

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 30 octobre 2015

---

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, juge unique  
Greffière : Mme Rossi

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**X.**\_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Antoine Boesch, avocat à Genève,

et

**S.**\_\_\_\_\_ **SA**, à [...], intimée, anciennement **D.**\_\_\_\_\_ **SA**.

---

**Art. 4 LPGA ; 6 LAA ; 9 al. 2 OLAA.**

**E n f a i t :**

**A.** X.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recoursante), née le [...] 1947, travaille depuis 1973 pour A.\_\_\_\_\_ SA, notamment en qualité d'infirmière et d'accompagnatrice des élèves dans leurs diverses activités sportives et d'extérieur. A ce titre, elle était assurée contre le risque d'accidents auprès de la société D.\_\_\_\_\_ SA (ci-après : D.\_\_\_\_\_ SA).

Le 22 août 2004, l'assurée a été victime d'un accident de la circulation en France. Le procès-verbal établi par la Gendarmerie nationale indique que le véhicule conduit par l'intéressée a été percuté frontalement par une automobiliste roulant en sens inverse, qui s'était déportée sur la voie gauche d'une chaussée à double sens de circulation. Les deux véhicules ont été détruits et le procès-verbal précise que l'assurée faisait partie des « blessés graves ».

Le « certificat descriptif » établi le 25 août 2004 par le Dr Q.\_\_\_\_\_, chef du Service de chirurgie orthopédique et traumatologique du Centre hospitalier F.\_\_\_\_\_, mentionne les lésions suivantes :

- fracture du col de l'astragale droit non déplacée ;
- fracture engrenée du bord interne de la clavicule gauche ;
- contusion de l'épaule et hématome abdominal superficiel.

Ce spécialiste a précisé que ces lésions entraîneraient une incapacité totale de travail de vingt jours, sous réserve de complications.

L'assurée est restée hospitalisée en France jusqu'au 27 août 2004, date de son transfert à l'Hôpital K.\_\_\_\_\_. Elle a par la suite séjourné à la Clinique Z.\_\_\_\_\_ du 3 au 24 septembre 2004, dans un but de rééducation à la marche. Dans un premier temps, elle a eu à disposition une chaise roulante et un déambulateur. Ensuite, elle a utilisé des cannes anglaises. L'assureur-accidents a pris en charge les suites du sinistre du 22 août 2004. Un bilan de physiothérapie en orthopédie du

5 septembre 2004 fait état de douleurs de l'astragale droit et de la clavicule gauche, ainsi que de contusions de l'abdomen et du thorax. Une forme humaine schématique en regard du point « Bilan douloureux » est hachurée au niveau de la cheville droite, du thorax et de la clavicule.

Dans un rapport médical intermédiaire LAA du 17 septembre 2004, le Dr O.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne auprès de la Clinique Z.\_\_\_\_\_, a posé les diagnostics de « fracture du col de l'astragale droite, de la clavicule gauche », ainsi que de « contusions thoraciques, de l'épaule gauche et abdominales ». Ce praticien notait la « persistance d'importantes difficultés à la marche et douleurs abdominales ».

Dans un courrier adressé le 23 septembre 2004 au Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin traitant de l'assurée, le Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste notamment en médecine physique et réadaptation à la Clinique Z.\_\_\_\_\_, et le Dr O.\_\_\_\_\_ ont relevé que la rééducation à la marche s'était compliquée par des douleurs thoraciques et claviculaires, aggravées par l'utilisation des cannes. Ils ont notamment posé le diagnostic de status après accident de la voie publique le 22 août 2004 compliqué d'une fracture du col de l'astragale droit et du bord interne de la clavicule gauche, ainsi que de contusions thoraciques, de l'épaule gauche et abdominales. Dans ce document, il est spécifié qu'à la sortie, la patiente se déplaçait sur une distance de vingt mètres avec deux cannes et pouvait faire un étage d'escaliers. Elle utilisait un cadre de marche ou un fauteuil roulant pour de plus longs déplacements. Les médecins de la Clinique Z.\_\_\_\_\_ ont rappelé que l'assurée avait décrit dans l'anamnèse « des douleurs plus importantes de l'épaule gauche et thoraciques ainsi que parfois abdominales » et que « la rééducation à la marche [était] compliquée par des douleurs thoraciques et de l'épaule gauche lors de l'utilisation de cannes axillaires ou anglaises ».

Le bilan de physiothérapie en orthopédie établi le 2 décembre 2004 par T.\_\_\_\_\_, physiothérapeute auprès de la Clinique Z.\_\_\_\_\_, contient en bas de page un dessin où figurent les douleurs dont l'assurée

souffrait, soit l'épaule droite (suite à la marche avec cannes), les genoux et la cheville droite. Il était précisé que l'assurée se plaignait de douleurs à l'épaule droite, aux genoux et au pied droit. Elle n'utilisait plus de fauteuil roulant depuis quinze jours, ni de cannes à compter du 1<sup>er</sup> décembre 2004, et conduisait sa voiture depuis cette dernière date.

Le 22 janvier 2005, l'assurée a repris son travail à 100 %.

En réponse à une lettre de D. \_\_\_\_\_ SA du 4 février 2005, le Dr M. \_\_\_\_\_ a indiqué le contenu du rapport radiologique du 12 novembre 2004, précisant qu'il s'agissait de clichés de « l'épaule droite de face en rotation interne », laquelle ne présentait « pas de lésion ostéo-articulaire appréciable », ni de « calcification tendineuse ». Dans son rapport médical intermédiaire LAA du 6 février 2005, le Dr M. \_\_\_\_\_ a rappelé les diagnostics retenus depuis la date de l'accident, n'évoquant aucune affection à l'épaule droite, puis, sous la rubrique destinée à la description de l'évolution de la pathologie, a mentionné que l'assurée n'exprimait « pas de plainte particulière ».

Dans les rapports médicaux intermédiaires qu'il a établis à l'intention de l'assureur-accidents, le Dr M. \_\_\_\_\_ a notamment posé le diagnostic de tendinopathie du sus-épineux et de conflit sous-acromial droit.

Selon le rapport dressé le 13 septembre 2005 par la Dresse C. \_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, le bilan IRM relatif à l'épaule droite de l'assurée objectivait une rupture partielle de la face profonde du sus-épineux de stade III d'Ellman, située en regard de l'enthèse trochitérienne et apparue dans le cadre d'une tendinopathie. On observait une arthrose acromio-claviculaire avec ostéophytose agressive et acromion de type III, ce qui représentait des facteurs favorisant pour un conflit sous-acromial. La présence d'une bursite sous-acromio-détoïdienne réactionnelle était également constatée.

Le 15 mars 2006, l'assurée a été examinée par le Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin-conseil de l'assureur-accidents, lequel a déposé son rapport d'expertise le 1<sup>er</sup> mai 2006. Il en ressort notamment les éléments suivants :

« **ANAMNÈSE ACTUELLE :**

**- Selon la patiente :**

[...]

Lors de l'accident et dans les premiers mois qui ont suivi l'accident, madame X.\_\_\_\_\_ n'a pas vraiment présenté de douleurs de l'épaule droite. Des douleurs apparaissent progressivement avec le port de cannes vers le mois de novembre-décembre 2004. Celles-ci s'aggravent progressivement et deviennent gênantes en avril 2005 avec difficulté à lever les bras ou à s'habiller. L'aggravation se poursuit jusqu'en novembre 2005, où après une infiltration, on obtient une amélioration des douleurs de 80 %. Suite à cette infiltration, elle récupère également bien la mobilité de l'épaule. Il n'y a plus de traitement depuis le mois de novembre 2005. Le dernier contrôle chez le docteur M.\_\_\_\_\_ a eu lieu en décembre 2005. Un prochain contrôle est prévu à trois mois.

[...]

**DIAGNOSTICS :**

- 1-** Fracture du col de l'astragale droit et de la pointe de la malléole interne de la cheville droite.
- 2-** Contusion abdominale avec hématome de la paroi et contusion hépatique biologique.
- 3-** Contusion de l'épaule gauche.
- 4-** Fracture Weber A de la pointe de la malléole externe de la cheville gauche.
- 5-** Conflit sous-acromial avec tendinopathie et rupture partielle de la face profonde du tendon du sus-épineux et arthrose acromio-claviculaire de l'épaule droite.
- 6-** Probable névrome de morton du deuxième espace inter-métatar[si]en du pied droit.
- 7-** Gonarthrose bilatérale débutante.

**EVOLUTION & DISCUSSION :**

[...]

Au mois de novembre - décembre 2004, apparaissent progressivement des douleurs de l'épaule droite. Celles-ci deviennent réellement gênantes en avril 2005 avec difficultés à la mobilisation. Un traitement de physiothérapie est entrepris avec une lente amélioration. En novembre 2005, une infiltration de l'épaule est effectuée qui apporte une amélioration très nette de la symptomatologie douloureuse. Il n'y a, à l'heure actuelle, plus de traitement à ce niveau depuis novembre 2005. Il persiste quelques

douleurs lors des mouvements en élévation maximale. Pas de douleurs au repos.

**RÉPONSES AUX QUESTIONS :**

[...]

**5)- Causalité : veuillez nous dire en motivant chaque réponse pour chacun des diagnostics relevés sous le chiffre "4" [réd. : le chiffre 4 concerne le diagnostic] s'il est en relation de causalité naturelle avec l'accident en fonction des termes suivants.**

- **Non**
- **Possible (< de 50 %)**
- **Plus que vraisemblable (> de 50 %)**
- **Certain (100 %)**

Les diagnostics 1, 2 et 3 sont en relation de causalité certaine avec l'accident du 22.8.2004.

Le diagnostic 4 est en relation de causalité certaine avec l'accident du 17.05.2005.

Le diagnostic 5 n'est pas en relation de causalité avec ces deux accidents.

En effet, madame X. \_\_\_\_\_ n'a pas ressenti de douleurs de l'épaule droite après l'accident du 22.8.2004. Celles-ci ne sont apparues que 3 à 4 mois plus tard. Elles se sont progressivement aggravées.

Les examens radiologiques mettent en évidence des troubles dégénératifs avec un conflit sous-acromial, une arthrose claviculaire, une tendinite du sus-épineux évoluant vers une rupture partielle.

Ces lésions n'ont pas de relation de causalité directe avec l'accident du 22.8.2004.

Les diagnostics 6 et 7 ne sont également pas en relation de causalité avec ces deux accidents.

[...]

**7)- Constatez-vous chez Mme X. \_\_\_\_\_ un état antérieur, étranger, concomitant ou une maladie intercurrente ?**

L'évolution a été compliquée à partir du mois de novembre-décembre 2004 par une tendinite du sus-épineux associée à un conflit sous-acromial de l'épaule droite. Cette pathologie n'est pas en relation avec les deux accidents cités ci-dessus.

Le traitement de cette pathologie n'est pas à charge de l'assurance-accidents. Il n'a cependant pas entraîné de retard dans l'évolution des séquelles des deux accidents.

[...] »

Le bilan radiologique établi le 15 juin 2006 par le Dr H. \_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, après IRM de l'épaule droite de l'assurée fait notamment état des éléments suivants :

« **Description :**

Tendon sus-épineux tuméfié, de texture nettement hétérogène, traduisant une tendinopathie, peut-être associée à des déchirures interstitielles. Pas de rupture du tendon, bonne trophicité musculaire. En regard de l'intervalle antérieur des rotateurs, il existe une déchirure irrégulière vraisemblablement complète, en partie comblée par du tissu fibro-vasculaire prenant nettement le contraste comme en témoignent bien les séries après i.v. de Gadolinium. Tendon sous-scapulaire hétérogène à son insertion supérieure traduisant une tendinopathie, pas de rupture du tendon, bonne trophicité musculaire. Tendon sous-épineux un peu hétérogène à son insertion, pas de rupture du tendon, bonne trophicité musculaire. Long chef continu dans son trajet intra-articulaire, un peu hétérogène dans la poulie puis en place dans la gouttière.

Arthrose acromio-claviculaire active avec un peu d'œdème spongieux et une prise de contraste capsulo-synoviale. Dans le plan sagittal, acromion type II, discrète pente antérieure. Epanchement dans la bourse sous-acromio-deltoïdienne prenant nettement le contraste.

Rapport scapulo-huméral préservé (discret amincissement cartilagineux). Bourrelets antérieur et postérieur en place. Un petit peu d'œdème du trochiter.

**Conclusion :**

Déchirure de l'intervalle antérieur des rotateurs en partie comblée par du tissu fibro-vasculaire prenant nettement le contraste. Tendinopathie nette du sus-épineux, pas de rupture des tendons de la coiffe.

Arthrose acromio-claviculaire active. »

Par courrier du 10 juillet 2006, le Dr U.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et nouveau médecin traitant de l'assurée, s'est adressé à l'assureur-accidents en ces termes :

« [...]

La clôture de ce dossier me para[ît] actuellement prématurée en raison des suites existantes et qui sont encore "améliorable[s]" par un traitement adéquat.

J'ai vu en consultations Mme X.\_\_\_\_\_ en juin.

[...]

En ce qui concerne l'épaule droite, qui reste douloureuse, j'ai organisé un nouvel examen IRM qui démontre une rupture de la coiffe au niveau de l'intervalle des rotateurs.

La répétition de cet examen a été rendue nécessaire par le manque de qualité du premier examen. En effet il est décrit une résistance à l'injection intra-articulaire, il est soulevé la question d'une petite cavité articulaire.

La lecture de l'examen montre clairement une extravasation de produit de contraste. La gouttière bicipitale n'est pas remplie de liquide ce qui signifie que la dilatation de l'articulation a été

incomplète rendant par[-]à la détection d'un passage de contraste dans l'espace sous-acromial aléatoire.

L'examen du 15 juin 2006 démontre une rupture de la coiffe des rotateurs.

Il n'y a pas de rétrécissement de l'espace sous-acromial. Il est présentement admis que l'acromion n'est pas le facteur prépondérant antérieurement accept[é] comme tel dans le contexte de la rupture de la coiffe. Ceci est démontré dans plusieurs publications entre autre[s] de L.\_\_\_\_\_ qui ne pratique plus de routine une acromio-p[la]stie dans les sutures de la coiffe des rotateurs.

Mme X.\_\_\_\_\_ a vu venir la voiture en face d'elle et elle a tenu fermement son volant avant l'impact.

La problématique des ruptures traumatiques de la coiffe est bien connue dans le contexte asséculologique suisse. Il est de ce fait regrettable que le Dr M.\_\_\_\_\_ n'ait pas pratiqué d'investigations approfondies précocement. Il ne para[ît] pas nécessairement adéquat que Mme X.\_\_\_\_\_ en subisse les conséquences ceci d'autan[t] plus que les frais médicaux sont remboursés par l'assureur RC.

Je vous demande donc de ne pas clore ce dossier et de me laisser un peu plus de temps pour étayer la situation de l'épaule droite.

[...] »

Le 25 septembre 2006, le Dr U.\_\_\_\_\_ a écrit à l'assureur-accidents ce qui suit :

« [...]

Les éléments qui génèrent une divergence d'appréciation sont les suivants :

[...]

En ce qui concerne l'épaule droite les douleurs ont été évidentes et fonctionnellement significatives dès qu'il y a eu une sollicitation, cette sollicitation est apparue après cessation de l'emploi de la chaise roulante. Elles étaient présentes avant et ont empêché l'emploi de cannes anglaises.

La pathologie attestée par les examens IRM démontre que les investigations auraient dû être effectuées à une date antérieure.

En l'état Mme X.\_\_\_\_\_ souffre encore des suites de l'accident et une amélioration significative est vraisemblable avec la poursuite du traitement, médical et éventuellement chirurgical au niveau de l'épaule en particulier.

[...] »

Le 15 novembre 2006, le Dr M. \_\_\_\_\_ a adressé à l'assureur-accidents un « Rapport de consultation du 16.06.2006 » mentionnant ce qui suit :

*« Motif de consultation ?*

Problème asséurologique : non prise en charge des douleurs et du traitement de l'épaule droite.

*Avez-vous prescrit un traitement médical ?*

AINS en réserve. Pas d'autre traitement.

*En ce qui concerne votre suivi médical, pourriez-vous nous indiquer quand l'assurée a commencé à se plaindre de douleurs à son épaule droite ?*

La première consultation où elle mentionne les douleurs de l'épaule droite est le 12.11.2004 (marche avec des cannes).

[...] »

Le 20 décembre 2006, le Dr M. \_\_\_\_\_ a écrit au Dr U. \_\_\_\_\_ pour lui indiquer notamment que « l'aspect IRM avec un acromion type III et une lésion de la face profonde du tendon du sus-épineux associée à des zones de dégénérescence mucoïde laissent plutôt penser à une lésion dégénérative et non liée directement au traumatisme de 2004 malgré la rév[é]lacion des symptômes liés à l'utilisation des cannes ».

Par courrier du 1<sup>er</sup> mars 2007, le Dr U. \_\_\_\_\_ a exposé à l'assureur-accidents notamment les éléments suivants :

« En ce qui concerne les douleurs de l'épaule, le Dr M. \_\_\_\_\_ ne pouvait les constater avant novembre, par manque de suivi de la patiente.

Les douleurs de la ceinture scapulaire sont constatées le 5 septembre et particulièrement à l'épaule droite au moment de la marche avec cadre déambulateur par le service de physiothérapie de la Clinique Z. \_\_\_\_\_.

En ce qui concerne la lésion des tendons de la coiffe il est à relever que le Prof L. \_\_\_\_\_ a dans son article du JBJS en 1991 décri[t] des lésions du sous-scapulaire lors de collision[s] frontales avec ceinture de sécurité. Il apparaît donc certain que l'accident dont [a] été victime Mme X. \_\_\_\_\_ [a] la capacité de générer les lésions anatomiques dont elle souffre à l'épaule droite.

Il apparaît que l'information demandée et transmise par le Dr M. \_\_\_\_\_ n'a pas la précision souhaitée. »

Le 24 juillet 2007, le Dr U.\_\_\_\_\_ a indiqué à Y.\_\_\_\_\_ ce qui suit :

« La question de la prise en charge des symptômes liés à la rupture traumatique de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite reste en suspen[s].

L'argumentaire que les douleurs de l'épaule droite sont apparues plusieurs mois après l'accident est fallacieuse.

Preuve : feuille de bilan de physiothérapie de septembre 2005 [recte: 2004] le dessin au bas de la page relève des douleurs au niveau des 2 épaules.

Preuve la feuille de bilan [de] physiothérapie du 2.12 relève expressément des douleurs de l'épaule droite.

Il est à rappeler que Mme X.\_\_\_\_\_ s'est déplacée en chaise roulante en raison de douleurs trop importantes pour utiliser des cannes anglaises.

Actuellement l'épaule reste très symptomatique. Score de Dash à 51 (pas de problème 0, score maxi 100).

Il y aura lieu de procéder à un traitement chirurgical de cette pathologie post traumatique. La gestion laxiste du Dr M.\_\_\_\_\_ ne doit pas léser la patiente.

De plus il me para[ît] important de rappeler qu'il s'agit d'un dossier couvert par la RC du conducteur fautif et en conséquence les abus de pouvoir de D.\_\_\_\_\_ SA sont particulièrement inappropriés.

La capacité d'un choc frontal de génér[er] une lésion de la coiffe des rotateurs est illustrée dans l'article du Dr L.\_\_\_\_\_, ci-joint. »

Le 19 juin 2009, l'assurée a été opérée à l'épaule droite par le Dr U.\_\_\_\_\_.

A la suite d'un recours pour déni de justice formé par l'assurée, D.\_\_\_\_\_ SA a été enjointe par la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal de rendre sans délai une décision formelle sur la question de la prise en charge des frais de traitement pour les lésions de l'épaule droite de l'intéressée (CASSO AA 81/09 - 73/2009 du 20 octobre 2009).

Par décision du 29 juin 2010, confirmée par décision sur opposition du 12 janvier 2010 [recte : 2011], l'assureur-accidents a refusé cette prise en charge, considérant que l'atteinte n'était pas une suite de l'accident de la circulation du 22 août 2004.

**B.** Par acte du 14 février 2011, l'assurée, représentée par un mandataire professionnel, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision sur opposition du 12 janvier 2011, en prenant les conclusions suivantes :

- « 1. Annuler la décision sur opposition du 12 janvier 2011, ainsi que la décision initiale du 29 juin 2010.
2. Constater que l'accident du 22 août 2008 [recte : 2004] est la cause des lésions à l'épaule droite de Mme X.\_\_\_\_\_, et de tous les traitements nécessaires pour y remédier, notamment l'opération du 19 juin 2009.
3. Constater qu'il incombe à D.\_\_\_\_\_ SA de prendre en charge l'intégralité des frais de traitement en relation avec l'épaule droite de Mme X.\_\_\_\_\_.
4. A ce titre, condamner D.\_\_\_\_\_ SA à prendre en charge l'ensemble des frais dans le cadre de l'opération du 19 juin 2009, ceci en indemnisant (sous réserves d'amplification et de traitements futurs) :
  - Mme X.\_\_\_\_\_ à hauteur de 10'418.50 CHF, avec intérêts à 5 % dès le 19 juin 2009 ;
  - J.\_\_\_\_\_ à hauteur de 8'173.50 CHF, avec intérêts à 5 % dès le 19 juin 2009.
5. Condamner D.\_\_\_\_\_ SA en tous les frais et dépens de l'instance, y compris une équitable indemnité valant participation aux honoraires du soussigné.
6. Débouter D.\_\_\_\_\_ SA de toutes autres ou contraires conclusions.
7. Subsidiairement, permettre à Mme X.\_\_\_\_\_ de rapporter par tous moyens légaux, y compris une expertise judiciaire, la preuve des faits allégués dans le présent recours. »

Par arrêt du 5 septembre 2012 (AA 21/11 - 90/2012), la Cour des assurances sociales a rejeté le recours formé par l'assurée et confirmé la décision sur opposition attaquée.

Par arrêt du 24 octobre 2013 (8C\_883/2012), le Tribunal fédéral a partiellement admis le recours de l'assurée et renvoyé le dossier à la Cour des assurances sociales pour qu'elle ordonne une expertise

judiciaire, afin de déterminer si l'atteinte à l'épaule droite diagnostiquée par le Dr U.\_\_\_\_\_ était une conséquence de l'accident du 22 août 2004. A cet égard, le Tribunal fédéral a précisé notamment ce qui suit :

« **5.4** [...] A cette fin, il [...] sera mis à disposition [de l'expert] le dossier médical complet de l'assurée. Si l'expert devait aboutir à la conclusion que l'évolution défavorable est due au traitement médical des suites de l'accident (utilisation de cannes), il se prononcera également sur le point de savoir si dans le même laps de temps et sans l'événement accidentel, l'épaule droite de l'assurée aurait évolué de la même manière vers une rupture de l'intervalle des rotateurs compte tenu d'un état antérieur maladif ou dégénératif (status quo sine). Après quoi, le tribunal cantonal rendra un nouveau jugement sur le droit aux prestations en nature de la recourante. »

Sur demande du juge instructeur, D.\_\_\_\_\_ SA a produit, le 25 novembre 2013, le rapport du Dr N.\_\_\_\_\_ du 14 septembre 2006. Dans ce document, ce praticien a procédé à un rappel des divers accidents ouverts auprès de l'assureur-accidents, ainsi qu'à celui des différents rapports médicaux. A la question « 1) Compte tenu des investigations du Dr U.\_\_\_\_\_, pensez-vous que la teneur de votre expertise médicale s'en trouve modifiée ? », il a répondu ce qui suit :

« *Sur le fond, rien ne change.*

*La problématique de l'épaule droite est connue, mais reste sans lien avec l'accident. En effet, les douleurs n'étant apparues que plusieurs mois après l'accident, le lien de causalité naturelle avec l'accident de 2004 est seulement possible. La qualité du 1<sup>er</sup> IRM effectué n'y change rien.*

*Bien entendu, nous attendons volontiers le résultat des investigations du médecin traitant avant de se prononcer définitivement ».*

Par télécopie du 4 février 2014, la recourante a fait parvenir à la Cour des assurances sociales les déterminations du Dr U.\_\_\_\_\_, datées du 15 décembre 2013, sur le rapport du Dr N.\_\_\_\_\_ du 14 septembre 2006, dont le contenu est notamment le suivant :

« Au point 1, le Dr N.\_\_\_\_\_ prend essentiellement le délai de plusieurs mois pour considérer que le lien de causalité est possible.

[...]

Ensuite il est fréquent d'allouer les ressources aux sites les plus douloureux.

Dans le cas de Mme X.\_\_\_\_\_, effectivement l'épaule droite n'était probablement pas le site des douleurs les plus intenses.

Le Dr M.\_\_\_\_\_ s'est principalement occupé de l'évolution de la consolidation de la fracture de l'astragale droit. Il relève néanmoins le 12 novembre 2004 des douleurs de l'épaule droite.

Il faut savoir qu[']en raison de la fracture du membre inférieur droit Mme X.\_\_\_\_\_ devait s'appuyer totalement sur son membre inférieur gauche et sur ses épaules.

Ces déplacements étaient très limités par les douleurs.

Il est certain qu'en décembre 2004 l'épaule droite était le siège d'une symptomatologie douloureuse.

Je ne vois aucune raison permettant de considérer qu'une pathologie nouvelle se serait développée au niveau de l'épaule droite dans la période de très forte limitation de la mobilité.

La symptomatologie de l'épaule droite est directement liée à l'événement traumatique et à son traitement. »

**C.** En accord avec les parties, une expertise judiciaire a été confiée au Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique. Celui-ci a remis son rapport le 26 novembre 2014. Ce praticien y indique en substance que l'expertise se base sur le dossier médical de l'assurée, sur une consultation du 14 octobre 2014 - comprenant un bilan radiologique des deux pieds face et profil en charge, des chevilles droite et gauche de face, ainsi que des épaules droite et gauche de face en rotation neutre -, sur l'étude personnelle du bilan radiologique des IRM de 2006 et 2008, ainsi que sur des recherches effectuées auprès des intervenants thérapeutiques, en particulier radiologiques. Le rapport d'expertise contient une anamnèse, les plaintes de l'assurée, le status et un bilan radiologique. Il est notamment relevé dans le status que l'assurée s'exprime aisément en français, recherchant occasionnellement les termes exacts. Lors de son examen radiographique du 14 octobre 2014, le Dr R.\_\_\_\_\_ constate, en ce qui concerne l'épaule gauche, une arthrose acromio-claviculaire importante. Sous la rubrique « Appréciation du cas et diagnostics », l'expert formule les remarques suivantes :

« Il s'agit d'une femme de 67 ans en date de l'expertise, âgée de 57 ans en date de l'accident survenu le 22 août 2004. Accident de la voie publique en France, conductrice d'un véhicule, ceinturée, une enfant de 6 ans et demi attaché[e] sur un siège à l'arrière. Percutée en choc frontal par un autre véhicule, dont la conductrice, seule occupante du véhicule, dévie de la voie opposée. Choc à relativement haute énergie, comme en témoigne la photographie de la carcasse du véhicule accidenté.

Perte de connaissance de brève durée, prise en charge par la police et une ambulance et est transférée au Centre hospitalier F. \_\_\_\_\_ et prise en charge avec investigations. Il est mis en évidence une fracture du col de l'astragale droit non déplacée, une fracture engrenée du bord interne de la clavicule gauche, une contusion de l'épaule droite et un hématome abdominal.

Elle est transférée à l'Hôpital K. \_\_\_\_\_ le 27 août 2004, où elle séjournera jusqu'au 3 septembre 2004, date de son transfert à la Clinique Z. \_\_\_\_\_. Durant son séjour à l'Hôpital K. \_\_\_\_\_, le bilan du pied droit est complété par un scanner qui montre, en plus de la fracture non déplacée du col de l'astragale, une fracture de la joue externe de l'astragale également non déplacée. Le traitement est conservateur par botte de décharge pour deux mois. Un bilan radiologique infirme la suspicion de fracture de clavicule.

Un scanner thoraco-abdominal montre l'absence de lésions intra-abdominales, mais la présence d'un volumineux hématome pariétal.

L'assurée est alors transférée à la Clinique Z. \_\_\_\_\_ pour rééducation, la rééducation à la marche en décharge avec des cannes n'étant pas possible en raison de douleurs aux épaules, à l'abdomen, et au thorax.

Si l'on reprend les documents à disposition, et en particulier la lettre de sortie de Clinique Z. \_\_\_\_\_, où elle a séjourné du 3 septembre 2004 au 24 septembre 2004, date de son retour à domicile, il est clairement noté comme diagnostics : *fracture du col de l'astragale droite, contusions thoraciques, de l'épaule gauche et abdominale, et le diagnostic de fracture de la clavicule gauche* apparaît à nouveau.

Dans le status d'entrée il est noté, *important hématome abdominal, abdomen souple bruits de tonalité normale, bonne mobilité de l'épaule gauche, palpation sternale très sensible, palpation de la clavicule dans sa partie médiane sensible, plâtrée au membre inférieur*. Il est noté que durant le séjour, *les douleurs thoraciques et claviculaires ont été aggravées par l'utilisation des cannes, que des gonalgies gauches secondaires à une contusion ainsi qu'une gonarthrose ont été mises en évidence, qu'à la sortie, la distance de 20m avec deux cannes est possible, de même qu'un étage d'escaliers. Elle utilise également un cadre de marche et un fauteuil roulant pour les plus longs déplacements*. Il n'est pas décrit de douleurs à la cheville droite.

Le retour à domicile s'effectue avec une aide infirmière, une aide-ménagère et des moyens auxiliaires, tels que fauteuil roulant, cadre de marche, planche à bain.

Si on reprend le bilan de physiothérapie en orthopédie du 5 septembre 2004 qui est fait durant le séjour à Clinique Z.\_\_\_\_\_, il est noté sur le schéma corporel qu'elle présente *des douleurs sur les deux clavicules, sur le sternum, mais également aux deux épaules.*

Durant le séjour, l'assurée a eu des douleurs abdominales basses, en fosse iliaque gauche, mises sur le spectre d'une récurrence modérée de diverticulite traitée symptomatiquement d'évolution simple.

Retour à domicile le 24 septembre 2004, et l'assurée est vue à la consultation du Dr. M.\_\_\_\_\_, chirurgien orthopédiste [...], le 22 septembre, le 20 octobre et le 12 novembre 2004 à son cabinet médical.

Les bilans radiologiques de la cheville droite et du genou gauche du 22 septembre 2004 et 12 novembre 2004 montrent une consolidation satisfaisante, une gonarthrose interne débutante sans déchirure méniscale. La remise en charge sans plâtre à deux mois s'effectue relativement bien, avec des douleurs relativement modérées.

Un bilan radiologique de l'épaule droite est effectué le 12 novembre 2004, qui ne montre pas de lésion ostéoarticulaire, pas de calcification tendineuse.

Un bilan de physiothérapie en orthopédie est effectué le 2 décembre 2004, les plaintes de la patiente sont des douleurs à l'épaule droite, aux genoux, et au pied droit, et il est déclaré *qu'elle n'est plus en fauteuil depuis quinze jours, qu'elle marche sans cannes et qu'elle conduit son véhicule depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2004.* Sur le schéma à disposition, il est noté *des douleurs aux deux genoux, à la cheville droite, à l'épaule et au bras droits.*

Sur le certificat daté du 14 janvier 2005, rédigé et signé le 6 février 2005, le Dr. M.\_\_\_\_\_ déclare : *pas de plainte particulière, tuméfaction discrète de l'articulation tibio-astragaliennne droite, avec sensibilité.* Il ne parle pas de l'épaule droite, il parle d'un dernier contrôle théorique prévu pour le 13 mai 2005, et une capacité de travail totale depuis le 22 janvier 2005. Il déclare des lésions de nature à provoquer une arthrose de la cheville droite.

Le 17 mai 2005, Madame X.\_\_\_\_\_ fait une chute et se tord la cheville gauche, les investigations montrent une entorse externe avec un petit arrachement de la pointe de la malléole externe qui est traitée conservativement par aircast et décharge avec des cannes.

L'assurée déclare une augmentation progressive de ses douleurs à l'épaule droite, particulièrement depuis le printemps 2005, ce qui est corroboré par le certificat du Dr. M.\_\_\_\_\_ qui déclare dans son annexe à son certificat du 10 juin 2005, *douleurs dans la région du deltoïdien de l'épaule droite lors des mouvements de traction au port de charges principalement.*

Dans le status du 30 mai 2005, *il est noté élévation de l'épaule droite à 156° (150° ou 160°?), abduction à 150°, arc douloureux sous-acromial net, et Patte positif.*

Dans le certificat du 10 juin 2005 du Dr. M.\_\_\_\_\_, il est noté nouvelle fracture de la pointe de la malléole externe non déplacée de la cheville gauche, traitée par aircast et décharge. Il est également noté physiothérapie de mobilisation et de renfort des abaisseur/extenseur de l'épaule droite. Pour l'épaule droite, suite selon évolution de la physiothérapie. Infiltration ?

Dans le certificat du 8 août 2005, il est noté, *épaule droite, nette diminution des douleurs de la région deltoïdienne. Cheville gauche pas de plainte particulière, plus de physiothérapie pour ce problème, mais physiothérapie à poursuivre pour l'épaule droite avec persistance de douleurs mécaniques, pas de douleurs au repos. Au status de l'épaule droite il est noté, élévation 160°, abduction 150°, arc douloureux à partir de 110°, signe de conflit sous-acromial, test de Jobe, Patte, Lift Off négatifs.*

Selon l'assurée, les douleurs de l'épaule droite vont augmenter progressivement, mécaniques, durant toute l'année 2005, l'empêchant de reprendre correctement toutes ses activités sportives et les mouvements dans sa vie socio-professionnelle.

Un examen par arthro-IRM est réalisé le 13 septembre 2005, avec un résultat de tendinopathie de la face profonde du tendon du sous-épineux et arthrose acromio-claviculaire avancée, avec ostéophytose agressive et acromion de type III.

Dans son rapport du 30.09.05 le Dr. M.\_\_\_\_\_, note sous chiffre 4, *épaule : lésion dégénérative compatible avec l'âge qui peut nécessiter selon l'évolution un geste arthroscopique, voire de réparation de tendon du sus-épineux. Une limitation fonctionnelle est donc à craindre. Au niveau du pied droit, il est noté, douleurs persistantes dans le contexte d'une fracture, arthrose peut[-]être présente secondairement.*

Il est pratiqué le 24 octobre 2005, par le Dr. M.\_\_\_\_\_, une infiltration intra-articulaire de Diprophos de l'épaule droite, et une poursuite de la physiothérapie.

L'infiltration a eu aux dires de l'assurée un effet modéré, et temporaire.

Dans le certificat du Dr. M.\_\_\_\_\_ du 4 janvier 2006, pour l'examen clinique du 25 novembre 2005, il est noté : *Aucune plainte à l'épaule droite qui est libre et indolente à la mobilisation. Pour l'examen clinique du 25 novembre 2005, il est noté :*

*Epaule : mobilisation à 160°, abduction à 150°, rotations interne/externe à 30°, Patte, Lift Off et Jobe tous négatifs, craquements sous-acromial, discrètes douleurs dans le deltoïdien droit et gauche. Cheville gauche, tiroir antérieur à 2+, instabilité discrète. Cheville droite, normale. Pas de plaintes particulières à l'épaule droite qui est libre et indolente. Douleurs du cou-de-pied et de la région interne après une marche au-delà de 4-5km.*

A la demande de l'assureur LAA, D.\_\_\_\_\_ SA, le Dr. N.\_\_\_\_\_, chirurgien orthopédiste, expertise Madame X.\_\_\_\_\_ en date du 15 mars 2006, son rapport étant rendu le 1<sup>er</sup> mai 2006.

Dans son rapport d'expertise, en page 11, il déclare que si la fracture du col de l'astragale et de la malléole interne de la cheville droite, la contusion abdominale de la paroi et la contusion hépatique biologique, et enfin la contusion de l'épaule gauche sont en rapport de causalité avec l'accident du 22 août 2004, et la fracture Weber I de la malléole externe de la cheville gauche en relation avec l'accident du 17 mai 2005, le conflit sous[-]acromial avec tendinopathie et rupture partielle de la face profonde du tendon du sus-épineux et l'arthrose acromio-claviculaire de l'épaule droite ne sont quant à eux pas en relation de causalité directe avec l'événement du 22 août 2004.

Madame X. \_\_\_\_\_, un peu déçue de la prise en charge vis-à-vis de son épaule droite par le Dr. M. \_\_\_\_\_, consulte alors le Dr. U. \_\_\_\_\_, chirurgien orthopédiste, qui, pratique un nouveau bilan par IRM de l'épaule droite le 15 juin 2006, bilan mettant en évidence une déchirure de l'intervalle des rotateurs, en partie comblé par du tissu fibrovasculaire selon le contraste. Il y a une nette tendinopathie du tendon sus-épineux, pas de rupture des tendons de la coiffe.

Le Dr. U. \_\_\_\_\_ fait part de ces consta[ta]tions à l'assureur LAA, parle de son nouvel examen, d'une rupture de la coiffe des rotateurs, déclare que cette rupture de la coiffe des rotateurs est en relation de causalité avec l'accident du 22 août 2004 au vu des publications du Dr. L. \_\_\_\_\_, et que la problématique de rupture traumatique est bien connue dans le contexte assécurologique Suisse. Il trouve regrettable que le Dr. M. \_\_\_\_\_ n'ait pas pratiqué des investigations approfondies précocement, et demande de ne pas clore le dossier.

Dans une lettre au Dr. U. \_\_\_\_\_ datée du 20 décembre 2006, le Dr. M. \_\_\_\_\_ confirme son avis médical, à savoir que l'aspect IRM avec acromion type III et les lésions de la face profonde du sus-épineux, associé à des zones de dégénérescences mucoïdes, évoquent une lésion dégénérative, et non liée au traumatisme, malgré la révélation des symptômes liés à l'utilisation des cannes.

Le Dr. U. \_\_\_\_\_ propose dans sa lettre du 8 mars 2008, une prise en charge chirurgicale. Sur le plan assécurologique, suite aux avis du Dr. N. \_\_\_\_\_ et du Dr. M. \_\_\_\_\_, l'assureur LAA, D. \_\_\_\_\_ SA, refuse la prise en charge opératoire de l'épaule droite, en raison de l'absence de causalité avec l'accident du 22 août 2004.

Si l'on revient à l'accident du 22 août 2004 de Madame X. \_\_\_\_\_, il s'agit d'un accident à moyenne, voire haute énergie. Elle était ceinturée, l'airbag a fonctionné. L'hématome pariétal, de même que la douleur à la clavicule gauche, pour laquelle il a été suspecté une fracture, sont clairement à mettre en relation avec l'effet protecteur de la ceinture de sécurité, qui a entraîné une compression abdominale et une compression de la clavicule gauche et du thorax. Ces lésions sont typiques de la fonction de retenue de la ceinture pouvant aller jusqu'à une fracture du sternum dans certains cas, ce qui n'a pas été le cas ici.

Il n'y a pas d'hématome thoracique décrit ou sur les seins comme cela est le cas parfois, ni sur la clavicule gauche. Il y a par contre des douleurs. La ceinture, de même que l'airbag, ont clairement effectué leur fonction, évitant un fracas thoraco-abdominal contre le volant et le décollement du bassin du siège, entraînant un choc des genoux contre le tableau de bord.

Il y a par contre comme classiquement le choc de la cheville droite contre le pédalier, ou alors le recul partiel de celui-ci qui a entraîné une fracture de cette cheville.

Une lésion par choc direct de l'épaule droite ne peut être exclue, bien que l'assurée ait clairement décrit qu'en voyant arriver le véhicule, elle s'était agrippée à son volant.

On ne peut exclure qu'elle ait tapé, ou qu'elle ait subi une contusion contre le siège voisin, mais en tout cas pas contre le montant latéral, ne s'agissant pas du côté gauche.

Le premier bilan ne fait pas clairement état de douleurs à l'épaule droite, mais il est clair que dans les semaines qui ont suivi l'événement, une verticalisation était difficilement possible, compte tenu des douleurs thoraciques, des douleurs à la clavicule gauche, des douleurs dues à l'hématome de la paroi abdominale, l'ensemble empêchant la contraction thoraco-abdominale nécessaire à la décharge du membre inférieur droit.

A noter qu'une marche en décharge commence à devenir problématique à partir de la cinquantaine, même chez les personnes entraînées. L'assurée s'est donc essentiellement déplacée en fauteuil roulant, avec un déambulateur et occasionnellement avec des cannes. A la sortie de son séjour à la Clinique Z.\_\_\_\_\_, à un peu moins de six semaines, il est décrit un périmètre de marche d'une vingtaine de mètres.

Paradoxalement, les douleurs deviendront plus marquées à l'arrêt de la marche avec des cannes, l'assurée se plaignant vraiment au début de l'année 2005, suffisamment pour que ceci soit mentionné sur les notes du Dr. M.\_\_\_\_\_ qui a suivi l'assurée.

Le déficit fonctionnel apparaît noté à l'été 2005, et la première arthro-IRM demandée par le Dr. M.\_\_\_\_\_ est réalisée le 13 septembre 2005, qui n'est pas une IRM native, mais une arthro-IRM, c'est-à-dire l'examen de référence, le « *gold standard* » pour les investigations de la coiffe des rotateurs.

En effet, l'examen est constitué de deux phases, une première par une infiltration intra-articulaire sous contrôle scopique d'un produit radio-opaque aux rayonnements standards radiologiques, mais également un produit « *de contraste pour l'IRM* ». L'examen intra-articulaire permet de mettre la capsule articulaire sous tension, et ainsi de permettre de visualiser parfaitement la capsule, les ligaments, la coiffe des rotateurs, et de mettre en évidence des ruptures à la fois partielles ou complètes de la coiffe des rotateurs.

Il est à noter que, ce type d'examen étant invasif puisqu'il nécessite une ponction articulaire, il n'a pas été répété lors des examens demandés par le Dr. U. \_\_\_\_\_ du 15 juin 2006 et du 5 décembre 2008, l'arthrographie n'ayant pas été réalisée. Il y a eu une arthrographie indirecte, par une injection intraveineuse de gadolinium, qui ne fait que mettre une augmentation de teneur en eau des tissus, mais sans distension capsulaire.

Le premier examen pratiqué à un peu plus d'une année de l'accident est donc l'examen de référence, « *le gold standard* » pour la rupture de la coiffe des rotateurs. Cet examen du 13 septembre 2005 a mis en évidence une lésion partielle de la face profonde du tendon du sus-épineux, pathologie classique dégénérative, qui touche d'abord le tendon du sus-épineux, et plus particulièrement par sa face profonde, comme l'ont montré les récentes études sur la dégénérescence du tendon du sus-épineux.

Il n'y a aucun signe pour une déchirure transfixiante du tendon, et cet examen est particulièrement fiable pour les lésions de l'intervalle des rotateurs, puisqu'il met la capsule sous tension, faisant disparaître les éventuels plis qui peuvent masquer les déchirures.

Il existe par contre sur cet examen tous les signes pour une atteinte dégénérative du tendon du sus-épineux. Il existe également des signes d'atteinte dégénérative massive de l'articulation acromio-claviculaire, avec une empreinte sur le tendon du sus-épineux par la prolifération des ostéophytes sur sa face inférieure.

On retrouve donc tous les signes pour une atteinte dégénérative du tendon, la cause extrinsèque de la compression due à l'arthrose acromio-claviculaire sur la face supérieure du tendon, et la lésion dégénérative intrinsèque du tendon, l'ensemble étant pathognomonique de la lésion dégénérative classique à partir de la 5<sup>ème</sup> décennie.

L'IRM simple, avec une arthrographie indirecte, c'est-à-dire de moindre qualité dans le sens qu'elle ne met pas sous tension le volume intra-articulaire, réalisée une année plus tard, montre, non pas une réelle rupture de l'intervalle des rotateurs bien visualisé avec un defect permettant de faire passer le liquide intra-articulaire injecté hors de l'articulation, mais une image correspondant en fait à une vascularisation d'un tissu dans l'intervalle des rotateurs, tissu pouvant parfaitement être de la synovite ou un tissu inflammatoire X. Une éventuelle déchirure comblée par un tissu inflammatoire de granulation est une interprétation et non pas une réalité descriptive qui est celle d'un tissu vascularisé pouvant être une synovite, un tissu dégénératif, un tissu inflammatoire, etc. Il s'agit d'une interprétation abusive particulièrement dans un contexte de persistance, voire d'augmentation des lésions dégénératives à la fois du tendon du sus-épineux, mais également du tendon du sous-scapulaire qui étaient déjà présentes sur l'examen de 2005.

Il n'y a donc sur le plan de l'interprétation radiologique, aucun signe pour une lésion traumatique, que cela soit en 2005, en 2006 ou en 2008, mais par contre clairement, objectivement des lésions dégénératives typiques pathognomoniques.

Mon interprétation personnelle rejoint donc tout à fait celle du Dr. M. \_\_\_\_\_ et celle du Dr. N. \_\_\_\_\_, le bilan par imagerie mettant en évidence non pas des lésions traumatiques, que l'on peut clairement trouver lors de mécanismes à haute énergie, mais des lésions dégénératives typiques.

En conséquence, si je ne peux exclure une contusion de l'épaule droite ou une entorse bénigne de l'épaule droite lors de l'accident du 22 août 2004, ayant entraîné des douleurs partiellement masquées par les antidouleurs et les anti-inflammatoires, je ne peux retenir sur le plan orthopédique une rupture de la coiffe des rotateurs, en particulier de l'intervalle des rotateurs.

Je retiendrais donc uniquement une contusion simple de l'épaule droite, avec statu quo sine douze mois plus tard, l'arthro-IRM réalisée une année après l'événement, examen étant le « *gold standard* » des investigations de la coiffe de l'épaule, n'ayant clairement pas mis en évidence de lésions dues aux séquelles de l'accident du 22 août 2004.

Il se pose également la question de l'importan[c]e de l'utilisation des cannes, qui a été effective environ trois mois, vis-à-vis de cette pathologie de l'épaule droite.

L'épaule est faite pour déplacer la main dans l'espace, et non pas pour supporter le poids du corps, comme chez les quadrupèdes. L'évolution de la morphologie de la scapula atteste cette particularité.

L'utilisation de cannes entraîne effectivement des contraintes sur les épaules qui, en général, à partir de la cinquantaine, sont relativement mal supportées, raison pour laquelle Madame X. \_\_\_\_\_ a pratiquement effectué la plupart du temps ses déplacements à l'aide de son fauteuil roulant, voire avec un déambulateur. Elle a donc utilisé ses cannes mais de façon modérée, puisqu'elle est restée plus d'un mois hospitalisée, puis n'est pas sortie de son domicile ou très peu, jusqu'à une verticalisation en charge sur sa jambe droite. Elle a donc utilisé ses cannes, mais que modérément.

Cette marche en décharge, puis en charge partielle avec des cannes peut effectivement occasionner des douleurs dans les épaules, mais ne peut être cause d'une pathologie dégénérative et/ou micro-traumatique répétée, source de lésions majeures sur le tendon du sus-épineux, comme le sont les activités répétitives, particulièrement à hauteur d'épaules, qui entraînent après dix ou vingt ans des pathologies tendineuses connues, et clairement démontrées.

La faible durée dans le temps, et l'essentiel des déplacements en fauteuil roulant, ne permettent pas de dire que la marche avec des cannes a été la cause de la pathologie dégénérative de l'épaule droite de Madame X. \_\_\_\_\_, elle a tout au plus été un facteur temporaire de douleurs, durant l'utilisation des cannes, jusqu'à la fin du mois de novembre, puisqu'au 1<sup>er</sup> décembre Madame X. \_\_\_\_\_ marchait normalement et conduisait son véhicule.

En conséquence, l'utilisation des cannes, de façon restreinte et d'une durée limitée à environ trois mois, n'a pas pu entraîner les microtraumatismes de surcharge et les lésions mises en évidence à l'examen par arthro-IRM du 13 septembre 2005.

En date de l'expertise, le bilan radiologique des deux épaules montre des lésions dégénératives, avancées, de la région de l'insertion du tendon du sus-épineux à droite comme à gauche, avec un remaniement de l'arête du trochiter, et une calcification.

L'utilisation des cannes n'a fait que révéler une pathologie présente, dégénérative, de l'épaule droite.

## **Réponses aux questions**

### **Questions du tribunal**

[...]

#### **Question 4 : Diagnostics et appréciation ?**

Madame X. \_\_\_\_\_ présente une tendinopathie dégénérative du tendon du sus-épineux et plus modérément du sous-scapulaire de l'épaule droite. L'accident du 22 août 2004 a tout au plus déclenché la symptomatologie douloureuse de cette pathologie qui est antérieure à l'accident qui, si on ne peut exclure une contusion ou une entorse bénigne de l'épaule droite, ne l'a pas causée. C.f. appréciation du cas.

L'utilisation des cannes anglaises sur une brève durée, limitée dans le temps, n'a pas non plus causé cette pathologie dégénérative.

Le premier examen, soit l'arthro-IRM du 13 septembre 2005, est le « *gold standard* » de l'imagerie pour les lésions de la coiffe. Cet examen n'a pas mis en évidence de rupture de la coiffe, mais une lésion de la face profonde du tendon du sus-épineux, du côté articulaire, pathognomonique des lésions dégénératives. Il a également mis en évidence des lésions dégénératives avancées de l'articulation acromio-claviculaire droite, entraînant un effet de compression sur la face non-articulaire du tendon sus-épineux. Il y a également des signes de lésions dégénératives du tendon du sous-scapulaire droit.

On peut donc affirmer qu'il s'agit de lésions dégénératives antérieures à l'événement du 22 août 2004.

[...]

#### **Question 8 : Quelle est l'évolution des atteintes à l'épaule droite de Mme X. \_\_\_\_\_ ? Jusqu'à l'opération subie par Mme X. \_\_\_\_\_ à son épaule droite le 19 juin 2009 ?**

L'évolution s'est faite classiquement vers une péjoration progressive, de la tendinopathie, aboutissant à une rupture transfixiante partielle du tendon. Cette rupture a toutefois été très partielle, sans atteinte sur la trophicité musculaire comme en

témoigne le bon état de la musculature du tendon du sus-épineux dans sa fosse sus-épineuse sur les IRM de 2006 et 2008.

Il s'agit d'une pathologie extrêmement fréquente, banale, à partir de la cinquième et surtout de la sixième décennie. Dans la majeure partie des cas, cette pathologie est asymptomatique.

[...]

**Question 9 : Parmi les atteintes à l'épaule droite, certaines correspondent-elles à l'une des catégories figurant à l'art. 9 al. 2 OLAA, [e]t dans l'affirmative, laquelle ?**

Il ne s'agit pas d'une atteinte figurant à l'art. 9 al. 2 OLAA, dans le sens où il s'agit d'une maladie à caractère exclusivement dégénératif, et dont l'évolution aurait été identique avec ou sans l'accident du 22 août 2004.

**B) Questions de la recourante Mme X. \_\_\_\_\_**

[...]

**Question 2 : L'accident dont a été victime Mme X. \_\_\_\_\_, compte tenu des détails ressortant du dossier, est-il de nature, selon l'expérience et la littérature médicale, à entraîner des atteintes de type de celles présentées par Mme X. \_\_\_\_\_ suite à l'accident (et, en présence de plusieurs atteintes, lesquelles parmi celle-ci) ?**

Madame X. \_\_\_\_\_ était conductrice, ceinturée dans un véhicule avec airbag au volant, qui s'est déclenché. Lors d'un choc frontal, cette configuration entraîne, par le blocage de la ceinture, une compression de la clavicule, du sternum, et abdominale inférieure passant par les deux crêtes iliaques. Les plaintes et les lésions visualisées chez Madame X. \_\_\_\_\_ confirment le port de la ceinture, et le déclenchement de l'airbag. Dans ce cas de figure, l'épaule droite ne peut pas taper le montant latéral qui se trouve au niveau de l'épaule gauche.

Lorsque la ceinture se met sous tension tardivement (détendue, absence de prétentionneur lors du choc, etc.) dans les cas d'un choc frontal où le véhicule en face est visualisé, le conducteur s'agrippe au volant, ce que Madame X. \_\_\_\_\_ décrit avoir fait. A ce moment-là, le mécanisme lésionnel peut être celui d'une translation violente du thorax et du bassin vers l'avant, pouvant entraîner des luxations postérieures des épaules, qui peuvent être parfois bilatérales. Dans ce cas, il y a parfois des lésions de la face sur le volant ou le pare-brise. Ceci n'a pas été le cas dans l'accident subi par Mme X. \_\_\_\_\_.

La lésion de la clavicule gauche de Madame X. \_\_\_\_\_ a en fait été causée par la ceinture de sécurité qui dans certains cas, peut entraîner même une fracture sternale. L'airbag a certainement limité les déplacements antérieurs du thorax et du visage.

[...]

**Question 7 : S'agissant de la rupture de la coiffe des rotateurs à l'épaule droite de Mme X.\_\_\_\_\_, veuillez préciser quand, après l'accident du 22 août 2004, a été réalisé le premier examen susceptible d'identifier/de diagnostiquer cette atteinte ?**

J'aimerais souligner que le terme de rupture est un terme inapproprié. Le terme de rupture désigne une solution de continuité, complète, d'une structure. En particulier dans le cas de Madame X.\_\_\_\_\_, le premier examen de l'épaule droite, soit l'arthro-IRM du 13 septembre 2005, met en évidence une tendinopathie non rompue, c'est-à-dire une lésion dégénérative micro et macro-kystiques du tendon, de même qu'un état inflammatoire massif au niveau de la bourse sous-acromiale, au niveau de la synoviale de l'épaule droite, et en particulier dans l'intervalle des rotateurs. Le terme de déchirure est un terme inapproprié, sujet à une interprétation, qui dans le domaine étiologique sur le plan asséculologique est un très mauvais terme.

[...]

**Question 9 : L'opération réalisée le 19 juin 2009 à l'épaule droite de Mme X.\_\_\_\_\_ a-t-elle eu pour objet de traiter les suites de l'accident du 22 août 2004 et/ou traitement médical de ce dernier ?**

Vis-à-vis de l'épaule droite, je fixerais un statu quo sine à douze mois de l'événement du 22 août 2004. »

Avant le dépôt de cette expertise, le nouveau conseil de la recourante, Me Antoine Boesch, a indiqué, dans une écriture du 22 octobre 2014, que l'assurée avait eu l'impression, en revenant de la consultation du 14 octobre 2014, que le Dr R.\_\_\_\_\_ avait conduit cet examen largement à charge - partant du principe qu'elle « n'avait rien » -, qu'elle aurait eu un problème de communication dans la mesure où sa langue maternelle est l'anglais, que le Dr R.\_\_\_\_\_ était connu pour être favorable aux assurances et qu'il lui avait demandé des radiographies qu'elle n'avait pas en sa possession.

Les parties ont été invitées à se déterminer sur le rapport d'expertise du Dr R.\_\_\_\_\_.

Le 19 février 2015, D.\_\_\_\_\_ SA a déposé ses observations.

Dans ses déterminations du 23 février 2015, la recourante se réfère dans un premier temps à son courrier du 22 octobre 2014, qui devrait selon elle imposer de considérer l'impartialité du Dr R. \_\_\_\_\_ avec un peu de circonspection. Enumérant certaines erreurs contenues dans l'anamnèse, elle explique qu'elle a ressenti des douleurs à l'épaule droite immédiatement après son accident, dont elle s'est plainte, et qu'elle s'est en particulier plainte de brûlures subies à son avant-bras droit. S'agissant de la reprise progressive de son travail, elle précise qu'elle n'a recommencé à conduire que fin décembre 2004, et non pas au début de ce mois-là, et que jusqu'au mois de mars 2005, elle n'a conduit que très exceptionnellement, seulement en cas d'urgence. Selon le certificat du Dr M. \_\_\_\_\_, elle n'a travaillé qu'à 50 % jusqu'au 21 janvier 2005. De fin janvier à juin 2005, si elle était « techniquement » de nouveau employée à 100 %, elle n'assumait que des tâches de bureau très légères, qui, dans les faits, ne représentaient qu'une activité à 50 % tout au plus. Ce n'est qu'en juin 2005 qu'elle a réellement repris son activité ordinaire à 100 %. La recourante est en outre d'avis que l'expert minimise manifestement la violence et la gravité de l'accident lorsqu'il estime qu'il s'agit d'un accident à moyenne, voire haute énergie. Elle rappelle que pendant six semaines environ après son accident, elle ne pouvait pas poser son pied droit au sol, de sorte qu'elle se déplaçait avec un déambulateur en sautillant, ce qui a nécessairement beaucoup sollicité ses deux bras/épaules, avant même qu'elle n'utilise des cannes.

La recourante a en outre produit un rapport du Dr U. \_\_\_\_\_ du 7 février 2015, auquel elle renvoie en ces termes :

« Pour le détail, Mme X. \_\_\_\_\_ se réfère audit rapport du Dr U. \_\_\_\_\_, censé reproduit ici in extenso, et dont on pourra notamment retenir les critiques suivantes à l'égard du rapport du Dr R. \_\_\_\_\_ :

- systématiquement, le Dr R. \_\_\_\_\_ reprend/cite les pièces médicales figurant au dossier de manière incomplète/inexacte/fausse/partiale ;
- systématiquement, le Dr R. \_\_\_\_\_ reprend certains éléments (notamment des affirmations du Dr N. \_\_\_\_\_ ou du Dr M. \_\_\_\_\_) tels quels, sans les remettre en question à la

lumière du dossier dans son ensemble alors que manifestement de telles questions se posaient ;

- le Dr R. \_\_\_\_\_ ne fait aucune mention d'un traumatisme cutané (brûlure) subi par Mme X. \_\_\_\_\_ lors de son accident à son avant-bras droit, preuve s'il en fallait réellement que ce membre (y compris l'épaule droite) a été atteint dans l'accident ;
- les radios effectuées par le Dr R. \_\_\_\_\_ aux fins de l'expertise ont été faites sous un angle/une position qui n'est clairement pas celle permettant de répondre aux questions posées et une bonne analyse de l'articulation acromio-claviculaire ;
- les assertions ou arguments du Dr R. \_\_\_\_\_ ne sont jamais appuyées sur la littérature médicale (notamment en ce qui concerne la capacité du type d'accident en cause à occasionner - ou non - des lésions du type de celles dont souffre Mme X. \_\_\_\_\_ à l'épaule droite) ;
- la discussion du Dr R. \_\_\_\_\_ sur les mérites respectifs de l'IRM et de l'arthro-IRM est largement infondée - et de toute manière sans pertinence, dans la mesure où, contrairement à l'affirmation du Dr R. \_\_\_\_\_, le « gold-standard » pour l'examen de la rupture de la coiffe des rotateurs n'est pas l'examen radiologique mais l'arthroscopie ;
- le Dr R. \_\_\_\_\_ croit pouvoir se dispenser de répondre de manière précise aux questions posées par votre Cour.

\* \* \* \* \*

Positivement, au terme d'un argumentaire fouillé, motivé et documenté par rapport à la littérature médicale de référence, le Dr U. \_\_\_\_\_ a retenu/conclu notamment ce qui suit :

- Jusqu'à son accident, Mme X. \_\_\_\_\_ tenait une forme remarquable, avait toujours été très active, et n'avait jamais eu de problèmes de santé - ou du moins pas le moindre des symptômes apparus consécutivement à son accident de 2004 ;
- Mme X. \_\_\_\_\_ a ressenti des douleurs à son épaule droite immédiatement dès l'accident - et il est donc faux de retenir que ces douleurs ne seraient apparues que plusieurs semaines ou mois après ;
- la lésion objectivée au niveau de l'épaule droite de Mme X. \_\_\_\_\_ est une rupture de la coiffe (soit une déchirure du tendon) - lésion qui, en soi, pourrait être de nature traumatique ou dégénérative ;
- les accidents du type subi par Mme X. \_\_\_\_\_ sont connus dans la littérature pour occasionner, de par leur mécanisme, des lésions du type de celle objectivée au niveau de l'épaule droite de Mme X. \_\_\_\_\_ ;
- en l'espèce, la prise en compte de l'entier du dossier médical doit faire conclure qu'à degré de vraisemblance prépondérante, voire

de manière certaine, les lésions occasionnées à l'épaule droite de Mme X.\_\_\_\_\_ sont la conséquence directe de l'accident de 2004 (même si les symptômes ont pu être aggravés par l'usage d'un déambulateur puis de cannes à raison d'autres lésions occasionnées par le même accident) ;

- étant souligné que Mme X.\_\_\_\_\_ étant ambidextre, si réellement sa lésion à l'épaule droite était d'origine dégénérative, elle aurait dû se manifester également à son épaule gauche - ce qui n'est précisément pas le cas, ni à 12 mois de l'accident de 2004 (statu quo sine selon le Dr R.\_\_\_\_\_), ni même à ce jour en 2015 ! »

A titre de mesures d'instruction, la recourante requiert que des questions complémentaires soient posées au Dr R.\_\_\_\_\_ et que ce médecin se détermine sur le dernier rapport du Dr U.\_\_\_\_\_. Elle demande également l'audition de certains de ses proches et de ses médecins traitants.

Le 26 mars 2015, D.\_\_\_\_\_ SA s'est déterminée sur les observations de la recourante. Elle estime notamment que l'expertise concorde avec les appréciations des Drs N.\_\_\_\_\_ et M.\_\_\_\_\_. Les lésions à l'épaule droite étant de nature purement dégénérative, il n'existe aucun lien de causalité entre cette pathologie et l'accident du 22 août 2004. D.\_\_\_\_\_ SA conclut au rejet des réquisitions d'audition de témoins et, si le Tribunal devait y faire droit, demande l'audition des Drs R.\_\_\_\_\_, M.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_.

**D.** Le 30 avril 2015, la société D.\_\_\_\_\_ SA a été radiée du registre du commerce. Ensuite d'une fusion, ses actifs et passifs ont été repris par S.\_\_\_\_\_ SA.

## **E n d r o i t :**

**1.** **a)** Sauf dérogation expresse, les dispositions de loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; 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 sont sujettes à recours auprès du tribunal des

assurances compétent (art. 56 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 déposé en temps utile et respecte les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

**b)** La loi cantonale 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). En vertu de l'art. 94 al. 1 let. a LPA-VD, dans le domaine des assurances sociales, un membre du Tribunal cantonal statue en tant que juge unique sur les recours dont la valeur litigieuse n'excède pas 30'000 francs.

En l'espèce, la contestation portant sur la prise en charge des traitements médicaux nécessaires s'agissant de l'épaule droite de l'assurée, il s'ensuit que, à teneur des factures de soins figurant au dossier - même sous réserve de traitements futurs - et des conclusions, la valeur litigieuse est inférieure à 30'000 fr., comme la recourante l'avait par ailleurs précisé dans le cadre de la procédure ayant abouti à l'arrêt de la Cour de céans du 20 octobre 2009 (AA 81/09 - 73/2009). Partant, la cause relève de la compétence d'un membre de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal statuant en tant que juge unique.

On relèvera encore que la conclusion de la recourante tendant à ce que D. \_\_\_\_\_ SA rembourse les frais avancés par l'assureur-maladie J. \_\_\_\_\_, par 8'173 fr. 50, n'est pas recevable, ce dernier n'étant pas partie à la présente procédure et le conseil de la recourante ne prétendant pas le représenter.

**c)** La radiation du registre du commerce de D. \_\_\_\_\_ SA le 30 avril 2015 et la reprise des actifs et passifs de cette société par S. \_\_\_\_\_

SA ensuite d'une fusion ressortent du registre du commerce. Il s'agit de faits notoires, accessibles par internet, qui peuvent être librement pris en compte (cf. ATF 138 II 557 consid. 6.2, 135 III 88 consid. 4.1 ; TF 4A\_645/2011 du 27 janvier 2012 consid. 3.4.2). Partant, il faut considérer qu'S.\_\_\_\_\_ SA s'est substituée de plein droit à D.\_\_\_\_\_ SA dans la présente procédure de recours (cf. art. 15 LPA-VD et 83 al. 4, deuxième partie, CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272] par analogie).

**2.** En l'occurrence, le litige porte sur le point de savoir si les lésions à l'épaule droite de l'assurée sont dues à l'accident du 22 août 2004 et si, en conséquence, l'assureur-accidents doit prendre en charge les frais de traitement y relatifs.

**3. a)** L'assurance-accidents est tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel (cf. art. 6 al. 1 LAA). Aux termes de l'art. 4 LPGA, est réputée accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort.

**b)** Selon la jurisprudence, la notion d'accident se décompose en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable, le caractère soudain de l'atteinte, le caractère involontaire de l'atteinte, le facteur extérieur causant l'atteinte et, enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident et que, le cas échéant, l'atteinte dommageable doive être qualifiée de maladie (ATF 129 V 402 consid. 2.1 et les références citées, 122 V 230 consid. 1; TF 8C\_726/2009 du 30 avril 2010 consid. 3).

En outre, un rapport de causalité naturelle et adéquate est nécessaire entre l'atteinte à la santé et l'événement dommageable de caractère accidentel. La question de la causalité adéquate ne se pose que si la causalité naturelle est établie (ATF 119 V 335 consid. 4c). La condition

du rapport de causalité naturelle est remplie lorsque, sans l'événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte ; il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de cette atteinte. Savoir s'il existe un lien de causalité naturelle est une question de fait, généralement d'ordre médical, qui doit être résolue selon la règle du degré de vraisemblance prépondérante (à cet égard cf. infra consid. 3f). Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 129 V 402 consid. 4.3.1) ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundes-verwaltungsrecht, Soziale Sicherheit [SBVR], 2<sup>e</sup> éd., Bâle 2007, n. 79, p. 865). En cas d'état maladif antérieur, si l'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) (RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b ; Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n. 80, p. 865). 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 consid. 2b/bb ; RAMA 1999 n° U 341 p. 407 consid. 3b).

**c)** Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA, le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. En vertu de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 9 al. 2 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202), qui prévoit que les lésions suivantes, dont la liste est exhaustive, sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère

extraordinaire, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs :

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

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, dans le cadre de l'assurance obligatoire 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 consid. 2b, 116 V 145 consid. 2c, 114 V 298 consid. 3c). Compte tenu de cette jurisprudence, on ne saurait admettre qu'une lésion assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA - malgré son origine en grande partie dégénérative - a fait place à l'état de santé dans lequel se serait trouvé l'assuré sans l'accident (statu quo sine) tant que le caractère désormais exclusivement maladif ou dégénératif de l'atteinte à la santé n'est pas manifeste. A défaut, on se trouverait à nouveau confronté, immédiatement après avoir admis l'existence d'une lésion assimilée à un accident, à la difficulté de distinguer entre l'origine dégénérative ou accidentelle de cette lésion (cf. TF 8C\_714/2013 du 23 juillet 2014 consid. 5.1.2 ; TFA U 220/02 du 6 août 2003 consid. 2). Cela étant, lorsqu'une lésion mentionnée à l'art. 9 al. 2 OLAA est survenue sans avoir été déclenchée par un facteur extérieur - soit un événement similaire à un accident, externe au corps humain, susceptible d'être

constaté de manière objective et qui présente une certaine importance – soudain et involontaire, elle est manifestement imputable à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, de sorte qu'il appartiendra à l'assurance-maladie d'en prendre en charge les suites (ATF 129 V 466 consid. 2.2 ; Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n. 103, p. 875).

A l'exception du caractère extraordinaire du facteur extérieur, toutes les autres conditions constitutives de la notion d'accident doivent être réalisées en cas de lésion corporelle assimilée à un accident ; en particulier et notamment, l'existence d'un facteur extérieur doit être établie (ATF 129 V 466, 123 V 43 ; TF 8C\_537/2011 du 28 février 2012 consid. 3.1).

**d)** L'art. 6 al. 3 LAA prévoit que l'assurance-accidents alloue en outre ses prestations à l'assuré victime d'un accident pour les lésions causées lors du traitement médical pris en charge au titre de l'art. 10 LAA. Les prestations pour soins sont des prestations en nature fournies par l'assurance-accidents qui exerce un contrôle sur le traitement (art. 48 LAA). Le corollaire en est que l'assurance-accidents supporte les conséquences d'une lésion survenue lors du traitement en question, indépendamment du point de savoir si cette lésion constitue elle-même un accident ou résulte d'une violation des règles de l'art par le médecin traitant. L'ouverture du droit aux prestations implique toutefois un rapport de causalité naturelle et adéquate entre la lésion constatée et le traitement médical des suites de l'accident.

**e)** Conformément au principe de la libre appréciation des preuves (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge des assurances sociales apprécie librement les preuves sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dans le domaine médical, le juge doit ainsi examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, avant de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (TF 9C\_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer pourquoi il se fonde sur un rapport médical plutôt qu'un autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu (TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, et, enfin, que les conclusions du rapport soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3, 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_862/2008 précité consid. 4.2).

S'agissant en particulier des rapports médicaux établis par le médecin traitant de l'assuré, ils doivent être appréciés en tenant compte du fait que ce médecin peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient, en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Un rapport médical ne saurait cependant être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane d'un médecin traitant (TF 9C\_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 5.2). Quant aux rapports des médecins des assureurs, le juge peut leur accorder valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

**f)** Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde généralement sa décision sur des faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que d'un point de vue

objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et les références citées). Le point de 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.

**g)** On rappellera également qu'il convient en général d'accorder la préférence aux premières déclarations de la personne assurée, faites alors qu'elle en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être – consciemment ou non – le fruit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 45 consid. 2a, 115 V 133 consid. 8c ; TF 8C\_399/2014 du 22 mai 2015 consid. 4.2, 8C\_788/2012 du 17 juillet 2013 consid. 4).

**4.** En l'occurrence, il convient de déterminer si les lésions que la recourante présente à l'épaule droite sont en lien de causalité naturelle avec l'accident de la circulation du 22 août 2004.

**a/aa)** Plusieurs médecins se sont prononcés dans ce dossier. Parmi ceux-ci, le Dr M.\_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assurée qui l'a suivie ensuite de son accident, et le Dr N.\_\_\_\_\_, médecin-conseil de D.\_\_\_\_\_ SA, concluent tous deux à la nature dégénérative des lésions de l'épaule droite de l'assurée et à l'absence de tout lien de causalité. Consulté par la recourante en 2006, soit près de deux ans après l'accident, le Dr U.\_\_\_\_\_ estime quant à lui que les plaintes relatives à l'épaule droite ont débuté après l'accident et qu'elles sont dues à celui-ci.

**bb)** Selon le Dr U.\_\_\_\_\_, les atteintes à l'épaule droite dont souffre l'assurée ont été causées par l'accident de la route du 22 août 2004, puisque l'intéressée a ressenti des douleurs dans les suites

immédiates de cet événement, et, singulièrement, avant qu'elle ne doive utiliser des cannes anglaises pour se déplacer. Cet avis n'emporte pas conviction, dès lors que plusieurs pièces au dossier démontrent que les douleurs de la recourante sont apparues environ trois à quatre mois après l'accident de la circulation en cause, en particulier ensuite de l'utilisation de cannes anglaises. En effet, le rapport de physiothérapie en orthopédie du 5 septembre 2004 ne mentionne aucunement des douleurs à l'épaule droite

- contrairement à ce que soutient le Dr U. \_\_\_\_\_ dans le courrier qu'il a adressé à Y. \_\_\_\_\_ le 24 juillet 2007 -, mais des douleurs à l'astragale droit, à la clavicule gauche, ainsi que des contusions de l'abdomen et du thorax. Il faut également relever que la recourante a elle-même déclaré au Dr N. \_\_\_\_\_ lors de l'examen médical du 15 mars 2006 qu'elle n'avait pas vraiment éprouvé de douleurs à l'épaule droite dans les premiers mois qui avaient suivi l'accident. Conformément à la jurisprudence, ses déclarations ultérieures, selon lesquelles elle aurait ressenti des douleurs à l'épaule droite immédiatement après l'accident, ne sauraient être retenues. De plus, la première pièce médicale qui atteste de la présence de douleurs à l'épaule droite date du 2 décembre 2004 ; il s'agit du rapport du physiothérapeute T. \_\_\_\_\_, qui constate que l'assurée présente des douleurs à son épaule droite à la suite de l'utilisation de cannes anglaises pour la marche. On peut encore ajouter que le Dr M. \_\_\_\_\_ a indiqué le 15 novembre 2006 que la recourante lui avait fait part pour la première fois lors de la consultation du 12 novembre 2004 de telles douleurs survenues depuis qu'elle devait utiliser des cannes pour se déplacer. Enfin, dans son rapport du 15 décembre 2013, le Dr U. \_\_\_\_\_ convient que la recourante s'est plainte de douleurs à l'épaule droite la première fois le 12 novembre 2004, mais relève que l'épaule droite n'était, au moment de l'accident, probablement pas le site des douleurs les plus intenses. Il ne voit toutefois aucune raison pour qu'une nouvelle pathologie soit apparue à l'épaule droite durant la période de très forte limitation de la mobilité.

Les éléments qui précèdent rejoignent les constatations formulées à cet égard par le Tribunal fédéral au considérant 5.1 de son

arrêt 8C\_883/2012 du 24 octobre 2013, qui indique qu'« en ce qui concerne le moment de l'apparition des douleurs à l'épaule droite, on ne saurait partager [les] déclarations faites dans la prise de position du 24 juillet 2007 [réd. : du Dr U. \_\_\_\_\_], selon lesquelles les observations du médecin-conseil de l'intimée (le docteur N. \_\_\_\_\_) seraient "fallacieuse[s]". Quoi qu'en disent le docteur U. \_\_\_\_\_ et la recourante, il n'est pas fait mention de douleurs à l'épaule droite dans le document de physiothérapie du 5 septembre 2004. Quant à la zone hachurée du dessin qui illustre le "bilan douloureux" de l'assurée, elle se situe au niveau de la poitrine et le commentaire qui l'accompagne ("ne peut souffler [...]") donne davantage à penser qu'il s'agit d'une description de plaintes en relation avec la région du thorax et le diagnostic de contusions thoraciques posé en haut du document, qu'en relation avec les épaules. On ne trouve pas non plus de remarques spécifiques au sujet de l'épaule droite dans le rapport du service de rééducation de la Clinique Z. \_\_\_\_\_ du 23 septembre 2004 (y sont en revanche évoquées des douleurs importantes "à l'épaule gauche et thoraciques" ou "thoraciques et claviculaires"). C'est dans le bilan de physiothérapie du 2 décembre 2004 qu'il est expressément fait état de douleurs à l'épaule droite, lesquelles sont au demeurant mises en lien avec l'utilisation de cannes anglaises (ici la zone hachurée du dessin désigne clairement la région de l'épaule droite). De plus, interrogé à ce sujet, le docteur M. \_\_\_\_\_, qui a suivi l'assurée à son retour en Suisse, a indiqué que celle-ci s'était plainte pour la première fois de son épaule droite à la consultation du 12 novembre 2004 à cause de la marche avec des cannes. Ces éléments tendraient à démontrer que c'est dans un deuxième temps seulement que l'assurée a ressenti des douleurs significatives à cet endroit du corps, une fois qu'elle a quitté le fauteuil roulant pour se déplacer avec des cannes ».

**cc)** Pour le Dr M. \_\_\_\_\_, les lésions objectivées par l'IRM du 13 septembre 2005 (rupture partielle de la face profonde du sus-épineux, apparue dans le cadre d'une tendinopathie ; arthrose acromio-claviculaire avec acromion de type III représentant des facteurs favorisant pour un conflit sous-acromial) et par l'IRM du 15 juin 2006 (déchirure de l'intervalle antérieur des rotateurs en partie comblée par du tissu fibro-vasculaire ;

tendinopathie nette du sus-épineux, pas de rupture des tendons de la coiffe ; arthrose acromio-claviculaire active) sont d'origine dégénérative, étant compatibles avec l'âge de la courante. En particulier, ce spécialiste explique dans son rapport du 20 décembre 2006 que l'acromion de type III et la lésion de la face profonde du tendon du sus-épineux associée à des zones de dégénérescence mucoïde font penser à des lésions dégénératives. Ces lésions ne sont donc selon lui pas liées directement à l'accident d'août 2004, malgré le fait que les symptômes se soient révélés lors de l'utilisation des cannes anglaises par l'assurée. Ces constatations confirment les conclusions des 1<sup>er</sup> mai et 14 septembre 2006 du Dr N.\_\_\_\_\_, qui nie le lien de causalité naturelle entre ces atteintes et l'accident du 22 août 2004.

**b/aa)** Dans son expertise, le Dr R.\_\_\_\_\_ décrit minutieusement les effets que l'accident a eus sur les parties du corps de la courante, notamment les lésions provoquées par la ceinture de sécurité, les sièges, le volant, le tableau de bord et le pédalier. Le fait que l'expert qualifie l'accident de moyenne, voire haute énergie, ne signifie pas qu'il minimise cet événement, mais justement qu'il analyse les effets des accidents à moyenne voire haute énergie sur le corps humain.

De même, si l'assurée a selon ses propres dires présenté une brûlure au niveau de l'avant-bras droit, cela ne signifie pas encore que l'épaule droite ait été atteinte lors de l'accident. Au demeurant, le Dr R.\_\_\_\_\_ n'exclut pas l'hypothèse d'une lésion par choc direct de l'épaule droite lors de l'accident, en supposant notamment que l'assurée ait tapé contre le siège voisin. Avec prudence, il relève que même si le premier bilan ne fait pas clairement état de douleurs à l'épaule droite, il est évident que dans les semaines qui ont suivi l'accident, une verticalisation était difficilement possible, compte tenu des douleurs thoraciques et à la clavicule gauche, ainsi que de celles dues à l'hématome de la paroi abdominale, l'ensemble empêchant la contraction thoraco-abdominale nécessaire à la décharge du membre inférieur droit. En ce qui concerne l'épaule droite, l'expert indique que le déficit fonctionnel semble observé en été 2005 et que la première arthro-IRM

demandée par le Dr M.\_\_\_\_\_ est réalisée le 13 septembre 2005. Il précise que cette IRM n'est pas une IRM native, mais une arthro-IRM, à savoir l'examen de référence (« gold standard ») pour les investigations de la coiffe des rotateurs. A cet égard, le Dr R.\_\_\_\_\_ expose de manière motivée et convaincante les raisons pour lesquelles une arthro-IRM est plus à même que les examens effectués les 15 juin 2006 et 5 décembre 2008 de mettre en évidence des ruptures partielles ou complètes de la coiffe des rotateurs. Certes, on ne peut que constater, à l'instar du Dr U.\_\_\_\_\_, que l'arthroscopie - soit une intervention chirurgicale qui permet de voir directement l'articulation - permet de constater, voire de confirmer, une rupture de la coiffe des rotateurs, mais ce praticien oublie que le bilan radiologique est là précisément pour déterminer si l'acte chirurgical est nécessaire ou pas. Le Dr R.\_\_\_\_\_ ne nie au demeurant pas une rupture de la coiffe des rotateurs - même s'il juge le terme de rupture peu adéquat - et retient que l'évolution des lésions dégénératives s'est faite classiquement vers une péjoration progressive de la tendinopathie, aboutissant à une rupture transfixiante partielle du tendon. Il souligne que cette rupture a toutefois été très partielle, sans atteinte à la trophicité musculaire comme le démontre le bon état de la musculature du tendon du sus-épineux dans sa fosse sus-épineuse sur les IRM de 2006 et 2008. Il s'agit selon l'expert d'une pathologie extrêmement fréquente et banale à partir de la cinquantaine et surtout de la soixantaine, et elle est, dans la majeure partie des cas, asymptomatique.

Ainsi, l'expert évoque à plusieurs reprises le caractère purement dégénératif des lésions de la recourante à l'épaule droite. L'arthro-IRM du 13 septembre 2005 a mis en évidence une lésion partielle de la face profonde du tendon du sus-épineux, pathologie classique dégénérative, qui touche d'abord le tendon du sus-épineux, et plus particulièrement par sa face profonde, comme l'ont montré les récentes études sur la dégénérescence du tendon du sus-épineux. Il n'y a aucun signe pour une déchirure transfixiante du tendon. Selon l'expert, il y a convergence de tous les signes pour une atteinte dégénérative du tendon, la cause extrinsèque de la compression due à l'arthrose acromio-claviculaire sur la face supérieure du tendon et la lésion dégénérative

intrinsèque du tendon, l'ensemble étant pathognomonique de la lésion dégénérative classique à partir de la cinquantaine. L'expert retient en conséquence que, sur le plan de l'interprétation radiologique, il n'y a aucun signe pour une lésion traumatique, que cela soit en 2005, 2006 ou 2008, mais qu'il existe par contre clairement et objectivement des lésions dégénératives typiques pathognomoniques. Son interprétation radiologique rejoint donc celles des Drs M.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_, le bilan par imagerie mettant en évidence non pas des lésions traumatiques, que l'on peut clairement trouver lors de mécanismes à haute énergie, mais des lésions dégénératives typiques. En conclusion, l'expert déclare que s'il ne peut pas exclure une contusion de l'épaule droite ou une entorse bénigne de l'épaule droite lors de l'accident du 22 août 2004 ayant entraîné des douleurs partiellement masquées par les antidouleurs et les anti-inflammatoires, il ne peut par contre pas retenir, sur le plan orthopédique, une rupture de la coiffe des rotateurs, en particulier de l'intervalle des rotateurs. Dès lors, il considère que l'accident a causé au plus uniquement une contusion simple de l'épaule droite, avec statu quo sine douze mois plus tard, l'arthro-IRM réalisée une année après l'événement n'ayant clairement pas mis en évidence de lésions dues aux séquelles de l'accident du 22 août 2004. Le Dr R.\_\_\_\_\_ constate encore qu'à la date de l'expertise, « le bilan radiologique des deux épaules montre des lésions dégénératives, avancées, de la région de l'insertion du tendon du sus-épineux à droite comme à gauche, avec un remaniement de l'arête du trochiter, et une calcification ».

Au terme de son expertise, le Dr R.\_\_\_\_\_ conclut que l'expertisée présente une tendinopathie dégénérative du tendon du sus-épineux et, plus modérément, du sous-scapulaire de l'épaule droite. L'accident du 22 août 2004 a selon lui tout au plus déclenché la symptomatologie douloureuse de cette pathologie, antérieure à l'accident, qui ne l'a pas causée même si on ne peut exclure une contusion ou une entorse bénigne de l'épaule droite.

**bb)** Pour démontrer que l'accident est la cause des lésions de l'épaule droite de l'assurée, le Dr U.\_\_\_\_\_ s'appuie quant à lui, d'une

part, sur l'article scientifique du Dr L. \_\_\_\_\_ intitulé « Isolated rupture of the tendon of the subscapularis muscle ». Selon son avis exprimé le 1<sup>er</sup> mars 2007, cette publication décrit « des lésions du sous-scapulaire lors de collisions frontales avec ceinture de sécurité » et il « apparaît donc certain que l'accident dont a été victime Mme X. \_\_\_\_\_ a la capacité de générer les lésions anatomiques dont elle souffre à l'épaule droite ». On relèvera à cet égard que même si cette publication scientifique met en évidence que des accidents de la route avec choc frontal peuvent causer des lésions au tendon du sous-scapulaire, la pertinence de cet article dans le cas d'espèce est de toute manière limitée, dès lors que le Dr U. \_\_\_\_\_ retient une rupture de la coiffe des rotateurs certainement post-traumatique, sans jamais se déterminer sur la présence d'arthrose et de lésions purement dégénératives clairement visibles aux IRM.

La seule explication que le Dr U. \_\_\_\_\_ fournit à ce sujet est que si l'atteinte était réellement d'origine dégénérative, la lésion à l'épaule droite aurait dû se manifester également à l'épaule gauche - ce qui n'est selon lui précisément pas le cas -, dès lors que la recourante est ambidextre. Or, cet argument est inexact, dans la mesure où, lors de son examen radiographique du 14 octobre 2014, le Dr R. \_\_\_\_\_ a bien constaté en ce qui concerne l'épaule gauche une arthrose acromioclaviculaire importante et que ce médecin relève des lésions dégénératives, avancées, de la région de l'insertion du tendon du sus-épineux à droite comme à gauche, avec un remaniement de l'arête du trochiter et une calcification.

D'autre part, dans son rapport du 7 février 2015, le Dr U. \_\_\_\_\_ ne fait que répéter les propos tenus avant l'expertise du Dr R. \_\_\_\_\_ ; il allègue notamment que les douleurs à l'épaule droite seraient apparues dans les jours suivant l'accident, ce qui est contesté par tous ses confrères, dont le Dr M. \_\_\_\_\_, qui a suivi l'assurée à la suite de cet événement. Comme relevé précédemment (cf. consid. 4a/bb), pour conclure à l'existence d'un lien de causalité entre les douleurs de la recourante et l'accident du 22 août 2004, le Dr U. \_\_\_\_\_ s'appuie sur l'hypothèse erronée de douleurs à l'épaule droite apparues en septembre

2004, alors qu'elles ont été mises en évidence en novembre 2004. Il faut également rappeler que le Dr U. \_\_\_\_\_ agit en tant que médecin traitant de l'assurée et qu'il faut ainsi, selon la jurisprudence, apprécier son avis avec précaution, au motif qu'il peut avoir tendance, dans le doute, à favoriser sa patiente.

**cc)** De plus, s'agissant des critiques émises par le Dr U. \_\_\_\_\_ et l'assurée à l'encontre de l'expertise du Dr R. \_\_\_\_\_, on peut relever que l'expert mentionne bel et bien que la recourante s'est déplacée essentiellement avec un fauteuil roulant et un cadre de marche avant d'utiliser des cannes ; cet élément a donc été pris en compte par le Dr R. \_\_\_\_\_ dans son analyse (cf. expertise, p. 12). De plus, contrairement à ce que soutient le Dr U. \_\_\_\_\_ et, sous la plume de celui-ci, le Dr H. \_\_\_\_\_, l'expert indique en page 14 de son rapport que le bilan par IRM de l'épaule droite du 15 juin 2006 met en évidence une déchirure de l'intervalle des rotateurs, en partie comblée par du tissu fibro-vasculaire selon le contraste. On ne saurait pas non plus suivre le Dr U. \_\_\_\_\_ lorsqu'il estime que l'expert reprend ou cite les pièces médicales de manière incomplète, inexacte, fautive et partielle. Au contraire, il faut relever que les rapports médicaux ont été reproduits de manière complète et impartiale dans l'expertise du Dr R. \_\_\_\_\_, qui a exposé précisément les raisons pour lesquelles il s'écarterait ou adhérerait à certains rapports.

Il faut encore ajouter que le rapport d'expertise du Dr R. \_\_\_\_\_ du 26 novembre 2014 a été soigneusement élaboré et qu'il a été dressé sur la base de l'examen complet du dossier, comprenant notamment la consultation et le bilan radiologique du 14 octobre 2014 ainsi que tous les documents médicaux relatifs au sinistre. Il tient en outre compte tant de l'anamnèse que des plaintes exprimées par la recourante - qui a parfaitement su se faire comprendre malgré le fait qu'elle soit de langue maternelle anglaise -, et contient des conclusions claires et dûment motivées. Il remplit ainsi tous les réquisits jurisprudentiels. L'expert a répondu à toutes les questions, en renvoyant pour certaines à la partie « Appréciation du cas et diagnostics ». Le Dr R. \_\_\_\_\_ se montre

également particulièrement prudent dans les hypothèses qu'il avance et, par souci d'exhaustivité, il précise qu'une lésion par choc direct de l'épaule droite ne peut être exclue. L'appréciation médicale de cet expert procède d'une analyse claire et convaincante, de sorte qu'il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions de son rapport. Il sied en conséquence de reconnaître pleine force probante à l'expertise du 26 novembre 2014. Le Dr U. \_\_\_\_\_ n'apporte pas d'élément médical pertinent qui démontrerait que, dans le cas de la recourante, les lésions à l'épaule droite auraient été causées par l'accident du mois d'août 2004, ni d'élément de nature à mettre en doute le rapport d'expertise du Dr R. \_\_\_\_\_.

**c)** Dans la mesure où il est établi que les douleurs de la recourante sont apparues à la suite de l'utilisation de cannes anglaises pour se déplacer, on peut se demander si l'art. 6 al. 3 LAA trouve application dans le cas d'espèce. A cet égard, il se pose préalablement la question de l'importance de l'utilisation des cannes, qui a été effective environ trois mois, par rapport à cette pathologie de l'épaule droite.

Selon l'expert, l'utilisation de cannes entraîne réellement des contraintes sur les épaules, qui sont en général relativement mal supportées à partir de la cinquantaine, raison pour laquelle la recourante a en pratique effectué la plupart de ses déplacements à l'aide d'un fauteuil roulant, voire d'un déambulateur. L'assurée a donc employé ses cannes, mais de façon modérée, puisqu'elle est restée plus d'un mois hospitalisée et n'est ensuite pas ou très peu sortie de son domicile, jusqu'à une verticalisation en charge sur sa jambe droite. Cette marche en décharge, puis en charge partielle, avec des cannes peut effectivement occasionner des douleurs au niveau des épaules, mais elle ne saurait être la cause d'une pathologie dégénérative et/ou micro-traumatique répétée, source de lésions majeures sur le tendon du sus-épineux, comme le sont les activités répétitives, particulièrement à hauteur d'épaules, qui entraînent après dix ou vingt ans des pathologies tendineuses connues et clairement démontrées. Ainsi, la courte durée d'utilisation et le fait que l'essentiel des déplacements ait été fait en fauteuil roulant ne permettent pas de considérer que la marche avec des cannes a été la cause de la pathologie

dégénérative de l'épaule droite. Elle a tout au plus été un facteur temporaire de douleurs, durant l'emploi des cannes, ceci jusqu'à la fin du mois de novembre 2004, puisqu'au 1<sup>er</sup> décembre 2004 l'assurée marchait sans aide et conduisait son véhicule, comme cela ressort également du bilan de physiothérapie du 2 décembre 2004.

Selon le Dr R.\_\_\_\_\_, l'utilisation des cannes, de façon restreinte et d'une durée limitée d'environ trois mois, n'a pas pu entraîner les microtraumatismes de surcharge ni les lésions mises en évidence à l'examen par arthro-IRM du 13 septembre 2005. A dire d'expert, l'utilisation des cannes n'a fait que révéler une pathologie présente, et dégénérative, de l'épaule droite. On ne saurait en conséquence considérer que l'assureur-accidents doit allouer ses prestations à la recourante pour des lésions causées lors du traitement médical en application de l'art. 6 al. 3 LAA.

Enfin, à défaut de facteur extérieur, on ne saurait retenir que l'assurée aurait été, en utilisant ses cannes, victime d'une lésion corporelle assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 let. f OLAA.

**d)** Quant à l'audition des proches de l'assurée, elle pourrait tout au plus permettre d'établir que celle-ci ne souffrait pas de l'épaule droite avant l'accident. Or, ces éléments de fait, qui ne sont au demeurant pas contestés par l'intimée, ne sont pas pertinents. Il s'agit en effet d'une argumentation du type post hoc, ergo propter hoc, insuffisante pour admettre l'existence d'un lien de causalité naturelle entre les douleurs à l'épaule droite et l'accident du 22 août 2004. Compte tenu des griefs invoqués et de l'état du dossier, la mise en œuvre d'un examen médical complémentaire, ou l'audition de témoins ou des médecins traitants de la recourante, n'apparaissent pas nécessaires dans la présente cause. En effet, de telles mesures ne seraient pas de nature à modifier les considérations qui précèdent (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a ; TF 8C\_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2, 9C\_440/2008 du 5 août 2008), puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit.

**e)** Au vu des éléments qui précèdent, la Cour de céans considère que les lésions à l'épaule droite présentées par la recourante sont de nature purement et uniquement dégénérative. Ainsi, le lien de causalité entre l'accident du 22 août 2004 et ces lésions n'est pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante qui prévaut dans le domaine des assurances sociales, de sorte que le recours se révèle mal fondé.

**5.** En conclusion, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition entreprise confirmée.

Il n'y a pas lieu de percevoir de frais de justice, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g a contrario).

**Par ces motifs,  
la juge unique  
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 12 janvier 2011 par D.\_\_\_\_\_ SA est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais de justice, ni alloué de dépens.

La juge unique :

La greffière :

**Du**

L'arrêt qui précède est notifié à :

- Me Antoine Boesch, avocat (pour X. \_\_\_\_\_),
- S. \_\_\_\_\_ SA, anciennement D. \_\_\_\_\_ 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).

La greffière :