

VD_GERICHTE ZA14.009309 vom 14. Dezember 2015

VD Tribunal cantonal, 2015-12-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA14.009309

FR: VD_GERICHTE ZA14.009309 du 14 décembre 2015

IT: VD_GERICHTE ZA14.009309 del 14 dicembre 2015

Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AA 27/14 - 118/2015 ZA14.009309 CO UR DE S
ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 14 décembre 2015 _____ Composition : M. MÉTRAL,
président Mme Di Ferro Demierre, juge, et Mme Férolles, assesseure Greffière : Mme
Bersech Bébox ***** Cause pendante entre : R. _____, à [...], recourante, représentée
par Me Alain Sauter, avocat à Lausanne, et H. _____, à [...], intimée.
_____ Art. 4 LPGA ; art. 6 al. 1, 36 al. 1 LAA 402

- 2 - E n f a i t : A. R. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1961 en
X. _____, est arrivée en Suisse en 1983, dont elle a acquis la nationalité le 10 juin 2009.
Elle a été engagée le 1er mai 2004 en qualité d'aide-infirmière à 80% par la N. _____,
établissement médico-social situé à Lausanne (ci-après : l'employeur). A ce titre, elle était
assurée contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de H. _____
(ci-après : H. _____ ou l'intimée, anciennement J. _____). Aux termes d'une
déclaration d'accident du 22 mars 2010, l'employeur a indiqué que le 19 mars 2010, alors
qu'elle effectuait la toilette d'une résidente de l'EMS qui avait uriné au sol, l'assurée avait
glissé et lourdement chuté. L'intéressée avait subi des contusions à l'épaule droite et s'était
retrouvée en incapacité de travail dès le jour de l'accident. Le 19 mars 2010, l'assurée s'est
soumise à un examen radiologique de l'épaule droite de face et Neer auprès du
Q. _____. Le rapport du 23 mars 2010 établi à la suite de cette investigation a fait état
des éléments suivants: « Pas de lésion traumatique clairement démontrable. Petite ascension
de la tête humérale et ostéophytose gléno-humérale débutante ». Dans un rapport initial du
25 mars 2010 à l'attention de J. _____, le Dr L. _____, spécialiste en médecine
interne générale et médecin traitant, a posé le diagnostic de contusions à l'épaule droite,
précisant que les constatations radiologiques avaient exclu toute fracture. Le médecin a
prescrit le port de bretelles et la prise d'anti-inflammatoires anti-stéroïdiens pendant trois
semaines, estimant que sa patiente serait probablement en totale incapacité de travail
jusqu'au 5 avril 2010. Le 6 avril 2010, le Dr L. _____ a en outre prescrit neuf séances de
physiothérapie.

- 3 - Aux termes d'un rapport du 15 avril 2010 à Q. _____, le Dr L. _____ a confirmé
le diagnostic de contusion à l'épaule droite et a prolongé l'arrêt de travail jusqu'au 21 avril
suivant, estimant qu'une reprise du travail à temps partiel pourrait intervenir dès cette date.
Face à la persistance des douleurs, il a ordonné un examen par IRM. Selon le rapport d'IRM
de l'épaule droite du 28 avril 2010 du Q. _____, l'assurée présentait les atteintes
suivantes : « Tendinite sévère hypertrophiante de la portion moyenne et postérieure du
tendon du sus-épineux et à moindre degré du sous-épineux (où une lésion perméative n'est
pas exclue). Fine lésion partielle de l'extrémité distale du tendon du sous-scapulaire.
Discrète bursite sous-acromiale. Acromion nettement arciforme de type II, incliné

inférieurement. Formation d'environ 6 cm située dans les tissus mous sous-cutanés du versant supérieur de l'épaule pouvant évoquer un lipome hétérogène ». Renseignant J. _____ sur l'évolution du cas le 12 mai 2010, le Dr L. _____ a posé le diagnostic de tendinopathie sévère du sus-épineux et de lipome de l'épaule droite révélés après une chute. Le médecin traitant a indiqué que les douleurs persistaient malgré le traitement conservateur. Il a précisé que des circonstances sans rapport avec l'accident jouaient un rôle dans l'évolution du cas et que la lésion tendineuse laissait craindre un dommage permanent, aucune reprise du travail n'étant prévue. Le Dr L. _____ a adressé sa patiente au Département T. _____ (ci-après : T. _____) du D. _____ (ci-après : D. _____) pour prise en charge orthopédique. Dans un rapport du 12 mai 2010 au Dr L. _____, les Drs S. _____ et C. _____, spécialistes en chirurgie orthopédique et traumatisme de l'appareil locomoteur de l'Unité d'orthopédie du T. _____, ont posé le diagnostic de tendinopathie du tendon du sus-épineux sans rupture avec bursite sous-acromiale post-traumatique. L'examen clinique pratiqué le 7 mai 2010 n'avait décelé ni amyotrophie ni trouble neuro-vasculaire. La mobilité de l'épaule droite était complète (abduction et flexion à 150°, rotation externe 70°, rotation

- 4 - externe contre-résistance avec force symétrique, rotation interne à L1), les tests du Lift off et de Jobe étaient négatifs, le Body cross légèrement positif. Des douleurs légères avaient été constatées à la palpation acromio-claviculaires. Face à cette faible clinique, et en présence d'une coiffe compétente compatible avec les images IRM, les médecins ont prescrit la poursuite du traitement conservateur, tout en adaptant la physiothérapie. Procédant à un nouveau contrôle le 25 mai 2010, le Dr C. _____ a constaté une sensible amélioration et a préconisé la poursuite du traitement conservateur. Dans un rapport du 16 juin 2010 à J. _____, les Drs S. _____ et C. _____ ont confirmé le diagnostic de tendinopathie du tendon du sus-épineux sans rupture avec bursite sous-acromiale post-traumatique. Ils ont estimé qu'aucune circonstance sans rapport avec l'accident du 19 mars 2010 ne jouait de rôle. A leur sens, l'évolution était lentement favorable, la durée du traitement étant évaluée à un mois. J. _____ a convoqué l'assurée auprès de son médecin-conseil, le Dr M. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans son rapport du 28 juin 2010, le Dr M. _____ a fait état de l'appréciation suivante : « Status 3 mois après contusion de l'épaule droite. Cette contusion survient dans le cadre d'une tendinopathie étendue de la coiffe des rotateurs, touchant le sus-épineux en premier lieu, ainsi que deux muscles antagonistes (sous-scapulaire et sous-épineux). Les stigmates de cette tendinopathie sont présents sur les radiographies standards, et surtout sur les images IRM. S'y associe une arthrose gléno-humérale débutante. En revanche, absence de déchirure à proprement parler (solution de continuité) d'une structure tendino-musculaire, voire de séquelle d'une fracture-impaction, ou encore d'une distorsion AC [acromio-claviculaire]. Malgré ceci, la symptomatologie douloureuse reste floride, résistante à un traitement pratiqué lege artis (antalgie, AINS [anti-inflammatoires non stéroïdiens], physiothérapie, infiltration). Ce tableau subjectif décevant contraste quelque peu avec une image objective rassurante. En effet, les amplitudes articulaires sont quasi normales. La coiffe des rotateurs est compétente. Les signes en faveur d'un conflit sous-acromial sont très modérés. La trophicité

- 5 - musculaire régionale est préservée, témoin d'une bonne utilisation du membre supérieur. Usuellement, une contusion de l'épaule cesse de déployer ses effets après quelques jours, au maximum après 2-4 semaines. Dans le cas présent, une extension de la

symptomatologie dans le temps peut être admise compte tenu de la tendinopathie sous-jacente, responsable d'une fragilité tissulaire accrue et partant, d'un délai de rétablissement ralenti. Ce délai ne devrait cependant pas dépasser un maximum de 6 mois. D'ici-là, et en se basant encore une fois sur des éléments objectifs, je pense que Mme R._____ pourra reprendre son activité professionnelle, ne serait-ce qu'à temps partiel, d'ici la fin juillet. Une pleine capacité, pour les seules suites de l'événement qui nous concerne, serait exigible d'ici la mi-septembre 2010. » Le 5 juillet 2010, J._____ a confirmé à l'employeur la prise en charge de l'accident du 19 mars 2010. Dans un rapport du 15 juillet 2010 au Dr L._____, le Dr C._____ a remarqué que l'infiltration sous-acromiale pratiquée trois semaines plus tôt avait permis une diminution des douleurs de l'ordre de 30 à 40%. Constatant une évolution lentement favorable et se référant à l'avis de Dr M._____, il a préconisé une reprise du travail à 50% à partir du mois d'août 2010. Le Dr C._____ a précisé que l'examen clinique du 13 juillet 2007 avait mis en évidence une coiffe compétente. Il n'y avait pas d'amyotrophie et la mobilité de l'épaule était complète, sauf en rotation interne à L3, en amélioration. L'assurée a repris le travail à 50% le 8 août 2010. Le 2 septembre 2010, sollicités par J._____ au sujet de l'évolution du cas, les Drs S._____ et K._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, ont indiqué que la dernière consultation au T._____ avait eu lieu le 28 août 2010. Lors de l'examen clinique, le testing de la coiffe des rotateurs avait mis en évidence des douleurs surtout pour le muscle sus-épineux et une infiltration avait été effectuée. Les médecins ont précisé que, pour l'instant, les douleurs empêchaient l'augmentation du taux de travail de 50% à 100% et qu'aucune circonstance sans rapport avec l'accident ne jouait un rôle dans l'évolution du cas.

- 6 - Le 28 septembre 2010, l'assurée a été examinée par le Prof G._____, chef de Service d'orthopédie et de traumatologie du D._____, et par le Dr C._____. Dans un rapport du 30 septembre 2010 au Dr L._____, le Dr C._____ a posé le diagnostic de tendinopathie du sus-épineux sans rupture avec bursite sous-acromiale post-traumatique droite et de status post-infiltrations sous-acromiales les 22 juin et 25 août 2010. L'examen clinique avait permis de constater les éléments suivants : « Mobilité complète de l'épaule avec notamment une rotation externe symétrique d'environ 90° des 2 côtés. Légère diminution de la rotation interne en raison des douleurs avec rotation interne à D8 contre D6 à gauche. Lift off difficile à effectuer mais négatif, Belly-press négatif. Douleurs à l'exécution de Jobe mais sans diminution de force. Douleurs à la palpation de la gouttière bicipitale. Palpation du lipome déjà décrit sur l'IRM du mois d'avril sur le moignon de l'épaule, sans douleur ». Faisant état d'une péjoration des douleurs, le Dr C._____ a préconisé une arthro-IRM, afin d'objectiver une éventuelle minime lésion du sus-épineux. Une arthro-IRM pratiquée au D._____ le 20 octobre 2010 a mis en évidence une lésion de type SLAP IV du labrum ainsi qu'une petite déchirure non transfixiante de la face profonde du muscle sus-épineux. Les Drs B._____ et V._____, radiologues, ont également relevé un remaniement dégénératif modéré de l'articulation acromio-claviculaire, une désinsertion de la face profonde du muscle sous-scapulaire ainsi qu'un lipome apposé sur l'acromion non suspect de malignité. Dans un compte rendu de la consultation du 10 janvier 2011, la Dresse W._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation auprès de l'Unité du rachis du T._____, a indiqué que l'examen clinique et radiologique n'avait apporté aucun élément parlant en faveur d'une origine cervicale concernant les douleurs au niveau de l'épaule. J._____ a mis en œuvre une expertise, qu'elle a confiée à la Z._____ à [...]. L'assurée a été examinée le 10 décembre 2010 par le Dr F._____.

spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de

- 7 - l'appareil locomoteur. Dans son rapport d'expertise du 1er février 2011, l'expert a retenu le diagnostic de lésion de type SLAP IV du labrum de l'épaule droite. Le chirurgien a estimé que dite atteinte était en lien de causalité au moins vraisemblable (>50%) avec l'événement du 19 mars 2010 et avait une incidence sur la capacité de travail. Toujours selon le Dr F._____, les données de l'anamnèse ainsi que les examens complémentaires et cliniques laissaient penser que l'accident avait causé une lésion partielle de la coiffe de l'épaule droite portant sur le biceps, le sus-épineux et sous-scapulaire. L'expert a expliqué qu'il existait certes des signes de pathologie dégénérative de la coiffe de l'épaule au moment de l'accident et que cet état antérieur dégénératif aurait pu devenir symptomatique à tout moment de par son évolution spontanée même en l'absence d'accident, mais que rien ne permettait de fixer avec certitude le moment où l'état antérieur aurait pu être modifié. De l'avis du Dr F._____, l'état antérieur s'était aggravé provisoirement du fait de l'accident et le lien de causalité avec l'accident était au moins vraisemblable, les douleurs étant présentes depuis la chute. L'expert estimait au demeurant que le diagnostic de simple contusion ne pouvait plus être retenu au vu du résultat de l'arthro-IRM du 20 octobre 2010. Le Dr F._____ a encore relevé que la lésion de type SLAP IV, située au niveau de l'insertion supérieure du tendon du biceps, de la face profonde du sus-épineux et du sous-scapulaire, était caractéristique d'une chute, d'autant qu'en raison du poids de l'assurée, l'impact avait été plus violent. L'expert a préconisé une arthroscopie, afin de procéder à un bilan de l'état de la coiffe et, cas échéant, à une réparation des lésions. En cas d'arthroscopie thérapeutique, le Dr F._____ fixait le statu quo sine à l'échéance d'un délai de 5 à 7 mois après l'intervention chirurgicale. Selon l'expert, l'assurée serait alors capable de reprendre son activité habituelle à 100%. Dans l'attente de l'arthroscopie, la poursuite du travail à 50% était indiquée, tout en évitant les mouvements au-dessus de la ligne des épaules, les mouvements d'abduction, d'antépulsion et de rotation, le port de charges supérieures à 5 kg et l'utilisation d'engins vibrants. Enfin, au titre des facteurs non médicaux susceptibles d'interférer avec la capacité de travail, l'expert a mentionné l'âge de l'assurée.

- 8 - Dans le courant mars 2011, l'assurée s'est retrouvée en totale incapacité de travail. Le 29 mars 2011, l'assurée a été à nouveau examinée par le Prof. G._____ et le Dr P._____, lesquels ont posé les constats suivants : « Examen clinique : Douleurs à la palpation de l'AC [acromio-claviculaire] droite, douleurs à la palpation du sillon bicipital droit. Mobilité douloureuse mais quasiment complète avec une bonne force de l'articulation gléno-humérale droite. La coiffe des rotateurs est compétente. Attitude : En accord avec le Prof G._____, nous proposons à Madame R._____ un geste chirurgical sous forme de ténotomie du long chef du biceps, résection partielle de la clavicule distale droite, acromioplastie a minima. La patiente est informée que cette intervention, si elle est pratiquée, ne peut garantir une abolition complète des douleurs, ainsi qu'un retour au travail sans problèmes. (...) Poursuite de l'arrêt de travail à 100% à compter du 29.03.2011 au 18.04.2011 ». Le 4 avril 2011, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud en raison d'une tendinopathie sévère de la coiffe des rotateurs et de fortes douleurs, de difficultés à l'endormissement et de tendinopathie du tendon du sus-épineux sans rupture avec bursite sous-acromiale post-traumatique, existant depuis le 19 mars 2010. Le 23 mai 2011, le Prof. G._____ et le Dr R.F._____, médecin assistant, ont procédé à une arthroscopie gléno-humérale droite

avec ténotomie du long biceps, acromioplastie et résection claviculaire distale droite. Aux termes de leur protocole opératoire du 25 mai 2011, les médecins ont noté une lésion de type SLAP I dégénérative, ainsi qu'une chondropathie de stade II dans la partie centrale de la tête humérale. La lésion était non transfixiante, d'environ 1mm d'épaisseur au niveau du sous-scapulaire.

- 9 - Dans un rapport du 22 juin 2011 au Dr L. _____, le Prof. G. _____ et le Dr R.F. _____ ont posé les diagnostics de tendinopathie du sus-épineux droit sur conflit sous-acromial, de tendinopathie du long- chef du biceps et d'arthropathie acromio-claviculaire droite. Ils ont fait état de suites opératoires simples, l'assurée ayant regagné son domicile le 25 mai 2011. H. _____ a mis en œuvre un complément d'expertise auprès du Dr F. _____. Dans un rapport du 22 septembre 2011, après examen de l'assurée le 9 septembre 2011, l'expert a maintenu le diagnostic de lésion type SLAP IV du labrum de l'épaule droite tel que posé le 1er février 2011, estimant que dite lésion était en lien de causalité au moins vraisemblable avec l'accident du 19 mars 2010 et qu'elle avait une répercussion sur la capacité de travail. S'agissant de la capacité de travail, le Dr F. _____ a considéré que dès le 23 novembre 2011, l'assurée aurait recouvré une capacité de travail de 100% pour son activité d'infirmière exercée à 80%, sans baisse de rendement. Au chapitre de l'évolution, l'expert a en outre relevé les éléments suivants : « A. Argumentaire : Le lien de causalité est à > 51% et il existe un état antérieur représenté par une pathologie dégénérative de la coiffe de l'épaule et de discrets signes d'arthrose de l'articulation de l'épaule. Le chirurgien a agi sur toutes les lésions précédemment décrites puisqu'il a effectué une ténotomie du long biceps pour traiter la lésion de type SLAP 4 et la tendinopathie du biceps, puis une acromioplastie pour traiter les tendinopathies du sus et sous épineux et une résection claviculaire distale pour traiter le remaniement dégénératif de l'articulation acromio-claviculaire. (...) B. Date estimée du statu quo sine : Cette date peut être estimée au 23 novembre 2011, soit 6 mois après l'intervention chirurgicale du 23 mai 2011, conformément à ce qui avait été envisagé lors de l'expertise précédente. En effet, actuellement la mobilité est encore limitée, ce qui est parfaitement normal à 3,5 mois de l'intervention ; il faut souvent 6 mois de rééducation après une intervention chirurgicale pour bien récupérer, comme cité dans le rapport d'expertise précédent. L'examinée rapporte elle-même continuer à progresser régulièrement, ce qui présage d'une bonne évolution future. » Répondant à un questionnaire médical de H. _____ le 28 septembre 2011, le Dr Y. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur au T. _____, a signalé que

- 10 - l'assurée avait développé une capsulite rétractile en postopératoire qui empêchait la reprise du travail et que l'articulation gléno-humérale était raide, avec limitation fonctionnelle dans tous les axes, y compris en rotation externe. B. Par décision du 10 novembre 2011, H. _____ a mis fin à ses prestations au 23 novembre 2011, soit 6 mois après l'intervention chirurgicale pratiquée le 23 mai 2011, estimant qu'au-delà de cette date, la relation de causalité entre les troubles de l'épaule droite et l'accident du 19 mars 2010 ne pouvait plus être admise. Dans un rapport du 28 novembre 2011 à l'OAI, les Drs Y. _____ et R.F. _____ ont confirmé l'existence d'une capsulite rétractile de l'épaule droite en post-opératoire. Les médecins ont indiqué que l'évolution postopératoire avait été initialement favorable, mais qu'après une semaine environ, une importante douleur était apparue, générant une limitation fonctionnelle dans tous les axes. Ils ont émis un pronostic favorable, avec récupération complète des amplitudes, ce processus pouvant toutefois

nécessiter 12 à 18 mois. La reprise du travail n'était ainsi pas encore envisageable, mais dès récupération d'amplitudes plus importantes de façon indolore, la capacité de travail de l'assurée dans son activité habituelle serait entière. Dans l'intervalle, les médecins ont attesté une totale incapacité de travail du 19 avril au 20 décembre 2011. Le 12 décembre 2011, représentée par Me Alain Sauter, l'assurée s'est opposée à la décision sur opposition de H. _____ du 10 novembre 2011. Elle a fait grief à l'intimée d'avoir rendu une décision insuffisamment motivée au regard des pièces médicales au dossier. Elle a également fait valoir que les lésions dégénératives éventuellement présentes avant l'accident n'étaient que minimales et que ses douleurs actuelles étaient clairement en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident du 19 mars 2010, une capsulite rétractile s'étant au demeurant développée en postopératoire. L'assurée a sollicité la mise en œuvre d'une expertise par un expert neutre.

- 11 - Le 20 décembre 2011, le Dr S.G. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur au D. _____, a prolongé l'arrêt de travail de l'assurée jusqu'au 31 janvier 2012. Il a en outre adressé l'intéressée au Dr T.H. _____, neurologue, pour l'investigation par ENMG d'une éventuelle lésion du nerf ulnaire. Dans son rapport du 22 décembre 2011 au Dr T.H. _____, le Dr S.G. _____ a mentionné une évolution difficile suite à une contusion de l'épaule droite, relevant une rotation externe à 20° par rapport à 90° du côté gauche, la force musculaire restant par contre globalement conservée. Dans son rapport du 26 janvier 2012 au Dr S.G. _____, le Dr T.H. _____ a rendu compte d'un bilan électrophysiologique dans les limites de la norme, l'examen n'ayant révélé aucune anomalie susceptible d'expliquer d'un point de vue neurologique les douleurs subies par l'assurée. Donnant suite le 23 mars 2012 à une demande de renseignement de H. _____ portant notamment sur l'évaluation de la capacité de travail faite par les Drs Y. _____ et R.F. _____ dans leur rapport du 28 novembre 2011, le Dr O. _____, chef de clinique adjoint au Service d'orthopédie et traumatologie du D. _____, s'est exprimé en ces termes : « (...) 4. Dans le rapport du 29.11.2011, il est effectivement stipulé que la patiente peut envisager une prise du travail dès la récupération d'une mobilité physiologique indolore de l'épaule droite. Entre-temps, la patiente a développé une capsulite rétractile occasionnant une persistance de la limitation de l'amplitude de l'épaule droite avec, le 13.03.2012, une anté-pulsion abduction de l'épaule droite mesurée à 90-90 en actif et en passif et une rotation externe-interne de 30°/main à la fesse. L'activité d'aide-infirmière est actuellement impossible en raison de l'impotence fonctionnelle du membre supérieur droit. Une reprise totale de travail pourrait être envisagée dans une activité adaptée sous réserve qu'il n'y ait pas de port de charges, ni de mouvement à exécuter au niveau du MSD [membre supérieur droit] au-dessus de l'omoplate. 5. Pas d'autre pathologie entraînant une incapacité de travail. (...) 9. L'évolution naturelle de la capsulite rétractile postopératoire ou idiopathique est généralement spontanément résolutive en [...] 6

- 12 - mois-1 an. La littérature médicale décrit toutefois des périodes de réadaptation allant jusqu'à 3 ans. Il n'y a actuellement pas de moyen de pronostiquer le temps nécessaire pour la récupération de la mobilité et l'indolence de l'épaule chez cette patiente ». Dans un rapport du 19 septembre 2012, la Dresse W. _____ a posé les diagnostics de douleurs et limitation fonctionnelles de l'épaule droite : capsulite rétractile post-acromioplastie, résection de la clavicule distale et ténotomie du long chef du biceps droit par arthroscopie en mai 2011 et suspicion de syndrome épaule-main. La Dresse W. _____ fait encore état

d'une aggravation évidente suite à l'intervention chirurgicale de mai 2011, par l'apparition de la capsulite rétractile. Selon la doctoresse, il fallait probablement s'attendre à un dommage permanent, les capsulites rétractiles évoluant sur plusieurs années et laissant parfois un blocage significatif et définitif de l'articulation. Les douleurs et limitations fonctionnelles (mobilité de l'épaule très limitée) affectant tout le bras droit de l'assurée rendaient impossible la reprise du travail dans son ancienne activité, de même que dans toute activité sollicitant le membre supérieur droit. Une arthro-IRM pratiquée le 3 octobre 2012 au service de radiodiagnostic et radiologie interventionnelle du D. _____ a mis en évidence une lésion transfixiante subtotale postérieure du tendon du supra-épineux. Dans un rapport du 17 octobre 2012, le Dr V.J. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur au D. _____, a indiqué que l'évolution du cas était marquée par une capsulite rétractile et une symptomatologie évoquant un syndrome épaule-main, survenues des suites de l'intervention chirurgicale de mai 2011. Il a attesté d'une totale incapacité de travail, aucune reprise n'étant prévue pour l'instant, compte tenu de l'évolution postopératoire précitée.

- 13 - H. _____ a mis en œuvre une seconde expertise médicale, qu'elle a confiée au Dr X.K. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans son rapport d'expertise du 22 février 2013, le Dr X.K. _____ a arrêté les diagnostics de tendinopathie non rompue du sus-épineux droit avec conflit sous-acromial, de tendinopathie du long du biceps droit, et d'arthropathie acromio-claviculaire. Selon l'expert, le statu quo sine doit être arrêté à six mois après l'événement du 19 mars 2010, date à partir de laquelle l'assurée bénéficie d'une capacité de travail entière dans son activité habituelle, pour ce qui concerne les suites de l'accident précité. Au titre des facteurs étrangers à l'accident jouant un rôle dans l'évolution du cas, le Dr X.K. _____ a mentionné : « Pathologies dégénératives préexistantes : tendinopathie non rompue du sus-épineux droit sur conflit sous-acromial, SLAP dégénérative, cf. appréciation du cas ». Au chapitre de l'appréciation du cas et des diagnostics, le Dr X.K. _____ s'est exprimé en ces termes : « Il s'agit d'une femme de 5 [...] ans en date de l'expertise, originaire du X. _____, en Suisse depuis 1983, travaillant dans différentes activités non qualifiées, puis depuis huit ans comme aide-infirmière. Pas d'antécédents médicaux et chirurgicaux particuliers à part une hypertension artérielle. Elle ne déclare pas d'antécédent particulier à ses épaules. Le 19 mars 2010, à son travail, elle chute de sa hauteur, essaye de se retenir avec la main gauche sur le mur, mais tombe sur le côté droit. Douleurs à l'épaule, se relève, a un peu de peine à bouger l'épaule, doit arrêter son activité professionnelle. Va consulter son médecin traitant le jour même. Le bilan radiologique ne met pas en évidence de lésions osseuses récentes, mais on visualise clairement sur le bilan radiologique des signes dégénératifs, sous forme d'une sclérose du trochiter, mais surtout une ostéophytose infra-capitale de la glène et une nette ascension de la tête humérale droite, de même qu'une ostéophytose de l'acromion et acromio-claviculaire. Si la sclérose du trochiter, l'ostéophytose de l'acromion et l'atteinte acromio-claviculaire sont relativement banales, l'ostéophytose infra-capital de la glène est nettement moins fréquent signant clairement une atteinte dégénérative préexistante. Arrêt de travail, traitement conservateur, physiothérapie. Récupération relativement rapide d'une mobilité complète, incompatible avec une déchirure/désinsertion traumatique du sus-épineux. Il persiste toutefois un arc douloureux et des douleurs. L'IRM confirme l'absence de désinsertion traumatique du sus-épineux, met en

- 14 - évidence des troubles dégénératifs relativement fréquent dans la classe d'âge au niveau du sus-épineux, un peu plus au niveau de l'insertion du long chef du biceps. Une infiltration améliore la symptomatologie, puis reprise du travail mais à temps partiel dès le mois d'août 2010, soit quatre mois après la chute, après une visite chez le Médecin Conseil de l'assureur LAA, qui incite l'assurée à reprendre son activité professionnelle. La symptomatologie perdure, puis l'assurée est vue en expertise à la Z. _____ qui propose une intervention chirurgicale arthroscopique, qui permettra une reprise du travail à temps complet. L'assurée qui a été prise en charge au D. _____ où il n'y avait pas eu d'indication opératoire posée, consulte à nouveau le D. _____ en demandant une intervention chirurgicale à son épaule de façon à « la guérir ». Au D. _____, le Pr. G. _____ infirme une intervention chirurgicale et propose à l'assurée la poursuite du traitement conservateur, après une nouvelle arthro-IRM, qui ne met pas en évidence de rupture du sus-épineux, mais des anomalies plutôt de type dégénératif, en particulier à l'insertion du long chef du biceps. Impossibilité de reprendre une activité professionnelle à temps complet, voir même péjoration avec arrêt de travail à temps complet. Elle est revue au D. _____, en particulier par le Pr. G. _____, il est alors décidé une intervention chirurgicale. Celle-ci est pratiquée le 23 mai 2011. Il est tout à fait intéressant de noter que la SLAP IV décrite par le radiologue sur l'arthro-IRM du 20 octobre 2010 n'est pas retrouvée lors de l'intervention chirurgicale s'agissant simplement d'une SLAP I d'origine dégénérative. Ceci est clairement noté dans le protocole opératoire. Il y a également une tendinopathie loco classico du sus-épineux, pour laquelle il est pratiqué une acromioplastie. La lésion de SLAP I est traitée par une ténotomie. Lors de l'intervention chirurgicale il est également constaté une chondropathie stade II dans la partie centrale de la tête humérale. Ces lésions sont typiquement des lésions dégénératives, que cela soit au niveau de l'insertion du sus-épineux qui n'était pas rompu et de la SLAP. J'aimerais rappeler que le diagnostic de SLAP est un diagnostic relativement récent, existant depuis les études arthroscopiques systématiques de l'épaule, décrit par Andrews, Johnson ou Snyder dans les années 1990. La description la plus pertinente de la région antéro-supérieure en particulier de toutes les variations anatomiques extrêmement importantes ont été faites par William, Schnyder, Buford en 1994. En plus de cette variation anatomique normale du bourrelet antérosupérieur, il faut ajouter l'ensemble des irrégularités liées au processus physiologique du vieillissement. Kohn (1987) a étudié les bourrelets de 106 épaules de patients autopsiés dont l'âge moyen était de 54 ans, indemnes de toutes plaintes en pré mortem. Il a retrouvé 84% de bourrelets altérés, s'agissant essentiellement de franges en zone antéro-supérieures, postéro-supérieures, voire de disparition complète. Les études de corrélation anatomo-radiologiques de l'IRM ont mis en évidence la difficulté de l'étude de l'anatomie de cette région

- 15 - antéro-supérieure. L'Arthroscanner ou mieux l'arthro-IRM sont supérieurs pour l'étude anatomo-morphologique de ces régions. Toutefois, la définition reste relativement mauvaise et seules les SLAP II c'est-à-dire une désinsertion glénoïdienne de l'ensemble du complexe bicipito-labral, sont relativement bien vues. Pour les autres lésions, il est très difficile d'interpréter ces lésions, et la fiabilité du diagnostic radiologique reste encore relativement peu précise. Dans le cas de Madame R. _____, il est donc visualisé clairement une altération structurale de type effilochage/déchirure, mais sans désinsertion, lésion qui pour beaucoup d'auteur, en particulier Maret, est sans signification pathologique. Cette lésion de SLAP I fait partie d'environ 1/4 des lésions labrales et pour certains auteurs, la régularisation de ces effrangements n'apporte strictement aucun résultat. Chez Madame

R._____ l'évolution postopératoire est catastrophique, avec des douleurs violentes postopératoires, qui ne cesseront pas, assez caractéristiques d'une réaction de type algoneurodystrophie suivie d'un syndrome épaule/main. La prise en charge, antalgique, physiothérapeutique, etc., n'ont pu à la fois ni diminuer les douleurs, ni récupérer la mobilité de l'épaule droite. En date de l'expertise le cas est stabilisé, la mobilité de l'épaule droite est très médiocre, il s'agit d'une ankylose douloureuse, ceci malgré une médication morphinique quotidienne. Il s'agit d'un échec thérapeutique majeur. Concernant la causalité, au vu du protocole opératoire qui ne montre aucune lésion traumatique, mais uniquement des lésions dégénératives, on peut clairement infirmer la première expertise de Z._____ qui n'est pas basée sur les éléments objectifs. On peut également s'étonner de la deuxième expertise qui propose un statu quo postopératoire alors que les diagnostics étiologiques n'ont pas été discutés, que les différents diagnostics soit tendinopathie, puis lésions SLAP IV, puis enfin lésion SLAP I, n'ont été ni été évoqués, ni discutés et ni analysés. L'événement du 19 mars 2010 n'a fait qu'entraîner une contusion de l'épaule droite, épaule présentant des signes d'emblée dégénératifs à la radiologie standard, puis à la première IRM. La deuxième IRM est discutable concernant cette lésion SLAP IV, qui n'a pas été retrouvée à l'opération, mais je rappellerai que la lésion SLAP IV n'est pas typiquement traumatique. Seule la SLAP II est décrite comme traumatique, mais dans des mouvements vulnérants appropriés, par exemple un mouvement extrêmement violent contraint en abduction/rotation externe/traction chez quelqu'un de jeune, possédant une force suffisante pour arracher le complexe bicipitax-labral dans un mouvement violent contraint. Ce mécanisme n'a absolument pas été celui chez Madame R._____. Je retiendrai une contusion de l'épaule droite simple, ayant révélé une pathologie sous-jacente dégénérative. Je fixerai un statu quo sine à six mois de l'événement, soit après la reprise du travail à temps partiel. La persistance de la symptomatologie est en relation de causalité exclusive avec une pathologie dégénérative préexistante, et non plus avec les suites de l'événement ».

- 16 - Par décision sur opposition du 31 janvier 2014, H._____ a rejeté l'opposition formée le 12 décembre 2011 par l'assurée contre la décision du 10 novembre 2011. Il a réformé la décision attaquée en ce sens qu'il a nié tout lien de causalité entre les troubles de l'épaule droite et l'accident du 19 mars 2010 dès le 1er octobre 2010, au motif que selon les conclusions de l'expert X.K._____, les troubles présents dès cette date étaient exclusivement dégénératifs. H._____ a au demeurant renoncé à réclamer à l'intéressée le remboursement des prestations versées du 30 septembre 2010 au 23 novembre 2011. C. Par acte du 5 mars 2015, toujours par l'entremise de son mandataire, R._____ a recouru contre la décision sur opposition du 31 janvier 2014 de H._____ auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à sa réforme en ce sens que H._____ soit tenue de poursuivre le versement des prestations dues ensuite de l'accident du 19 mars 2010. La recourante conclut également à ce qu'il soit statué sur son droit à une rente d'invalidité de l'assureur-accident, pour le cas où l'instruction de son recours permette d'établir une invalidité des suites de l'accident litigieux. En substance, elle soutient que le statu sine vel ante n'est pas établi, les douleurs dont elle souffre étant selon elle encore en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident du 19 mars 2010. Elle estime également que même à retenir des troubles dégénératifs préexistants, ce qui selon elle n'est pas établi, ils n'étaient que minimes. La recourante considère qu'au vu des importantes contradictions prévalant entre les conclusions des deux experts, l'intimée ne pouvait se contenter de privilégier un avis au détriment de l'autre, mais devait au contraire instruire

plus avant. La présence au dossier d'avis médicaux divergeant de celui du Dr X.K. _____ remet sérieusement en doute la pertinence des déductions de ce dernier. A cet égard, la recourante relève que dans son complément d'expertise du 22 septembre 2011, le Dr F. _____ a maintenu le diagnostic de lésion de type SLAP IV, ainsi que son lien de causalité avec l'événement du 19 mars 2010. En définitive, elle estime qu'aucun médecin n'a correctement précisé son état de santé, les raisons de ses souffrances et leurs incidences sur sa capacité

- 17 - de travail. Au titre des mesures d'instruction, elle requiert donc la mise en œuvre d'une expertise médicale. Dans une réponse du 9 avril 2014, l'intimée a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée. Se fondant sur la doctrine, H. _____ fait valoir que l'arthroscopie est le seul examen qui permette de confirmer un diagnostic de lésions de type SLAP, et qu'une telle lésion de stade I correspond à une irrégularité de la zone d'insertion du biceps, à savoir un effilochage du labrum sans désinsertion du long biceps, d'aspect dégénératif. L'intimée relève que le Dr X.K. _____ a tenu compte de ce nouveau diagnostic, de sorte que son appréciation est probante. Quant à l'analyse du Dr F. _____, elle se trouve faussée, et dès lors dépourvue de toute force probante, du fait que ledit expert n'a pas intégré, dans son complément d'expertise du 22 septembre 2011, les résultats de l'arthroscopie du 23 mai 2011. H. _____ s'oppose à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise, dans la mesure où le dossier comprend une expertise satisfaisant aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante, relevant au surplus qu'elle ne demanderait pas la restitution des prestations versées à tort entre le 1er octobre 2010 et le 23 novembre 2011. Par réplique du 12 mai 2014, la recourante réitère sa demande d'expertise judiciaire. Elle produit trois rapports de la Dresse W. _____ des 18 juillet 2013, 22 octobre 2013 et 7 janvier 2014 ainsi qu'un certificat du Dr L. _____ du 28 avril 2014. Par duplique du 4 juin 2014, l'intimée a maintenu ses conclusions.

- 18 - E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent en principe à l'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 sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 al. 1 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile et satisfait en outre aux autres conditions légales de recevabilité (cf. art. 61 let. b LPGA notamment). Il y a ainsi lieu d'entrer en matière. b) La loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD). 2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c, 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53, confirmé par TF 9C_441/2008 du 10 juin 2009 consid 2.1).

- 19 - b) En l'occurrence, le litige porte sur le point de savoir si c'est à bon droit que H. _____ a mis fin à ses prestations (indemnités journalières et frais médicaux) au 23 novembre 2011 pour les suites de l'événement du 19 mars 2010, au motif que les troubles présentés par la recourante à l'épaule droite n'étaient plus en relation de causalité avec ledit événement au-delà du 1er octobre 2010. Dans son acte de recours, R. _____ conclut également à ce que la Cour de céans se prononce sur son droit à une rente d'invalidité, dans l'hypothèse où l'instruction de la cause viendrait à établir une invalidité en lien avec l'accident du 19 mars 2010. La question de la recevabilité d'une telle conclusion pourrait se poser, dans la mesure où la décision attaquée ne porte pas sur le droit à une rente d'invalidité. Au vu de l'issue du recours, dite question peut cependant rester ouverte. 3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, sauf disposition contraire de la loi, 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 d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé. Il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci.

- 20 - 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 l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et 402 consid. 4.3 ; TF 8C_976/2012 du 28 novembre 2013 consid. 3.1, 8C_511/2010 du 22 mars 2011 consid. 2, 8C_858/2008 du 14 août 2009 consid. 3 ; FRÉSARD/MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Vol. XIV, 2e éd., n° 79 p. 865). 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 réduites 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 tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine). A contrario, 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_901/2009 du 14 juin 2010 consid. 3.2 in : SVR UV no4 p. 2, 8C_373/2013 du 11 mars 2014 consid. 3.2, 8C_2014/2011 du 2 avril 2012 consid. 3.2 et les références citées).

- 21 - 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 (TF U 307/05 du 8 janvier 2007 consid. 4 ; TFA U 222/04 du 30 novembre 2004 consid. 1.3). 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 événement (raisonnement « post hoc ergo propter hoc » ; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_403/2012 du 19 juin 2012 consid. 3.3, 8C_42/2009 du 1er octobre 2009 consid. 2.2). 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 129 V 177 consid. 3.2 et 402 consid. 2.2, 125 V 456 consid. 5a et les références ; TF 8C_710/2008 du 28 avril 2009 consid. 2). Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, cependant, en cas d'atteinte à la santé physique, la causalité adéquate se recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle (ATF 118 V 286 consid. 3a ; TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1). 4. a) Pour pouvoir se prononcer sur le droit à des prestations, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant des documents émanant d'autres spécialistes, pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle

- 22 - proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les autres références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c ; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1). b) L'assureur social, et le juge des assurances sociales en cas de recours, doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de 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, 126 V 353 consid. 5b, 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur

- 23 - reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; TF I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1 in : SVR 2008 IV n° 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si des médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (TF 9C_158/2013 du 17 septembre 2013 consid. 2.2). 5. En l'espèce, le caractère accidentel de l'événement du 19 mars 2010 n'est pas litigieux, l'intimée ayant admis sa prise en charge. Seule est contestée la durée du versement des prestations en raison des suites de l'accident. a) Par décision du 10 novembre 2011 l'intimée a en effet mis fin au versement de ses prestations au 23 novembre 2011, estimant que les troubles de l'épaule droite persistant au-delà de cette date n'étaient plus en lien de causalité avec l'accident du 19 mars 2010, mais étaient au contraire de nature exclusivement dégénérative. H._____ a fondé cette décision sur les conclusions de l'expert F._____, selon lequel le statu quo sine serait atteint 6 mois après l'arthroscopie pratiquée le 23 mai 2011 au D._____ (cf. rapport d'expertise du 1er février 2011). Dans le cadre de la procédure d'opposition, l'intimée a mis en œuvre une seconde expertise, confiée au Dr X.K._____, lequel a fixé le statu quo sine à six mois après l'accident. Faisant siennes les conclusions du second expert, H._____ a confirmé l'arrêt de ses versements au 23 novembre 2011, renonçant à réclamer le remboursement des prestations allouées entre le 1er octobre 2010 et le 23 novembre 2011. b) De son côté, la recourante soutient que ses atteintes à la santé, et l'incapacité de travail qui en découle, sont toujours en lien de

- 24 - causalité naturelle et adéquate avec l'accident du 19 mars 2010, de sorte que H._____ doit continuer à servir ses prestations au-delà du 23 novembre 2011. Elle estime que les conclusions du Dr X.K._____ ne sont pas pertinentes, qu'il existe des divergences importantes entre les différents avis médicaux au dossier, en particulier entre celui des deux experts, le Dr F._____ s'étant déterminé de manière différente s'agissant du diagnostic et de la question du statu quo sine. Elle relève au surplus que plusieurs médecins, dont les Drs W._____ et L._____, attestent une incapacité de travail au-delà du 1er octobre 2010, et même au-delà du 23 novembre 2011. En définitive, elle considère qu'aucun des médecins intervenus n'a établi à satisfaction les éléments nécessaires au règlement du présent litige, de sorte que la mise en œuvre d'une expertise judiciaire s'impose. 6. a) Dans son rapport d'expertise du 22 février 2013, le Dr X.K._____ a posé les diagnostics de tendinopathie non rompue du sus-épineux droit avec conflit sous-acromial, de tendinopathie du long chef du biceps et d'arthropathie acromio-claviculaire. A noter que ces diagnostics sont superposables à ceux retenus par la majorité des médecins intervenus dans le cadre du dossier (cf. rapports du Q._____ du

28 avril 2010, du Dr L. _____ du 12 mai 2010, des Drs S. _____ et C. _____ des 12 mai et 16 juin 2010, du Dr M. _____ du 28 juin 2010, du Prof. G. _____ et du Dr C. _____ du 30 septembre 2010, ainsi que du Prof. G. _____ et du Dr R.F. _____ du 22 juin 2011, notamment). Selon le Dr V.J. _____, il s'agit-là de pathologies préexistantes, d'origine dégénérative, qui ont été révélées par l'accident. L'expert a fondé son appréciation sur les différents rapports médicaux et clichés d'imagerie figurant au dossier, de manière à emporter la conviction du Tribunal. Ainsi tout d'abord, le bilan radiologique effectué le jour de l'accident au Q. _____ n'a révélé aucune lésion traumatique. Le Dr X.K. _____ explique que l'ostéophytose infra-capital de la glène telle que mise en évidence lors de cette première investigation signe clairement une atteinte dégénérative préexistante. L'expert ajoute que l'IRM du 28 avril 2010 n'a pas conclu non plus à une désinsertion

- 25 - traumatique du sus-épineux, seules des troubles dégénératifs relativement fréquents dans la classe d'âge de l'assurée ayant été mis en évidence au niveau du sus-épineux et un peu plus au niveau de l'insertion du long chef du biceps. Il exclut également toute déchirure ou désinsertion du sus-épineux, dès lors que la mobilité complète de l'épaule droite a été relativement rapidement récupérée, ce qui n'aurait pas été possible en cas de déchirure. A la suite de leur examen du 7 mai 2010, les Drs S. _____ et C. _____ ont en effet constaté une mobilité complète de l'épaule droite de même qu'une coiffe des rotateurs compétente, mentionnant au surplus une « faible clinique » et l'absence de toute amyotrophie, appréciation qu'ils ont confirmée les 15 juillet et 30 septembre 2010. La compétence de la coiffe des rotateurs et la complète amplitude articulaire ont également été relevées par le Dr M. _____ lors de son examen du 28 juin 2010 et par le Prof. G. _____ et le Dr P. _____ le 29 mars 2011. C'est également de manière convaincante que le Dr X.K. _____ a infirmé le diagnostic de lésion de type SLAP IV retenu par les Drs B. _____ et V. _____ dans leur rapport d'arthro-IRM du 20 octobre 2010 et repris par le Dr F. _____ dans ses rapports d'expertise des 1er février et 22 septembre 2011. En effet, aux termes du protocole opératoire de l'arthroscopie du 23 mai 2011, le Prof. G. _____ et le Dr G. _____ ont noté une lésion de type SLAP I dégénérative, non transfixiante, ainsi qu'une chondropathie de stade II dans la partie centrale de la tête humérale. A aucun moment, ils n'ont fait état d'une lésion de type SLAP IV. Dans leur rapport du 22 juin 2011, les mêmes médecins ont posé les diagnostics de tendinopathie du sus-épineux droit sur conflit sous-acromial, de tendinopathie du long-chef du biceps et d'arthropathie acromio-claviculaire droite. S'agissant de la lésion de type SLAP, comme le relève à juste titre l'intimée, une investigation par arthroscopie permet certainement un diagnostic plus précis que par arthro-IRM. A ce propos, le Dr X.K. _____ relève d'ailleurs que le diagnostic de SLAP est récent et de définition relativement mauvaise, seules les SLAP II (à savoir la désinsertion glénoïdienne de l'ensemble du complexe bicipito-labral, qu'on ne retrouve pas en l'espèce) étant relativement bien identifiées. Les autres lésions de type SLAP sont quant à elles difficiles à interpréter et la

- 26 - fiabilité du diagnostic radiologique reste encore relativement faible. L'expert précise encore que seule la lésion de type SLAP II est décrite comme traumatique, le SLAP IV n'étant quant à lui pas typiquement traumatique. En définitive, pour le Dr X.K. _____, le protocole opératoire n'a montré aucune lésion traumatique, mais uniquement des lésions dégénératives, tant au niveau de l'insertion du sus-épineux, qui n'était pas rompu, que s'agissant de la lésion de type SLAP. Selon l'expert, l'accident n'a causé qu'une contusion de

l'épaule droite simple. Il sied de relever que ce diagnostic de contusion correspond aux conclusions posées peu après l'accident par le Dr L. _____ (cf. rapports des 25 mars et 15 avril 2010) et par le Dr M. _____, lequel a fait état d'une contusion survenant dans le cadre d'une tendinopathie étendue de la coiffe des rotateurs, touchant en premier lieu le sus-épineux, mais également le sous-scapulaire et le sous-épineux (cf. rapport du 28 juin 2010). b) S'agissant de la question de la causalité, en présence d'une contusion de l'épaule droite simple, qui a révélé une pathologie dégénérative sous-jacente, le Dr X.K. _____ a fixé le statu quo sine à six mois après l'accident, estimant que la symptomatologie persistant au-delà de cette échéance n'était plus en lien de causalité avec les suites de l'accident, mais en relation de causalité exclusive avec une pathologie dégénérative préexistante. C'est d'ailleurs la conclusion à laquelle était arrivée le Dr M. _____ dans son rapport du 28 juin 2010. Le fait que l'arthro-IRM du 3 octobre 2012 ait révélé une lésion transfixiante subtotale postérieure du tendon du supra-épineux n'entre pas en compte dans l'appréciation du présent cas, dans la mesure où ce diagnostic intervient, pour la première fois, plus de deux ans et demi après l'accident, dans un contexte dégénératif avéré. c) Au vu des éléments précités, la Cour de cassation considère que l'expertise réalisée par le Dr X.K. _____ correspond en tous points aux critères dégagés par le Tribunal fédéral en matière de valeur probante (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références). Elle

- 27 - procède d'un examen détaillé des pièces médicales déterminantes et repose sur un examen clinique complet. Pour les besoins de l'expertise, le Dr X.K. _____ a au demeurant procédé à une nouvelle investigation radiologique des deux épaules. Son rapport d'expertise contient une anamnèse détaillée, prend en considération les plaintes de la recourante et décrit de manière claire et fouillée tous les points importants. L'appréciation de la situation médicale est détaillée et précise et les conclusions de l'expert sont motivées de manière cohérente et convaincante. Il a notamment exposé de manière argumentée les raisons pour lesquelles il retenait ou infirmait chaque diagnostic. Il y a donc lieu de reconnaître à dite expertise une pleine valeur probante. 7. Aucun élément au dossier ne vient au demeurant mettre sérieusement en doute les conclusions du Dr X.K. _____. En particulier, l'appréciation du Dr F. _____ ne peut être retenue, dans la mesure où elle est fondée sur une lésion de type SLAP IV du labrum de l'épaule droite. Or, comme développé en amont, ce diagnostic doit être exclu, compte tenu du SLAP I dégénératif mis en évidence lors de l'arthroscopie du 23 mai 2011 (cf. consid. 6a supra). De ce fait, l'avis du Dr F. _____, selon lequel le diagnostic de contusion ne pourrait s'imposer en raison de son incompatibilité avec un SLAP IV n'est pas relevant. Dans son rapport complémentaire du 22 septembre 2011, l'expert a maintenu le diagnostic de SLAP IV, sans pour autant motiver les raisons pour lesquelles il s'écartait des conclusions du protocole opératoire du 25 mai 2011. Il a mentionné que le chirurgien avait effectué une ténotomie du long biceps pour traiter la lésion de type SLAP IV et la tendinopathie du biceps, alors qu'à aucun moment, le protocole opératoire n'évoque un SLAP IV. A noter que dans son rapport initial, l'expert avait préconisé une arthroscopie, à des fins thérapeutiques, mais également pour préciser le diagnostic. En outre, en estimant que, malgré la présence de pathologies dégénératives préexistantes, le lien de causalité entre les troubles et l'accident était vraisemblable dès lors que les douleurs étaient présentes depuis l'accident, l'expert a développé un raisonnement « post hoc ergo propter hoc », qui ne saurait s'imposer (cf. consid 3b supra). Les

- 28 - rapports d'expertise des 2 février et 22 novembre 2011 du Dr F. _____ ne peuvent donc se voir reconnaître une force probante suffisante. Contrairement à ce que soutient la recourante, il n'est pas déterminant non plus que les Drs S. _____, C. _____ et K. _____ du D. _____ aient attribué une étiologie post-traumatique aux pathologies diagnostiquées et indiqué qu'aucune circonstance sans rapport avec l'accident du 19 mars 2010 ne jouait de rôle dans l'évolution du cas (cf. rapports des 16 juin, 2 et 28 septembre 2011). Cette appréciation n'est pas motivée, les médecins traitants n'ayant au demeurant apporté aucun élément objectivement vérifiable qui aurait été ignoré de l'expert X.K. _____ et qui serait susceptible de remettre en question ses conclusions allant dans le sens d'atteintes dégénératives préexistantes. En outre, dans leur rapport du 12 mai 2010, les Drs S. _____ et C. _____ ont indiqué qu'ils n'étaient pas en possession des radiographies faites le jour de l'accident, mais que le rapport du Q. _____ du 19 mars 2010 concluait à l'absence de lésion traumatique. Ainsi, sur la question de l'étiologie des lésions constatées dès mars 2010, les trois rapports précités ne sont pas suffisamment précis ni clairs pour mettre à mal les conclusions du Dr X.K. _____. Tel est également le cas du certificat du Dr L. _____ du 28 avril 2014 produit par la recourante à l'appui de sa réplique. Si le médecin traitant fait état de scapulalgies chroniques posttraumatiques, il précise également qu'il n'existe aucun moyen technique pouvant confirmer ou infirmer la causalité de la pathologie actuelle (accident ou maladie) et que c'est la chronologie des événements qui l'incite à penser que l'accident est le *primum movens* de la situation actuelle. Or, comme déjà relevé, la seule relation chronologique n'est pas suffisante pour affirmer la causalité naturelle (cf. consid. 3b supra). Il sied de relever à cet égard que dans son rapport du 12 mai 2010, le Dr L. _____ avait au contraire indiqué que des circonstances sans rapport avec l'accident jouaient un rôle dans l'évolution du cas.

- 29 - Les rapports de la Dresse W. _____ ne permettent pas plus de s'éloigner des conclusions du Dr X.K. _____, dans la mesure où la praticienne ne se prononce que sur les suites opératoires de l'arthroscopie pratiquée en mai 2011. Le 19 septembre 2012, elle a en effet posé les diagnostics de capsulite rétractile post-acromioplastie, déjà signalée par le Dr Y. _____ le 28 septembre 2011, et de suspicion de syndrome épaule-main. En outre, son appréciation selon laquelle il n'existerait pas de circonstances étrangères à l'accident influençant l'évolution du cas ne saurait être retenue, dès lors qu'elle se fonde sur les résultats de l'arthro-IRM du 20 octobre 2010 concluant à une lésion de type SLAP IV. Or, ce diagnostic a été à juste titre exclu par le Dr X.K. _____ dans son rapport d'expertise du 22 février 2013 (cf. consid. 6a supra). Dans ses rapports des 18 juillet 2013, 22 octobre 2013 et 7 janvier 2014, la Dresse W. _____ constate une symptomatologie douloureuse, sans confirmer ni infirmer son origine accidentelle. La même remarque s'impose s'agissant du rapport du 17 octobre 2012 du Dr V.J. _____ et de celui de Dr O. _____ du 23 mars 2012. Quant aux conclusions prises par la Dresse W. _____ s'agissant des prestations de l'assurance-invalidité, elles ne sont pas davantage déterminantes en l'espèce, les critères d'octroi prévalant en assurance-invalidité et en assurance-accidents n'étant pas identiques, l'exigence du lien de causalité avec un événement accidentel n'entrant pas en ligne de compte en assurance-invalidité. 8. a) En définitive, au vu des conclusions soigneusement motivées et convaincantes de l'expert X.K. _____, dont il n'existe aucun motif de s'écarter, il y a lieu de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les lésions de l'épaule droite de la recourante subsistant au-delà du 1er octobre 2010 ne peuvent pas être rattachées à l'accident du 19 mars 2010, mais sont d'origine exclusivement dégénérative. Par conséquent, au regard de la jurisprudence rappelée ci-dessus (cf. consid.

3b supra), on ne peut faire grief à l'intimée d'avoir refusé d'allouer des prestations au-delà du 23 novembre 2011, date à laquelle la contusion provoquée par l'événement du 19 mars 2010 avait cessé de déployer ses effets (au demeurant depuis plusieurs mois),

- 30 - nonobstant les douleurs dont souffre la recourante, mais qui sont d'origine malade.
b) Satisfaisant à son devoir d'instruction de la cause au sens de l'art. 43 LPGA, l'intimée a mis en œuvre deux expertises, dont l'une peut se voir reconnaître une pleine valeur probante et permet de traiter l'intégralité des points litigieux. Le dossier étant complet, il permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a ainsi pas lieu de donner suite à la mesure d'instruction complémentaire requise par la recourante, à savoir la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. Une telle mesure d'instruction ne serait en effet pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a ; cf. TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2 et TF 9C_440/2008 du 5 août 2008). 9. a) Il résulte de ce qui précède que le recours interjeté par R. _____ se révèle mal fondé et doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision sur opposition attaquée. b) Il n'y a pas lieu de percevoir des frais de justice, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 55 LPA-VD ; cf. art. 61 let. g LPGA). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales p r o n o n c e : I. Le recours est rejeté.

- 31 - II. La décision rendue le 31 janvier 2014 par H. _____ est confirmée. III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens. Le président : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - Me Alain Sauter (pour la recourante), à Lausanne, - H. _____, à [...], - Office de la santé publique, à Berne, par l'envoi de photocopies.

- 32 - 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 :

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