident du 17 juin 2010 était « proche de certain[e] (100 %) ». Il a produit une liasse de pièces.

d) A l'appui de sa duplique du 9 septembre 2025, la Vaudoise a joint une nouvelle appréciation du 2 septembre 2025 émanant du Dr E._____, lequel maintenait sa position. Partant, la Vaudoise a confirmé ses précédentes conclusions.

e) S'exprimant par pli du 9 octobre 2025, le Dr N._____ a fait observer que le Dr E._____, outre le fait d'être le médecin-conseil de la Vaudoise, était spécialisé dans le domaine des hanches et des genoux et non pas dans celui des membres supérieurs. Aussi convenait-il de mettre en œuvre une « expertise faite par un spécialiste de l'épaule hors médecin d'assurances ».

En droit :

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 point de savoir si l'intimée était fondée à refuser de prendre en charge les suites de la rechute annoncée en 2024, faute de lien de causalité certain, ou du moins vraisemblable, entre l'événement du 17 juin 2010 et les troubles de l'épaule droite de la recourante.

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 réputée 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 notamment, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle et adéquate (TF 8C_686/2024 du 4 avril 2025 consid. 3.1.1).

aa) Un rapport de causalité naturelle doit être admis lorsque le dommage ne se serait pas produit du tout ou ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire que cet événement soit la cause unique, prépondérante ou immédiate de l'atteinte à la santé. Il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de cette atteinte (ATF 148 V 356 consid. 3 ; 148 V 138 consid. 5.1.1; 142 V 435 consid. 1). Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement *post hoc ergo propter hoc* ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 9C_315/2023 du 9 janvier 2024 consid. 3.2). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré (TF 8C_117/2020 du 4 décembre 2020 consid. 3.1).

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).

bb) 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_686/2024 du 4 avril 2025 consid. 3.1.1 ; TF 8C_404/2020 du 11 juin 2021 consid. 6.2.1).

c) La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA [ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]). Les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même affection qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a et les références ; TF 8C_171/2023 du 17 janvier 2024 consid. 3.1). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V

293 consid. 2c et les références ; TF 8C_450/2019 du 12 mai 2020 consid. 4).

En cas de rechutes ou de séquelles tardives, il incombe à l'assuré d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre la nouvelle atteinte et l'accident (TF 8C_232/2019 du 26 juin 2020 consid. 3.3 et les références). A cet égard, il est admis que plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve – au degré de la vraisemblance prépondérante – du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (TF 8C_302/2023 du 16 novembre 2023 consid. 6.1 et les références). Faute de preuve, la décision sera défavorable à la personne assurée (TF 8C_249/2018 du 12 mars 2019 consid. 4.2 et les références).

d) En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Cependant, lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas ou plus la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). A l'inverse, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références ; TF 8C_686/2024 du 4 avril 2025 consid. 3.1.2).

4. a) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le tribunal apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, en procédant à un examen complet et rigoureux, sans être lié par des règles formelles. Il doit

analyser objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas d'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 de l'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 dûment 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 143 V 124 consid. 2.2.2 ; 125 V 351 consid. 3a et les références ; TF 8C_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

b) Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence ; TF 8C_150/2024 du 10 octobre 2024 consid. 2.3 ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 9C_553/2023 du 14 novembre 2024 consid. 3.2 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

c) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une

hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées).

5. **a)** En l'espèce, il n'est pas contesté que la recourante a subi un accident le 17 juin 2010, ayant occasionné une contusion cervicale, une fracture *in situ* du trochiter à droite et une entorse de la cheville droite et dont les suites ont été prises en charge par l'intimée. L'atteinte a été traitée conservativement avec de la physiothérapie et le port d'une minerve. Le dernier rapport médical fait état d'une évolution favorable avec de la physiothérapie et la persistance d'une douleur à l'épaule droite. Aucun traitement n'a été prescrit hormis de la physiothérapie (cf. rapport intermédiaire du Dr L._____ du 16 mai 2011). La recourante a repris son activité professionnelle à 100 % le 21 juin 2010.

b) Treize années plus tard, soit en juin 2024, la recourante a consulté le Dr N._____ et a signalé les douleurs ressenties à son épaule droite comme une rechute de l'événement du 17 juin 2010.

Après avoir recueilli les éléments médicaux nécessaires, l'intimée a nié tout lien de causalité entre les troubles à l'épaule droite de la recourante et l'événement accidentel du 17 juin 2010, en se fondant sur l'appréciation de son médecin-conseil, le Dr E._____.

c) A l'instar de l'intimée, il y a lieu de constater que, dans ses différents écrits, le Dr E._____ a procédé à une étude détaillée des pièces médicales à sa disposition. Il s'est en outre appuyé sur la littérature médicale topique, en la confrontant aux différents éléments du dossier. Ses appréciations jouissent par conséquent d'une pleine valeur probante.

La recourante se fonde pour sa part sur deux rapports de son chirurgien traitant, le Dr N._____, des 2 juin et 4 août 2025, dans lesquels celui-ci a insisté sur le caractère purement traumatique de la rupture

tendineuse. Les deux rapports du Dr N._____ ont été soumis au Dr E._____, qui y a répondu point par point.

d) aa) Dans ses rapports des 2 juin et 4 août 2025, le Dr N._____ a estimé que les chances qu'une patiente de 26 ans n'ait pas de déchirure dégénérative de la coiffe préexistante à l'accident du 17 juin 2010 étaient de 89,3 % et, dans la mesure où elle n'avait formulé aucune plainte de ce type avant l'événement traumatique, les chances qu'elle n'ait pas de déchirure asymptomatique de la coiffe étaient pour ainsi dire certaines. Par ailleurs, dès lors que l'action vulnérante était apte à occasionner une fracture engrenée du trochiter de l'épaule droite avec œdème osseux constatée sur l'IRM du 8 septembre 2010, il était évident qu'elle avait également provoqué une déchirure traumatique de la coiffe des rotateurs. En effet, de l'avis du Dr N._____, les déchirures de la coiffe des rotateurs étaient souvent présentes et concomitantes avec une fracture de l'humérus proximal, en particulier du trochiter. De plus, la localisation de la lésion de la coiffe des rotateurs au niveau de l'épaule droite était située au niveau antérosupérieur (déchirure des deux tiers antérieurs du supra-épineux et déchirure partielle du tiers supérieur du tendon sous-scapulaire), emplacement typique des déchirures d'origine traumatique. Sur la base de son analyse, le médecin prénommé a conclu que l'existence d'un lien de causalité naturelle et adéquate entre les lésions structurelles à l'épaule droite et l'accident du 17 juin 2010 était « proche de certain[e] (100 %) ».

bb) De son côté, le Dr E._____ a, dans son avis du 2 septembre 2025 relevé que, en décrivant l'IRM du 8 septembre 2010, un médecin radiologue avait évoqué une atrophie de 20 à 30 %, ce qui laissait supposer l'existence d'une tendinopathie sous-jacente, sans toutefois pouvoir la démontrer. Ensuite, il s'était écoulé une période de treize ans, s'étendant de 2011 à 2024, sans consultation médicale ni aucune plainte jusqu'à une arthro-IRM du 17 juin 2024 (compte-rendu du 18 juin 2024). Cette imagerie avait révélé des atteintes au niveau du sus-épineux et du sous-scapulaire, avec une action vulnérante en 2011 [*recte* : 2010] à type de choc direct qui n'était pas susceptible de déchirer une coiffe des rotateurs mais dont l'énergie, d'une intensité non niée, s'était épuisée dans

la fracture. Ceci conduisait le médecin prénommé à formuler la conclusion qui lui semblait la plus vraisemblable, à savoir qu'il n'y avait eu aucune lésion de la coiffe en 2010, même s'il y avait eu cette atrophie que personne n'avait pu apprécier directement et, corollairement, qu'une tendinopathie de la coiffe avait pu se développer en l'espace de dix ans avec apparition de la symptomatologie en 2024.

e) aa) Les arguments avancés par la recourante ne permettent pas de remettre en cause cette appréciation. En effet, l'affirmation selon laquelle elle n'aurait jamais connu de problèmes ou de douleurs à l'épaule droite avant l'événement du 17 juin 2010 procède d'un raisonnement « *post hoc ergo propter hoc* » (cf. considérant 3b/aa *supra*) qui ne permet pas d'établir un lien de causalité naturelle au degré de vraisemblance prépondérante exigé en matière d'assurances sociales et ne saurait être admis comme moyen de preuve.

bb) Quant aux dires de la recourante, selon lesquels elle n'aurait pas cessé d'avoir mal depuis l'événement du 17 juin 2010, ils apparaissent contradictoires avec les pièces figurant au dossier, dès lors que l'assurée n'a pas démontré avoir consulté de médecin durant treize ans avant sa consultation auprès du Dr N._____. Elle s'est limitée à faire état de rendez-vous chez son ostéopathe pour des douleurs, précisant que la douleur était persistante depuis l'accident en 2010, mais qu'elle s'était accentuée les six derniers mois (réponses au questionnaire de l'intimée du 13 août 2024). Cela étant, cet élément n'est pas déterminant dans la mesure où il ne s'agit pas d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative qu'il ne subsiste plus aucune atteinte à la santé ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé, mais uniquement 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 (TF 8C_601/2017 du 27 mars 2018 consid. 4.2 et les références citées), ce que les avis du Dr E._____ démontrent à satisfaction.

cc) A cela s'ajoute qu'il incombe à l'assuré d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité

naturelle entre la nouvelle atteinte et l'accident et plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve – au degré de la vraisemblance prépondérante – du rapport de causalité naturelle doivent être sévères, étant précisé que, faute de preuve, la décision sera défavorable à la personne assurée (cf. considérant 3c, deuxième paragraphe, *supra*). En l'espèce, compte tenu de la durée écoulée entre l'accident du 17 juin 2010 et la rechute annoncée en 2024 (plus de treize ans après la dernière consultation avec le Dr L. _____), cette jurisprudence s'applique au cas de la recourante. Or celle-ci n'a pas été en mesure d'établir ce lien au moyen de pièces médicales nouvelles. Le simple fait qu'une fracture du trochiter puisse être associée à des lésions de la coiffe des rotateurs ne signifie pas encore que les lésions retrouvées en 2024 soient en lien de causalité au degré de la vraisemblance prépondérante avec l'événement du 17 juin 2010. A cet égard, on ajoutera que le Dr E. _____, dans son appréciation médicale du 20 juin 2025 (p. 2 et 3), relève à juste titre que l'IRM de septembre 2010 n'a pas établi l'existence d'une déchirure des tendons et que la surélévation de la tête humérale est, selon lui, le signe de l'existence d'une tendinopathie dégénérative avancée au niveau de la coiffe postéro-supérieure. Il se positionne donc sur ce point. Dans ce contexte, et même si en théorie, comme le soutient le Dr N. _____, les déchirures que présente l'assurée en 2024 pourraient être d'origine traumatique, il n'est pas possible de rattacher ces déchirures à l'événement de 2010, faute de constatation dans ce sens en temps réel.

dd) Enfin, il sied de rappeler que, en cas de lésion d'un tendon de la coiffe des rotateurs, le déroulement exact de la chute constitue un indice important pour déterminer si elle est à l'origine de la lésion ou si la lésion existait déjà et n'a été que révélée par la chute. Le Tribunal fédéral a eu l'occasion d'examiner cette problématique à réitérées reprises. Il a relevé, notamment dans les arrêts 8C_446/2019 du 22 octobre 2019 consid. 5.2 et 8C_672/2021 du 15 avril 2021 consid. 4.5, que les quelques spécialistes qui soutenaient qu'un traumatisme direct de l'épaule sans extension marquée du bras pouvait provoquer une lésion de la coiffe des rotateurs ne faisaient qu'émettre une opinion sans fondement scientifique,

contrairement à ceux, majoritaires, qui affirmaient qu'une lésion de la coiffe des rotateurs accidentelle présupposait qu'il y ait eu une fixation musculaire de l'articulation de l'épaule avec mise en jeu de la coiffe des rotateurs suivie d'un mouvement passif soudain provoquant de manière impromptue une traction sur les tendons de la coiffe des rotateurs.

ee) Il découle de ce qui précède que la requête tendant à un complément d'instruction sous la forme d'une expertise n'est pas nécessaire et doit être rejetée sur la base d'une appréciation anticipée des preuves, la Cour étant en mesure de se prononcer en l'état du dossier tel que constitué (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

6. En conclusion, l'intimée était fondée à nier tout lien de causalité entre les troubles à l'épaule droite invoqués par la recourante dans le cadre de l'annonce de la rechute en 2024 et l'accident du 17 juin 2010, en se fondant sur l'avis probant du Dr E._____. C'est donc à juste titre qu'elle a refusé de prester.

7. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition litigieuse confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f^{bis} LPGA), ni d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue le 5 mai 2025 par Vaudoise Générale Compagnie d'Assurances SA est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, 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 :

- Mme B. _____,
- Vaudoise Générale 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 :