

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 26 juillet 2011

Présidence de Mme PASCHE
Juges : Mme Röthenbacher et M. Perdrix, assesseur
Greffier : M. Addor

* * * * *

Cause pendante entre :

N. _____, à Aigle, recourante, représentée par DAS Protection Juridique SA, à Lausanne,

et

AXA ASSURANCES SA, à Winterthour (ZH), intimée.

Art. 6 al. 1 LAA et 9 al. 2 let. f OLAA

E n f a i t :

A. N. _____ (ci-après: l'assurée), née en 1953, travaillait auprès de l'EMS P. _____ en qualité d'employée du service nettoyages et était à ce titre assurée auprès de Winterthur Assurances (désormais Axa Assurances SA) contre les accidents professionnels et non professionnels. Par déclaration d'accident LAA du 23 septembre 2005, l'employeur de l'assurée a annoncé que cette dernière avait trébuché et chuté le 18 septembre 2005 alors qu'elle rentrait du travail à son domicile. Selon le rapport médical initial du Dr K. _____, spécialiste FMH en médecine interne, médecin traitant, du 28 septembre 2005 à l'assurance-accidents, les diagnostics posés étaient ceux de contusion de la région temporale droite, de l'épaule et du bras droit, du gril costal droit et celui d'érosion des deux genoux. L'assurée avait présenté une incapacité de travail du 20 au 22 septembre 2005 et repris le travail à 100% dès le 23 septembre 2005.

Le Dr C. _____, spécialiste FMH en neuroradiologie et radiologie, a effectué une IRM de l'épaule droite de l'assurée le 9 janvier 2006. Il mentionnait sous la rubrique «indications» de son rapport médical au Dr K. _____ du même jour des douleurs chroniques de l'épaule droite, probablement par atteinte du sus-épineux, accentuées depuis une chute sur le membre supérieur droit le 18 septembre 2005. Il concluait en ces termes:

«Epaississement et hypersignal du tendon du sus-épineux à son insertion, s'amincissant à la jonction musculo-tendineuse, avec dissociation des fibrilles et irrégularités des pourtours et rétractation vers le muscle, indiquant une importante déchirure probablement subtotale, lors de la chute dans un contexte de conflit sous-acromio-claviculaire avec important débord inférieur du pourtour articulaire et aspect crochu du contour acromial inférieur.
Tendinopathies du sous-scapulaire, du long chef du biceps et du sous-épineux.
Important épanchement intra-articulaire.»

Le 14 février 2006, le Dr K. _____ diagnostiquait, à l'épaule droite, une atteinte du sus-épineux (probable déchirure) et une arthrose

arcomio-claviculaire, probablement décompensée par la chute du 18 septembre 2005. Il notait que la patiente annonçait une nouvelle chute le 24 décembre 2005 sur la glace, sur la nuque et le dos, avec accentuation des douleurs de l'épaule droite et de la face externe du bras. Il relevait en outre qu'il était probable que la chute du 18 septembre 2005 et celle du 24 décembre 2005 aient décompensé un processus dégénératif pré-existant (rapport médical du 14 février 2006 à Winterthur Assurances).

Le 4 avril 2006, le Dr K. _____ indiquait que la patiente, revue le 24 février 2006 pour un autre problème, signalait que l'épaule droite était toujours douloureuse à la mobilisation, laquelle était cependant complète. Il relevait encore qu'il était vraisemblablement juste de penser que six mois après la chute, la patiente avait retrouvé son status antérieur, et que les lésions décrites à l'IRM pouvaient aussi s'observer sans traumatisme (rapport médical du 4 avril 2006 à Winterthur Assurances).

L'assureur-accidents a effectué un droit d'être entendu le 24 mai 2006 et fixait le statu quo sine au 31 mars 2006, considérant qu'à partir du 1^{er} avril 2006, l'évolution irréversible de l'état antérieur aurait aussi conduit au même résultat sans l'accident. Il ne reconnaissait ainsi plus aucun droit à des prestations à l'assurée dès le 1^{er} avril 2006 et lui conseillait d'annoncer le cas à sa caisse-maladie.

Par décision du 2 août 2006, l'assureur-accidents a confirmé mettre fin à ses prestations dès le 1^{er} avril 2006, en précisant que le droit d'être entendu du 24 mai 2006 faisait partie de sa décision. Il retenait que dès le 1^{er} avril 2006, les éventuels traitements et incapacité de travail en relation avec l'épaule droite de l'assurée ne pouvaient plus être rattachés à l'événement du 18 septembre 2005 mais à des troubles dégénératifs ne relevant pas de son devoir d'indemnisation. Cette décision est entrée en force.

B. Selon la déclaration de sinistre LAA du 5 janvier 2009, l'assurée a glissé et est tombée par terre en cheminant sur la chaussée

enneigée et verglacée, le 12 décembre 2008. La partie du corps atteinte était l'épaule droite.

Le 12 février 2009, le Dr G._____ a effectué une arthrographie de l'épaule droite de l'assurée. Dans son rapport médical du 13 février 2009 au Dr B._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, il décrivait une bonne opacification de la cavité articulaire associée à une fuite de produit de contraste au niveau de la bourse sous-acromio-deltôïdienne faisant évoquer une déchirure. Il concluait à une déchirure du tendon sus-épineux et sous-épineux ainsi qu'à de l'arthrose acromio-claviculaire.

Dans son rapport médical du 12 mars 2009 au Dr B._____, le Dr Q._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie, posait le diagnostic de rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite (tendon sus-épineux complet, sous-scapulaire partie haute, sous-épineux partie haute). Il relevait en outre ce qui suit:

«Appréciation et attitudes: je suis un peu étonné de voir tellement de changements dégénératifs à trois mois d'une rupture de la coiffe des rotateurs voire je me pose la question est-ce qu'il s'agit vraiment d'une lésion fraîche. Cette question est très importante car la difficulté et le succès d'une refixation éventuelle n'est pas lié qu'à l'âge du patient mais surtout aussi à l'âge de la rupture. Le tendon du sus-épineux est rétréci au rebord glénoïdien en combinaison avec une unité musculaire inélastique. Une chirurgie réparatrice va engendrer des problèmes majeurs. Je vais répéter l'infiltration AC sous contrôle d'écran de brillance et je déciderai des suites avec la patiente. Mme N._____ a quand même l'espoir de pouvoir reprendre son activité professionnelle.»

Le rapport médical du Dr Q._____ au Dr B._____ du 23 mars 2009 avait en outre la teneur suivante:

«L'infiltration, ni à court terme ni à moyen terme n'a apporté un résultat. [...]

Aujourd'hui la patiente apporte avec elle les images d'une IRM précédemment réalisée le 9 janvier 2006 qui montrait déjà la rupture du sus-épineux. L'information m'arrive pièce par pièce. Déjà à l'époque elle avait subi un accident et on lui avait proposé une opération. J'avais alors donc bien ciblé avec ma suspicion qu'il ne s'agit pas d'une rupture fraîche. En janvier 2006, les muscles de la coiffe des rotateurs étaient encore sans dégénérescence graisseuse,

ce qui est témoin d'une rupture fraîche. Ceci d'autant plus qu'entre temps la dégénérescence graisseuse s'est installée. A mon avis, c'est d'un côté l'articulation acromio-claviculaire et de l'autre côté probablement le tendon long-chef du biceps qui sont responsables des douleurs. La réaction de la patiente sur l'infiltration est telle que je suis très pessimiste dans la probabilité de l'aider avec un geste chirurgical et je crains, au contraire, que l'opérateur soit ensuite inculpé par une situation qui sera sans doute encore pire qu'avant. En tout cas, à l'heure actuelle, selon moi, il n'est plus possible de reconstruire le sus-épineux. [...].»

Par courrier du 26 mars 2009 au Dr Q. _____, le Dr K. _____ lui a fait savoir qu'il suivait l'assurée depuis 1981 et pouvait confirmer qu'elle souffrait de douleurs chroniques de l'épaule droite depuis plusieurs années, accentuées par une chute en 2005. L'IRM de l'épaule droite de 2006 montrait, outre la pathologie acromio-claviculaire, des signes compatibles avec une déchirure subtotale du tendon du sus-épineux, et un volumineux épanchement intra-articulaire.

Le Dr K. _____ a indiqué par courrier du 21 avril 2009 au Dr R. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, que sa patiente avait pris rendez-vous avec lui en raison de douleurs de l'épaule droite qui n'avaient pas répondu à la physiothérapie, aux anti-inflammatoires ni aux deux infiltrations effectuées par le Dr Q. _____. Les douleurs actuelles faisaient suite à une chute sur l'épaule survenue le 12 décembre 2008 à la suite d'une glissade. Cette épaule était douloureuse depuis plusieurs années, avec une accentuation à la suite d'une chute accidentelle en 2005, l'IRM montrant outre une arthrose acromio-claviculaire déjà des signes compatibles avec une déchirure subtotale du tendon du sus-épineux et un important épanchement intra-articulaire. L'évolution avait été très lentement favorable avec un traitement conservateur.

Dans une correspondance du 23 avril 2009 au Dr K. _____, le Dr R. _____ lui a indiqué qu'après avoir examiné la patiente et l'avoir réinfiltrée avec une longue aiguille dans l'espace sous-acromial profond, elle avait immédiatement retrouvé une fonction et une amplitude normales, ce qui confirmait l'état fonctionnel résiduel tout à fait favorable en prévision d'une opération agendée le 15 mai 2009.

Selon le rapport médical du 25 mai 2009 des Drs R. _____ et E. _____, médecin assistant, au Dr K. _____, la patiente avait séjourné dans le service d'orthopédie de l'Hôpital J. _____ du 19 au 23 mai 2009. Le diagnostic principal était celui de rupture bifocale de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite. Elle avait été opérée le 19 mai 2009, l'intervention ayant consisté en une acromioplastie, suture et réinsertion trans-osseuse de la rupture bifocale dans la partie intra- et sous-scapulaire dans son insertion du sus-épineux de l'épaule droite. Au vu de l'évolution favorable, elle était autorisée à regagner son domicile.

Dans son rapport médical LAA du 25 mai 2009, le Dr E. _____ posait le diagnostic de rupture bifocale de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, une incapacité de travail de 100% ayant débuté le 19 mai 2009, à réévaluer au prochain contrôle.

Dans un rapport médical intermédiaire du 3 juin 2009 à l'assureur-accidents, le Dr K. _____ a diagnostiqué une rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite et une arthropathie acromioclaviculaire. L'incapacité de travail qui avait débuté le 12 décembre 2008 perdurait.

Répondant aux questions de l'assureur-accidents, le Dr H. _____ a indiqué le 4 juin 2009 que les premiers soins avaient été dispensés le 12 décembre 2008 à 8h. Le diagnostic provisoire était celui de contusion de l'épaule droite, avec incapacité de travail de 100% du 12 décembre 2008 jusqu'au 5 janvier 2009.

Le 19 juin 2009, le Dr B. _____ a également diagnostiqué une rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite. Il indiquait ne plus avoir revu la patiente depuis sa dernière consultation du 2 février 2009.

Dans son rapport médical intermédiaire du 24 juillet 2009, le Dr K. _____ posait les diagnostics suivants:

«rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, arthropathie acromio-claviculaire, et status après acromio-plastie et suture du sus-épineux et du sous-scapulaire le 19.05.09»

S'agissant de l'évolution, il notait que le Dr R._____ avait autorisé le début de la physiothérapie, la patiente ôtant le gilet durant la journée mais le gardant durant la nuit. Elle suivait de la physiothérapie, et l'incapacité de travail ayant débuté le 12 décembre 2008 était toujours en cours.

L'employeur de l'assurée, P._____, a mis un terme aux rapports de travail au 31 juillet 2009.

Dans son rapport médical à l'assureur-accidents du 11 août 2009, le Dr R._____ diagnostiquait une rupture bifocale de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite opérée le 19 mai 2009. A son dernier contrôle du 23 juin 2009, l'évolution était lentement favorable. Il notait que compte tenu d'une rupture très complexe, le traitement et la réhabilitation seraient certainement lentement progressifs, accompagnés de physiothérapie à Lavey-les-Bains.

Par rapport médical intermédiaire du 25 septembre 2009, le Dr K._____ constatait la persistance de douleurs malgré les traitements conservateurs. La patiente signalait peu d'effet durable de l'infiltration intra-articulaire effectuée par le Dr R._____ le 26 août 2009. Une deuxième infiltration était prévue courant octobre 2009 par ce praticien.

Le Dr L._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a été chargé par Axa Assurances SA d'expertiser l'assurée. Il l'a reçue à sa consultation le 22 septembre 2009 et a rendu son rapport d'expertise le même jour. Il y a posé les diagnostics suivants:

- tendinopathie chronique de la coiffe des rotateurs, touchant les deux épaules,

- status près de 4 ans après contusion de l'épaule et du bras droits, du gril costal droit, de la région temporale droite et des deux genoux,
- status 9 mois après contusion de l'épaule droite, peut-être aussi du poignet droit et de la zone lombaire,
- status 4 mois après acromioplastie latérale, bursectomie, débridement-suture d'une lésion de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite,
- arthropathie dégénérative de l'articulation acromio-claviculaire droite (et probablement aussi du côté gauche),
- discopathie L3-L4 sévère, L4-5 modérée, avec olisthesis de L4 sur L5 de degré I,
- status après cure STC droit,
- suspicion d'un STC gauche.

Il a répondu ce qui suit aux questions qui lui étaient posées:

«5. Etat antérieur. La patiente souffrait-elle avant l'accident, de maladie, ...?»

Tendinopathie chronique de la coiffe des rotateurs, touchant les deux épaules.

Arthropathie dégénérative acromio-claviculaire droite et probablement aussi du côté gauche.

6. Causalité naturelle... vraisemblance prépondérante, possible... maladie, état pré-existant... status quo ante/sine...?»

Une relation de causalité naturelle entre l'événement du 12 septembre [rév. décembre] et les lésions constatées à l'épaule droite (coiffe des rotateurs, arthrose AC), peut raisonnablement être écartée.

L'événement en question a causé une contusion de l'épaule droite, avec probable contusion sous acromiale, décompensant de manière transitoire la tendinopathie sous-jacente.

Pour cette seule contusion, le status quo ante/sine aurait dû être considéré comme atteint après un délai maximal de 1-2 mois, avec possibilité d'extension de ce délai de 1-2 mois supplémentaires compte tenu de l'importance de la pathologie préexistante (à l'origine d'une fragilité tissulaire exagérée et partant, d'un délai de rétablissement plus lent). Au-delà, le cursus de l'épaule droite fut certainement régi par la tendinopathie dégénérative (présente très vraisemblablement, et de manière symétrique, du côté gauche).

7. Incapacité de travail, exigibilité...?»

Une incapacité de travail, relative à la contusion de l'épaule droite du 12 décembre 2008, aurait été justifiée sur une durée de 4-6

semaines (avec probablement une reprise à temps partiel à ce moment, avant une reprise en plein 3-4 semaines plus tard).

8. Traitement médical

Aucun traitement médical, relatif à l'événement du 12 septembre [réd.: décembre] 2008, n'était justifié après le délai d'atteinte du status quo ante/sine (mars 2009).

9. Atteinte à l'intégrité

En l'absence de lésion anatomique macroscopique, clairement imputable à l'événement du 12 septembre [réd.: décembre] 2008 et responsable de troubles fonctionnels significatifs et durables, aucune indemnisation n'est due.»

Les conclusions du rapport de la Dresse S._____, spécialiste FMH en radiologie, du 22 septembre 2009 au Dr L._____ à la suite des radiographies des épaules de l'assurée étaient les suivantes:

«Absence de calcification en regard de l'espace sous-acromial. Pas de pincement de l'espace sous-acromial. Discret remaniement dégénératif au niveau de l'insertion du tendon supra-épineux bilatéral. Arthrose acromio-claviculaire du côté droit.»

Un droit d'être entendu a été établi le 5 mars 2010. L'assurée a alors été informée qu'Axa Assurances SA fixait le terme de ses obligations au 31 mars 2009, considérant qu'à partir du 1^{er} avril 2009, les douleurs ressenties ne concernaient plus les suites de l'accident.

Par décision du 28 mai 2010, Axa Assurances SA ne reconnaissait plus aucun droit à des prestations d'assurance à N._____ dès le 1^{er} avril 2009, se fondant sur les conclusions de l'expert, qui relevait que la relation de causalité naturelle entre l'événement du 12 décembre 2008 et les troubles objectivés à l'épaule droite, soit la tendinopathie chronique de la coiffe des rotateurs des deux épaules et l'arthropathie dégénérative acromio-claviculaire droite et probablement du côté gauche, pouvait être raisonnablement écartée.

Le 30 juin 2010, l'assurée, par le biais de Das Protection Juridique SA, a formé opposition à cette décision. Elle faisait valoir qu'aucune valeur probante ne pouvait être reconnue à l'expertise du Dr L._____, qu'il convenait d'en mettre en œuvre une nouvelle, et qu'il aurait dû être fait application de l'art. 9 al. 2 let. f OLAA. Elle concluait à

l'annulation de la décision du 28 mai 2010, et à ce qu'il soit dit qu'elle avait droit aux prestations LAA, indemnités journalières et frais médicaux notamment, au-delà du 31 mars 2009 et jusqu'à ce qu'elle ait recouvré sa pleine capacité de travail.

Par décision sur opposition du 21 juillet 2010, Axa Assurances SA a confirmé sa décision du 28 mai 2010. Elle expliquait que l'expertise du Dr L._____ était probante, qu'il était prouvé médicalement que la rupture du tendon sus-épineux était préexistante au premier accident et d'origine dégénérative, et que les suites de l'accident du 18 septembre 2005 avaient fait l'objet d'une décision de statu quo sine entrée en force.

C. N._____, représentée par sa protection juridique, a recouru contre cette décision par acte du 13 septembre 2010, en concluant à son annulation et à la prise en charge des prestations LAA au-delà du 1^{er} avril 2009 et jusqu'à ce qu'elle ait recouvré sa pleine capacité de travail. En substance, elle fait valoir que l'expertise du Dr L._____ n'est pas probante, notamment car elle est lacunaire, ne donne pas de réponse convaincante et n'explique pas clairement pourquoi le caractère dégénératif des lésions est retenu. Elle relève en outre que la décision attaquée verse dans l'arbitraire en refusant d'appliquer l'art. 9 al. 2 let. f OLAA.

Dans sa réponse du 15 octobre 2010, l'intimée conclut au rejet du recours. Elle explique notamment que l'expertise du Dr L._____ remplit les conditions jurisprudentielles permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante et qu'elle ne peut comprendre que la recourante prétende avoir été asymptomatique avant l'accident du 12 décembre 2008.

Dans sa réplique du 9 novembre 2010, l'assurée, par la Das, relève qu'en présence d'une expertise sans valeur probante, il appartenait à l'intimée d'en diligenter une nouvelle. A titre de preuve, elle requiert la mise en œuvre d'une expertise médicale à confier à un spécialiste de

l'épaule, ainsi que l'audition en qualité de témoins des Drs K._____ et R._____.

Dans sa duplique du 23 novembre 2010, l'intimée se réfère au courrier du Dr Q._____ du 23 mars 2009. Elle explique que les autres pièces au dossier mettent également en évidence les importantes douleurs dont souffre la recourante depuis les années 2001-2002. Elle conclut que la mise en œuvre d'une expertise et l'audition des Drs K._____ et R._____ semblent inutiles n'étant pas des mesures d'instruction appropriés, et qu'il n'existe aucun motif de s'écarter de l'avis du Dr L._____.

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 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. 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, formé le 13 septembre 2010 contre la décision sur opposition du 21 juillet 2010, le recours a été interjeté en temps utile, compte tenu des fêtes estivales. Pour le surplus répondant aux prescriptions de formes prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le présent recours est recevable.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, 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 donc compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. Le litige porte sur le point de savoir si l'intimée était fondée, par sa décision sur opposition du 21 juillet 2010, à supprimer le droit de la recourante aux prestations de l'assurance-accidents à partir du 1^{er} avril 2009. Il s'agit plus particulièrement de déterminer si les atteintes à la santé présentées par l'assurée, postérieurement à cette date, étaient encore dues à l'accident du 12 décembre 2008.

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la présente 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.

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 129 V 177 c. 3.1 et les références; TF 8C_432/2007 du 28 mars 2008 c. 3.2.1). 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, 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 129 V 177 c. 3.1 et les références; TF 8C_433/2008 du 11 mars 2009 c. 3.1). Lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des

prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (TF 8C_513/2007 du 22 avril 2008 c. 2 et les références).

Ainsi, si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine; TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009 c. 2.3 et les références); 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"; cf. ATF 119 V 335 c. 2b/bb; TF 8C_42/2009 du 1^{er} octobre 2009 c. 2.2).

Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. La causalité doit être considérée comme adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait en cause 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 précité c. 3.2; ATF 125 V 456 c. 5a et les références; TF 8C_710/2008 du 28 avril 2009 c. 2). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (cf. TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009 c. 2.1 in fine et les références).

b) Les ruptures de la coiffe des rotateurs figurent dans la liste exhaustive des lésions corporelles assimilées à un accident de l'art. 9 al. 2 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents, RS 832.202 [let. f; ATF 123 V 43]). Selon l'alinéa 2 de cette disposition, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, les lésions (mentionnées aux let. a à h) sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire.

La notion de lésion assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. Aussi, les assureurs-accidents LAA doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait en principe être couvert par l'assurance-maladie. Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA sont assimilées à un accident même si elles ont, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 129 V 466; 123 V 43 c. 2b p. 44; 116 V 145 c. 2c p. 147; 114 V 298 c. 3c p. 301). En revanche, en l'absence d'une cause extérieure - soit d'un événement similaire à un accident, externe au corps humain, susceptible d'être constaté de manière objective et qui présente une certaine importance -, fût-ce comme simple facteur déclenchant des lésions corporelles énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA, les troubles constatés sont à la charge de l'assurance-maladie (TF 8C_1025/2008 du 19 octobre 2009 c. 3.1).

c) 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, ceci en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 c. 5b; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 c. 2.1). 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 c. 5.1; ATF 125 V 351 c. 3a et la référence citée; TF 9C_603/2009 du 2 février 2010 c. 3.1; TF 8C_662/2008 du 23 mars 2009 c. 3.3.1).

4. a) La recourante fait valoir que l'intimée aurait versé dans l'arbitraire en refusant d'appliquer au cas d'espèce l'art. 9 al. 2 let. f OLAA. Il convient dès lors d'examiner si l'assurée présente une des lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA, singulièrement, comme elle le soutient, une lésion de la coiffe des rotateurs, à la suite de sa chute du 12 décembre 2008.

L'IRM effectuée le 9 janvier 2006 par le Dr C._____ révèle la présence d'une importante déchirure probablement subtotale du tendon du sus-épineux lors de la chute [réd.: du 18 septembre 2005], laquelle a accentué des douleurs chroniques de l'épaule droite, dans un contexte de conflit sous-acromio-claviculaire avec important débord inférieur du pourtour articulaire et aspect crochu du contour acromial inférieur, des tendinopathies du sous-scapulaire, du long chef du biceps et du sous-épineux, ainsi qu'un important épanchement intra-articulaire. Les conclusions posées par le Dr C._____ dans son rapport d'IRM précité ont été reprises par le Dr K._____ dans son rapport médical à l'intimée du 14 février 2006, ce médecin diagnostiquant à l'épaule droite une atteinte du sus-épineux (probable déchirure) et une arthrose acromio-claviculaire probablement décompensée par la chute du 18 septembre 2005. Ce praticien observe le 4 avril 2006 qu'il est vraisemblable de penser que 6 mois après la chute, la patiente a retrouvé son status antérieur, relevant encore que les lésions décrites à l'IRM peuvent aussi s'observer sans traumatisme. Par décision du 2 août 2006, entrée en force, l'intimée a alors mis fin à ses prestations dès le 1^{er} avril 2006.

Selon l'avis du Dr H._____, qui a dispensé les premiers soins à la suite de l'événement du 12 décembre 2008, l'assurée souffrait d'une contusion de l'épaule droite (avis du 4 juin 2009).

A la suite de l'arthrographie-IRM pratiquée le 12 février 2009, le Dr G. _____ conclut à une déchirure du tendon sus-épineux et sous-épineux ainsi qu'à de l'arthrose acromio-claviculaire (rapport médical du 13 février 2009).

Quant au Dr Q. _____, il diagnostique une lésion de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite (tendon sus-épineux complet, sous-scapulaire partie haute, sous-épineux partie haute), mais il se dit étonné de voir tellement de changements dégénératifs à trois mois d'une rupture de la coiffe des rotateurs, et s'interroge sur le point de savoir s'il s'agit d'une lésion fraîche (rapport médical du 12 mars 2009). Le 23 mars 2009, ce praticien confirme, après que sa patiente lui a apporté les images de l'IRM réalisée en janvier 2006 qui montrait déjà la rupture du sus-épineux, qu'il ne s'agit pas d'une lésion fraîche. Il est d'avis que c'est l'articulation acromio-claviculaire et probablement le tendon long-chef du biceps qui sont responsables des douleurs.

Le Dr L. _____ explique que l'arthrographie-IRM pratiquée deux mois après l'événement du 12 décembre 2008 montre une progression de la tendinopathie connue de la coiffe des rotateurs, avec une atteinte toujours préférentielle pour le sus-épineux, dans une moindre mesure pour le sous-scapulaire et le sus-épineux, associée cette fois à l'infiltration graisseuse musculaire. En revanche, aucun élément pouvant faire évoquer une lésion anatomique macroscopique aiguë n'a été identifié (telle une fracture, un œdème osseux, des séquelles d'hématomes, etc.).

Il observe en outre que le caractère dégénératif de cette pathologie a été relevé par le Dr Q. _____ et pris en considération par ce dernier dans ses propositions thérapeutiques, le Dr L. _____ rappelant qu'un traitement chirurgical dans le cadre d'une telle dégénérescence graisseuse donne des résultats très aléatoires. Il conclut que l'événement du 12 décembre 2008 a vraisemblablement été responsable d'une contusion de l'épaule droite, avec possible contusion sous-acromiale.

Au vu des rapports médicaux concordants au dossier, il y a ainsi lieu de considérer qu'à la suite de l'événement du 12 décembre 2008, la recourante n'a présenté qu'une contusion, la lésion de la coiffe des rotateurs étant antérieure à dit événement.

Or la contusion ne figure pas dans la liste exhaustive des lésions assimilées de l'art. 9 al. 2 OLAA. C'est donc à juste titre que l'intimée n'a pas fait application de cette disposition.

b) La recourante fait en outre valoir que le rapport du Dr L. _____ ne saurait se voir accorder valeur probante.

En premier lieu, la recourante déplore que le Dr L. _____ présente uniquement l'hypothèse d'une atteinte dégénérative de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, sans examiner sérieusement celle d'une atteinte traumatique, reprochant à ce praticien d'avoir privilégié les éléments favorables à l'existence d'une atteinte dégénérative et écarté sans discussion les éléments n'allant pas dans ce sens.

La recourante ne peut être suivie. En effet, le Dr L. _____ établit un rappel anamnestique étayé, reprenant toutes les pièces médicales, et indiquant les déclarations de la recourante. Après son compte rendu d'examen clinique, il commente le dossier radiographique de la recourante, lequel a au demeurant été complété par des radiographies des deux épaules réalisées le 22 septembre 2009. Il explique en outre que l'arthro-IRM effectuée 2 mois après l'événement du 12 décembre 2008 ne présente aucun élément pouvant faire évoquer une lésion anatomique macroscopique aiguë. La recourante relève encore que tous les médecins qui se sont prononcés sur son cas ont retenu le diagnostic de rupture bifocale de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, alors que le Dr L. _____ retient celui de tendinopathie chronique de la coiffe des rotateurs, touchant les deux épaules. Pourtant la recourante admet l'affirmation de la décision sur opposition selon laquelle il n'y a aucune contradiction entre le diagnostic de tendinopathie et celui de

rupture de la coiffe des rotateurs, «le premier désignant de façon générale les atteintes de tendons (dont la déchirure fait évidemment partie)».

La recourante reproche encore au Dr L. _____ d'avoir retenu le caractère dégénératif de la pathologie de la recourante, alors que le Dr G. _____ mentionne une «déchirure transfixiante et vraisemblablement complète du tendon sus-épineux avec atrophie musculaire modérée» et une «déchirure transfixiante vraisemblablement incomplète du tendon sous-épineux s'étendant le long du tendon jusqu'à la jonction musculotendineuse, associée à une atrophie musculaire modérée». Or le Dr L. _____ a bien tenu compte du rapport du Dr G. _____, qu'il a du reste résumé en p. 4 de son expertise, et commenté en p. 9. Il explique en outre en p. 12 que l'arthro-IRM en question a montré une progression de la tendinopathie connue de la coiffe des rotateurs.

Il convient ainsi de retenir que le Dr L. _____ explique de manière claire et convaincante, sur la base des pièces médicales au dossier et de l'examen clinique de la recourante auquel il a procédé, pourquoi il retient le caractère dégénératif de la pathologie de cette dernière.

Il est par ailleurs erroné d'affirmer que le Dr Q. _____ s'est contenté de s'interroger sur la fraîcheur de la lésion de la recourante: ce praticien a en effet confirmé dans son rapport médical du 23 mars 2009, après examen de l'IRM réalisée le 9 janvier 2006, qu'il ne s'agissait pas d'une rupture fraîche. Il relève à cet égard qu'en janvier 2006, les muscles de la coiffe des rotateurs étaient encore sans dégénérescence graisseuse, ce qui est témoin d'une rupture fraîche, alors qu'entre temps, la dégénérescence graisseuse s'est installée. Les rapports du Dr Q. _____ des 12 mars et 23 mars 2009 sont clairs. Du reste, le Dr K. _____ fait savoir à ce dernier par courrier du 26 mars 2009 qu'il peut confirmer que la recourante souffre de douleurs chroniques de l'épaule droite depuis plusieurs années, accentuées par une chute en 2005. Dans ces conditions, la recourante ne peut être suivie lorsqu'elle soutient qu'il convient d'attacher à l'événement du 12 décembre 2008 les observations

découlant de l'arthro-IRM effectuée par le Dr G._____, dans la mesure où les lésions en question apparaissaient déjà sur l'IRM de janvier 2006. Elle ne peut pas plus être suivie lorsqu'elle affirme ne pas avoir présenté de lésion de l'épaule droite avant l'événement du 12 décembre 2008, ni que son épaule ne présentait plus de lésion lorsqu'est survenu cet événement, les éléments radiographiques au dossier, le rapport d'expertise du Dr L._____, les rapports médicaux du Dr Q._____, et les indications du Dr K._____ contredisant une telle affirmation. Enfin, et contrairement à ce qu'affirme la recourante, le Dr L._____ explique qu'elle présente une symptomatologie douloureuse aux deux épaules évoluant depuis 2001-2002, cette symptomatologie rentrant très vraisemblablement dans le cadre d'une tendinopathie chronique de la coiffe des rotateurs.

Finalement, il y a lieu de considérer que l'expertise du Dr L._____ remplit tous les critères jurisprudentiels permettant de lui accorder valeur probante: les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, le rapport se fonde sur des examens complets, notamment un examen clinique de la recourante, et a été complété par des radiographies; les plaintes exprimées par cette dernière ont été prises en compte et il a été établi en pleine connaissance du dossier; la description du contexte médical et de l'appréciation de la situation médicale sont claires, et ses conclusions dûment motivées. Elles ne sont au demeurant pas contredites par les autres médecins ayant examiné la recourante.

Il convient ainsi de tenir compte des conclusions du rapport du Dr L._____, qui relève que s'agissant d'une contusion de l'épaule droite, qui a transitoirement dégradé la situation précaire de l'épaule de la recourante, le statu quo ante ou sine aurait dû être considéré comme atteint à l'issue d'un délai maximal de 1-2 mois. Le Dr L._____ note encore qu'une certaine extension de la symptomatologie dans le temps pourrait être admise compte tenu de l'importance de l'atteinte dégénérative de la coiffe, à l'origine d'une fragilité tissulaire excessive, et partant, d'un délai de rétablissement plus lent. Ce délai ne devait toutefois pas dépasser les 1-2 mois supplémentaires. Au-delà, la symptomatologie

alléguée par la recourante reflétait parfaitement la tendinopathie sous-jacente, pathologie qui touche les deux épaules.

Au demeurant, aucun médecin ne soutient qu'il existe un lien de causalité naturelle entre l'accident du 12 décembre 2008 et les douleurs persistantes de l'épaule droite de l'assurée.

Compte tenu de ce qui précède, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre l'accident du 12 décembre 2008 et les douleurs exprimées par l'assurée dès le 1^{er} avril 2009 ne peut pas être tenue pour établie. C'est donc à juste titre que l'intimée a mis fin à ses prestations au 1^{er} avril 2009, soit près de 4 mois après l'événement du 12 décembre 2008.

c) Si l'assureur ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu de rechercher d'autres preuves. Cette appréciation anticipée des preuves ne viole pas, en tant que telle, les garanties de procédure (ATF 119 V 335 c. 3c; TF 9C_382/2008 du 22 juillet 2008 c. 3 et les références).

En l'occurrence, l'instruction du dossier apparaissant suffisante, la requête de la recourante visant à la mise en œuvre d'une expertise ainsi qu'à l'audition des Drs K. _____ et R. _____ en qualité de témoins doit être rejetée, les éléments au dossier étant clairs, dénués de contradiction et permettant à la Cour de statuer.

5. En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne le maintien de la décision attaquée du 21 juillet 2010. Il n'est pas perçu de frais de justice, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA) ni alloué de dépens, vu l'issue du litige (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 21 juillet 2010 par Axa Assurances SA est confirmée.

- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- DAS Protection Juridique SA (pour N. _____),
- Axa 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 :