

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 23 décembre 2020

Composition : M. MÉTRAL, président
Mmes Brélaz Braillard et Dessaux, juges
Greffière : Mme Jeanneret

Cause pendante entre :

W._____, à [...], recourante, représentée par Fortuna, Compagnie d'assurance de protection juridique SA,

et

I._____ **SA**, à [...], intimée, représentée par Me Patrick Moser, av. à Lausanne.

Art. 4 LPGA, 6 al. 1 et 36 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. W._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], travaille comme assistante de direction pour la société G._____ SA, à [...], à 50 %. Le 23 décembre 2013, à 17h30, elle a fait une chute dans un escalier après avoir manqué une marche. Elle a tenté de se rattraper avec le bras droit, qui a été tiré en extension vers l'arrière, puis a percuté un canapé avec l'épaule droite, avant d'arriver à terre. Elle a immédiatement ressenti de fortes douleurs à l'épaule droite et a consulté, le lendemain, le Centre d'urgences [...], à [...], où la Dre D._____, médecin généraliste, a posé un diagnostic de contusion de l'épaule droite et prescrit un arrêt de travail complet jusqu'au 6 janvier 2014.

L'employeur a annoncé le cas à l'assurance-accidents à laquelle il est affilié, I._____ SA (ci-après : l'intimée), qui a pris en charge les suites immédiates de l'accident (traitement médical et indemnités journalières).

Le 6 janvier 2014, l'assurée a consulté le Dr S._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui a notamment constaté une limitation fonctionnelle globale et prescrit de la physiothérapie. Il a également adressé sa patiente au Dr L._____, spécialiste en radiologie à la Clinique [...], qui a pratiqué un examen d'imagerie par résonance magnétique de l'épaule droite (arthro-IRM) le 13 janvier 2014. Le Dr L._____ a constaté une déchirure partielle de la face profonde du tendon supra-épineux, associée à une petite bursite sous-acromio-deltoïdienne. L'excellente trophicité de la musculature confirmait selon lui la nature traumatique des lésions constatées (rapport du 14 janvier 2014). Le 20 février 2014, le Dr S._____ a proposé de réaliser une arthroscopie de l'épaule droite avec réparation du sous-scapulaire et du sus-épineux, ainsi qu'une ténodèse du long chef du biceps (LCB). L'opération était prévue pour le 4 mars 2014. Il a demandé son accord au médecin-conseil d'I._____ SA.

Le 21 février 2014, le Dr B._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin-conseil d'I.____ SA, a émis de doutes sur l'origine accidentelle des atteintes diagnostiquées par les Drs L.____ et S.____, ainsi que sur l'indication médicale d'une réparation chirurgicale du tendon du sus-épineux. Il s'interrogeait également sur l'indication opératoire d'une réparation des tendons sous-scapulaires et d'une ténodèse du long chef du biceps, qui n'avaient fait l'objet d'aucune description pathologique à l'IRM. Il a estimé qu'une expertise était nécessaire pour se déterminer plus précisément.

Lors d'un téléphone avec l'assurée, le 25 février 2014, I.____ SA l'a informée du fait qu'elle serait convoquée pour une expertise et qu'en l'état de l'instruction, la prise en charge de l'opération proposée par le Dr S.____ ne pouvait être garantie. I.____ SA a confirmé cette dernière information par courrier du 28 février 2014.

Le 28 février 2014, I.____ SA a mandaté le Dr Q.____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, pour procéder à une expertise et a convoqué l'assurée pour un examen par ce médecin, le 2 mai 2014.

Le 6 mars 2014, l'assurée a contesté le choix de l'expert Q.____, au motif qu'il n'était pas un spécialiste de l'épaule, d'une part, et parce que la date de l'examen lui paraissait trop tardive, d'autre part. Le délai d'attente risquait en effet de compromettre ses chances de récupération d'une mobilité totale de l'épaule. Elle a proposé les noms de trois autres experts qui avaient, selon elle, des disponibilités au mois de mars déjà.

Le 31 mars 2014, I.____ SA a refusé la proposition de l'assurée au motif que les médecins proposés n'étaient pas des experts certifiés SIM (Swiss Insurance Medecine). Elle a maintenu la convocation pour un examen chez le Dr Q.____ le 2 mai 2014.

Le 8 avril 2014, le Dr S._____ a écrit au médecin-conseil d'I._____ SA afin de préciser les éléments qui l'avaient amené à diagnostiquer une déchirure du tendon sous-scapulaire et du long chef du biceps. Il a également exposé les raisons pour lesquelles il estimait que ces lésions, de même que celle du tendon sus-épineux, étaient d'origine accidentelle et explicité l'indication opératoire qu'il avait posée.

Le même jour, le Dr S._____ a procédé à une arthroscopie de l'épaule droite de l'assurée, avec comme diagnostics une déchirure partielle du tendon sous-scapulaire, une déchirure partielle du tendon sus-épineux, une lésion du long chef du biceps avec importante inflammation et micro-instabilité dynamique au niveau de la poulie bicapitale, une bursite avec adhérences sous-acromiales et une capsulite rétractile. Il a notamment pratiqué une capsulotomie arthroscopique au niveau de l'intervalle des rotateurs, avec section du ligament coraco-huméral, une bursoscopie et bursectomie, une libération d'importantes adhérences sous-acromiales, une refixation arthroscopique du tendon sous-scapulaire, une ténodèse, puis ténotomie arthroscopique du long chef du biceps et une refixation arthroscopique en double rang du tendon sus-épineux. La patiente a été hospitalisée jusqu'au 12 avril 2014, date à laquelle elle a pu rentrer à domicile avec, notamment, une prescription de physiothérapie.

Le Dr Q._____ a examiné l'assurée le 2 mai 2014.

Le 8 mai 2014, le Dr S._____ a écrit au médecin-conseil d'I._____ SA pour l'informer du fait que sa patiente avait subi une importante exacerbation de ses douleurs à la suite de l'examen clinique par le Dr Q._____. Alors que les progrès étaient lents, mais réguliers après l'opération avec une diminution des antalgiques, les doses avaient dû être à nouveau augmentées après cet examen, lors duquel l'expert avait non seulement manipulé la patiente, mais lui avait demandé, moins de trois semaines et demi après l'opération de l'épaule, de réaliser des tests de force contre résistance. Pendant l'examen, « alors que la patiente l'implorait d'arrêter car elle avait trop de douleurs, le Dr Q._____ lui aurait demandé de laisser aller, en lui disant qu'il savait ce qu'il faisait, car

il connaît bien l'épaule ». Vu la persistance des douleurs, une nouvelle arthro-IRM avait été réalisée, qui avait révélé une nouvelle rupture du tendon supra-épineux, avec rétraction jusqu'à la glène et s'étendant de manière transfixiante sur les deux tiers antérieurs du supra-épineux, ainsi qu'un important œdème post-rupture au niveau du chef musculaire de ce muscle. Le Dr S._____ a ajouté qu'il trouvait « scandaleux que [sa] patiente se trouve dans une telle situation, car il est inadmissible de forcer sur une épaule fraîchement opérée ». Il annonçait devoir réopérer l'assurée au plus vite et avait agendé une nouvelle arthroscopie avec réparation du sus-épineux, complétée par voie ouverte et mise en place d'un patch de collagène et injection de « PRP » (facteurs de croissance) pour favoriser la cicatrisation. Il demandait la prise en charge de cette intervention par l'assurance-accidents, « ainsi que ses suites, avec toutes les mesures additionnelles nécessaires, comme l'intervention de l'aide à domicile ». Le Dr S._____ a par ailleurs remis à I._____ SA le protocole de l'opération du 8 avril 2014, de même que le compte-rendu de l'arthro-IRM pratiquée le 7 mai 2014 par le Dr L._____ (rapport du 8 mai 2014 du Dr L._____).

Le 20 mai 2014, le Dr S._____ a pratiqué l'intervention chirurgicale annoncée précédemment (rapport opératoire du 20 mai 2014).

L'assurance-maladie de W._____ a pris en charge les frais des deux opérations pratiquées par le Dr S._____, à titre d'avance de prestations au sens de l'art. 70 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1). I._____ SA a pour sa part continué à verser des indemnités journalières en raison de l'incapacité de travail persistante de l'assurée, mais « par le biais du contrat d'assurance maladie collective, à titre d'avances » (lettre du 18 juin 2014 à l'assurance de protection juridique de l'assurée, Fortuna Compagnie d'Assurance Protection Juridique SA [ci-après : Fortuna Protection juridique]).

Le 4 août 2014, le Dr Q._____ a établi son rapport d'expertise. Il exposait notamment avoir consulté un examen arthro-IRM réalisé le 18 juillet 2013 à la Clinique [...], à la demande du Dr S._____, ensuite d'omalgies droites annoncées par l'assurée. Cette dernière disait avoir, à l'époque, suivi une physiothérapie pendant probablement neuf séances, avec une évolution favorable. Une comparaison avec l'examen arthro-IRM réalisé le 13 janvier 2014, également à la Clinique [...], ne révélait pas de nouvelle lésion, en particulier pour les tendons des muscles sous-scapulaire, sous-épineux et du long-chef du biceps. Il n'y avait pas non plus de modification substantielle du status en ce qui concernait le sus-épineux et le labrum, par rapport à l'arthro-IRM du 18 juillet 2013, antérieure à l'accident. La comparaison des deux images ne révélait pas de stigmatisme pouvant faire suspecter une extension récente, ou sub-aiguë, de surcroît significative, de la lésion en question. Il y avait une lésion mineure du tendon sus-épineux, qui n'était de loin pas susceptible de rendre compte d'une impotence fonctionnelle aussi importante que celle constatée chez l'assurée. En ce qui concernait la rupture du tendon supra-épineux apparaissant sur l'arthro-IRM du 7 mai 2014, le Dr Q._____ observait que le lâchage d'un tendon de la coiffe des rotateurs, en particulier du sus-épineux, était une complication post-opératoire connue, qui pouvait être due à la qualité tissulaire. Elle pouvait également être la conséquence d'une suture inadéquate, ou tout simplement iatrogène. Il observait également que, dans le cas de l'assurée, la lésion du tendon sus-épineux opéré n'était pas transfixiante et avait peu de risques de se compliquer d'une déchirure tendineuse importante à court ou moyen terme. Elle était devenue transfixiante lors de l'opération, ne serait-ce que pour le passage de la volumineuse ancre servant à l'amarrage du tendon sur le trochiter, ce qui aggravait le risque de lâchage de suture. Au final, le Dr Q._____ a considéré qu'une relation de causalité naturelle entre l'accident du 23 décembre 2013 et les lésions ayant fait l'objet de l'intervention chirurgicale du 8 avril 2014 était hautement, voire très hautement improbable. L'accident avait provoqué une contusion de l'épaule droite, précédée d'une entorse mineure, et avait surtout révélé une tendinopathie préexistante de la coiffe des rotateurs, sans que l'on ait des signes évoquant une dégradation aiguë significative de cette

pathologie. En général, une telle contusion/entorse de l'épaule cessait de produire des effets après un délai de quelques jours, au maximum de quatre à six semaines. Le délai pouvait être parfois repoussé de deux à trois semaines, surtout en présence de troubles dégénératifs débutants pouvant ralentir le rétablissement. Il n'y avait pas lieu de prolonger ce délai dans le cas de l'assurée.

L'assurée a repris son activité professionnelle progressivement dès le 8 septembre 2014, jusqu'au taux d'activité de 50 % qui était le sien avant l'accident, dès le 22 décembre 2014.

Entre-temps, le 17 septembre 2014, le Dr Z._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin-conseil d'I.____ SA, s'est brièvement déterminé sur le dossier, en soutenant pour l'essentiel l'appréciation du Dr Q._____.

Le 2 octobre 2014, I.____ SA a informé l'assurée de son intention de prendre en charge les frais de traitement jusqu'au 28 février 2014 et de nier tout droit à des prestations de l'assurance-accidents pour la période postérieure à cette date.

Dans un rapport adressé le 28 novembre 2014 à Fortuna Protection juridique, le Dr S._____ a pris position sur le dossier, notamment sur l'expertise du 4 août 2014 du Dr Q._____, dont il a vigoureusement contesté les conclusions et rectifié ce qu'il estimait être des inexactitudes. Il a notamment exclu que la réparation du tendon qu'il avait pratiquée ait lâché ensuite de la première intervention, en soulignant que l'arthro-IRM pratiquée le 7 mai 2014 avait révélé de nouvelles lésions, qui n'étaient pas situées à l'endroit de la précédente réparation. De son point de vue, l'examen pratiqué par le Dr Q._____ peu après la première intervention chirurgicale était inadéquat. Le Dr S._____ a estimé que la description de son examen clinique par le Dr Q._____ présentait des contradictions et a clairement laissé entendre que si l'examen s'était déroulé de la manière décrite par la patiente, il était une cause

vraisemblable de la nouvelle déchirure tendineuse (rapport du 28 novembre 2014 pp. 7 ss, 18 et 24 ss).

Le 9 janvier 2015, l'assurée, représentée par Fortuna Protection juridique, a contesté la suppression des prestations dès le 1^{er} mars 2014.

Le 16 mars 2015, le Dr Q. _____ s'est déterminé sur le rapport du Dr S. _____ du 28 novembre 2014, en maintenant son point de vue.

I. _____ SA a également demandé un avis sur dossier à un autre de ses médecins-conseils, le Dr K. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui s'est déterminé le 6 mai 2015. Il a notamment constaté que l'intervention du 8 avril 2014 ne revêtait aucun caractère d'urgence et a regretté que le Dr Q. _____ n'ait pas pu pratiquer son examen avant cette intervention, de manière à avoir une image clinique beaucoup plus claire. Il a estimé que l'accident avait certainement décompensé une atteinte dégénérative préexistante au niveau de l'épaule droite, sans l'aggraver de manière massive, et qu'il y avait un « statu quo sine » trois mois après le traumatisme. En ce qui concernait « la redéchirure » de la coiffe des rotateurs, avec une nouvelle intervention pratiquée le 20 mai 2014, il lui paraissait difficile d'incriminer l'examen du Dr Q. _____.

Par décision du 11 juin 2015, I. _____ SA a mis fin à ses prestations avec effet au 31 mars 2014. Elle a considéré que le lien de causalité naturelle entre l'accident du 23 décembre 2013 et les atteintes à l'épaule droite pour lesquelles l'assurée avait été opérée le 8 avril 2014 était hautement, voire très hautement improbable, que cet accident avait entraîné une contusion, éventuellement une entorse de l'épaule, mais avait surtout révélé une tendinopathie préexistante de la coiffe des rotateurs, sans entraîner une dégradation « aiguë » significative de cette pathologie. Les frais résultant des interventions chirurgicales et de leurs suites n'étaient par conséquent pas à la charge de l'assurance-accidents

et Axa-Winterthur ne reconnaissait à l'assurée aucun droit à des prestations d'assurance dès le 1^{er} avril 2014.

L'assurée, par son assurance de protection juridique, s'est opposée à cette décision en concluant à la prise en charge du traitement postérieurement au 31 mars 2014, de même qu'à la poursuite du versement d'indemnités journalières après cette date.

Par décision sur opposition du 26 octobre 2015, I. _____ SA a rejeté l'opposition et confirmé la décision du 11 juin 2015.

B. Par acte du 20 novembre 2015, W. _____, représentée par Fortuna Protection juridique, a recouru contre cette dernière décision. En substance, elle a conclu à la réforme de la décision litigieuse en ce sens qu'I. _____ SA maintienne ses prestations (traitement médical et indemnités journalières) postérieurement au 31 mars 2014, sous suite de frais et dépens. Elle alléguait notamment que le Dr Q. _____ lui a demandé de faire des tests de force contre résistance, contre le haut et contre l'extérieur, coudes fléchis collés au corps, avec pression sur la main. Pendant l'examen, effectué en position couchée, elle aurait imploré l'expert d'arrêter sa manipulation car cela déclenchait de terribles douleurs. Le Dr Q. _____ lui aurait toutefois demandé de se laisser aller en lui disant de rester tranquille car cela ne devait pas lui faire mal et qu'il était un expert de l'épaule. Elle ne tirait toutefois aucune conclusion particulière de ces allégations. Se référant principalement à l'avis du Dr S. _____, elle soutenait finalement qu'il existait bien un lien de causalité naturelle entre l'accident du 23 décembre 2013 et les atteintes à l'épaule droite qu'elle présentait encore. Elle soulignait, en particulier, que le Dr S. _____ avait constaté, lors de l'arthroscopie, une lésion du tendon sous-scapulaire qui n'avait pas été objectivée lors de l'arthro-IRM du 19 juillet 2013 et qui n'était pas d'origine dégénérative. Une telle lésion était presque toujours d'origine traumatique. A titre de mesure d'instruction, la recourante a requis « une expertise pluridisciplinaire indépendante ».

Le 4 mars 2016, représentée par Mes Didier Elsig et Patrick Moser, I._____ SA a produit son dossier et s'est déterminée en proposant le rejet du recours, sous suite de frais et dépens.

Le 1^{er} avril 2016, la recourante s'est déterminée à son tour et a maintenu ses conclusions.

Le juge en charge de l'instruction de la cause a confié au Dr P._____ le soin de réaliser une expertise orthopédique. L'expert a établi son rapport le 12 juillet 2020. Il ressort de différents documents médicaux qu'il a annexés à son expertise, qu'après les deux arthroscopies pratiquées les 8 avril et 20 mai 2014, la recourante s'était soumise à de nouvelles interventions le 2 février 2016 (arthroscopie de l'épaule droite avec capsulotomie et implantation d'un orthospacer dans le cadre d'une récurrence de rupture de la coiffe des rotateurs, avec épaule gelée), puis le 18 octobre 2016 (pose d'une prothèse inversée le 18 octobre 2016 en raison d'une coiffe des rotateurs irréparable, avec récurrence de rupture et épaule gelée).

Le Dr P._____ a constaté que l'accident du 23 décembre 2013 avait entraîné une épaule gelée. L'assurée souffrait encore de cette atteinte lorsqu'elle avait été opérée le 8 avril 2014. L'opération n'était toutefois pas indiquée pour traiter cette affection, qui aurait dû être soignée de manière conservatrice, en premier lieu par une médication anti-inflammatoire. Une physiothérapie de mobilisation n'était pas indiquée, mais une physiothérapie visant à relâcher la musculature pouvait aider. Le plus important était de poser le diagnostic d'épaule gelée et d'informer la patiente du fait que l'évolution serait lente, mais de bon pronostic. Une opération est contre-indiquée lors d'une phase inflammatoire d'épaule gelée, en raison du risque élevé de récurrence. Une capsulotomie arthroscopique est rarement nécessaire et ne peut être indiquée qu'une fois passée la phase inflammatoire. L'examen pratiqué le 2 mai 2014 par le Dr Q._____ n'avait pas entraîné de nouvelle lésion de l'épaule. Le Dr Q._____ aurait, certes, pu prêter davantage d'attention aux plaintes de sa patiente (« hätte diesbezüglich wahrscheinlich etwas feinfühlicher

sein können ») ; par ailleurs, un examen clinique aussi peu de temps après une opération de l'épaule ne paraissait pas utile pour l'appréciation du rapport de causalité avec l'accident et n'avait guère de sens (« nicht aussagekräftig ist und auch keinen Sinn macht »). Il n'était toutefois pas possible qu'il ait provoqué les nouvelles lésions constatées sur l'arthro-IRM pratiquée le 7 mai 2014 par le Dr L._____. Selon le Dr P._____, cette nouvelle lésion a été provoquée par le Dr S._____ lors de l'opération du 8 avril 2014. Cette intervention avait été pratiquée à la suite d'une erreur diagnostique grossière, résultant d'un examen clinique incomplet. Elle n'était médicalement pas indiquée ; le chirurgien avait en outre mal interprété les constatations intraopératoires et avait provoqué une lésion du tendon sus-épineux et du bord supérieur du tendon sous-scapulaire. Il avait endommagé la coiffe des rotateurs au point que malgré de nouvelles opérations, celle-ci n'avait pu être réparée. Au vu des plaintes qui en résultaient, le Dr C._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, avait finalement dû poser une prothèse inversée de l'épaule droite, ce qui est normalement pratiqué pour des patients âgés de plus de 70 ans présentant une rupture importante et irréparable de la coiffe des rotateurs, des douleurs et une limitation importante de la mobilité active. Du point de vue de l'expert, l'assurance-accidents n'avait pas à répondre des conséquences d'une opération contre-indiquée.

La recourante ne s'est pas déterminée sur l'expertise dans le délai qui lui a été imparti à cet effet. Pour sa part, l'intimée s'est déterminée le 20 octobre 2020 en concluant au rejet du recours. Elle a observé que « même en admettant une relation de causalité entre l'accident et les atteintes à la santé jusqu'à la date de l'opération controversée », l'expert avait confirmé qu'il ne revenait pas à l'assurance-accidents de prendre en charge les frais liés à cette intervention. Du point de vue de l'intimée, « le lien de causalité naturel n'existe plus avec le sinistre du 23 décembre 2013, mais relève des suites exclusive de la faute du médecin opérateur ».

Cette détermination a été communiquée à la recourante le 22 octobre 2020, pour information.

Le 1^{er} décembre 2020, le juge en charge de l'instruction a informé les parties du fait que la cause paraissait en l'état d'être jugée et que, sauf nouvelle réquisition, un jugement serait rendu.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) Déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-accidents pour la période postérieure au 31 mars 2014. Est plus particulièrement litigieux le droit à la prise en charge du traitement médical et à des indemnités journalières.

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Selon l'art. 4 LPGA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort.

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration, le cas échéant le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références citées).

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

manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (TF 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.2 et les références citées).

d) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 ; TF 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.1 et les références citées).

4. L'intimée soutenait dans la décision sur opposition litigieuse que l'épaule droite de l'assurée se trouvait, au 31 mars 2014 au plus tard, dans l'état qui aurait été le sien de toute façon sans l'accident, compte tenu des atteintes préexistantes. L'assurée présentait en effet, avant l'accident déjà, une lésion du tendon du sus-épineux identique à celle constatée par la suite, par arthro-IRM du 13 janvier 2014. Dans sa détermination à la suite de l'expertise judiciaire, l'intimée est plus vague sur ce dernier point et paraît admettre que le statu quo sine n'avait pas été atteint avant l'opération du 8 avril 2014. Elle soutient néanmoins qu'elle n'a pas à supporter les frais de cette intervention, qui n'était pas indiquée, ni ses conséquences. Il n'y a plus, selon elle, de lien de causalité entre l'accident et les atteintes constatées après cette opération, qui relèvent des suites exclusives de la faute du médecin opérateur.

5. a) Dans un rapport du 12 juillet 2020, l'expert P._____ a exposé, en ce qui concerne d'éventuelles atteintes préexistantes à l'accident du 23 décembre 2013, que la recourante avait déjà consulté le Dr S._____ le 26 janvier 2012 en raison de problèmes à l'épaule et au coude droits. Les symptômes avaient résisté à l'acupuncture et à la physiothérapie. La recourante avait des douleurs dans tout le bras et l'impression que l'épaule « coinçait ». Il y avait parfois des craquements dans l'épaule. A l'issue des examens pratiqués, le Dr S._____ avait diagnostiqué une épicondylite du coude droit et une dyskinésie scapulaire

avec conflit secondaire et raideur de la capsule articulaire de l'épaule droite (« Skapuladyskinesie mit sekundärem Konflikt und Steife der posteroinferioren Gelenkkapsel »). Il avait prescrit un bandage du coude et de la physiothérapie pour l'épaule. La recourante avait à nouveau consulté le Dr S._____ en juillet 2013. Une radiographie, plusieurs arthrographies et une arthro-IRM de l'épaule droite avaient été réalisées par la Dre M._____, spécialiste en radiologie, le 18 juillet 2013. Le Dr S._____ les avait demandées en raison de douleurs persistantes depuis environ une année. La Dre M._____ avait diagnostiqué une petite déchirure de la face profonde du tendon sus-épineux, occupant sa partie distale, prenant environ 20 % de son épaisseur.

Le Dr P._____ a estimé pour sa part que l'examen arthrographique et l'arthro-IRM de l'épaule droite réalisés le 18 juillet 2013 révélaient une coiffe des rotateurs intacte. Le tendon sus-épineux était légèrement ondulé (« leicht gewellt »), mais en continuité. Le long chef du biceps et le tendon sous-scapulaire, notamment, étaient intacts. Sur les images arthrographiques, l'absence de produit de contraste à l'insertion du tendon sus-épineux et en projection sur la bourse sous-acromiale plaidait contre le constat d'une rupture partielle de la face profonde (« Unterflächenpartialruptur ») ou d'une rupture transfixiante (« transmurale Ruptur ») du tendon sus-épineux. Le Dr P._____ se référait également à un avis émis sur ces examens par le Dr J._____, médecin-chef du Service de radiologie de la Clinique [...], à [...], qu'il a joint à son expertise (rapport du 2 juillet 2020 du Dr J._____). L'expert a exposé n'avoir pas d'autre indice d'une pathologie de l'épaule préexistante immédiatement avant l'accident, en dépit des consultations du Dr S._____ en 2012 et 2013.

b) En ce qui concerne l'état de santé de l'assurée après l'accident, plus particulièrement immédiatement avant l'opération du 8 avril 2014, le Dr P._____ a posé les diagnostics d'épaule gelée à un stade inflammatoire (« Schultersteife im Entzündungstadium »), à droite, ainsi que de status après une chute ayant entraîné une distorsion/contusion de l'épaule le 23 décembre 2013 et de status après

dyskinésie scapulaire avec conflit secondaire et raideur de la capsule articulaire de l'épaule. Il a précisé que ce dernier diagnostic avait été posé le 26 janvier 2012 par le Dr Q._____ (recte : Dr S._____). Il exposait que l'épaule gelée est caractérisée par un raccourcissement et un épaissement de la capsule articulaire, entraînant une limitation de l'amplitude des mouvements entre l'humérus et l'omoplate. Dans une première phase (« freezing phase »), la capsule articulaire présente des modifications inflammatoires et est davantage irriguée (« vermehrt durchblutet »). Lors d'une arthroscopie, on observe une irrigation accentuée des tissus (« vermehrte Gefäßzeichnung der Gewäbe »). Cliniquement, cette phase se manifeste par de fortes douleurs nocturnes, une réduction de l'amplitude de mouvement et des douleurs fulgurantes lors de mouvements brusques ou incontrôlés du bras. Dans la seconde phase, les douleurs diminuent avec la réduction de l'inflammation, mais l'amplitude des mouvements reste limitée. Dans la troisième phase, les tissus se relâchent et l'amplitude de mouvement augmente. La maladie peut durer, sur ses trois phases, entre une année et deux ans, mais a un bon pronostic. Le diagnostic est fondé sur un examen clinique de l'amplitude passive de l'articulation gléno-humérale. Si une extension vers l'arrière de la capsule articulaire provoque des douleurs fulgurantes en fin de mouvement, la maladie est dans sa première phase.

Dans le cas d'espèce, toujours selon l'expert, la limitation de mouvements de l'épaule droite a été constatée par la Dre D._____ le lendemain de l'accident. Le Dr S._____ a aussi noté, dans son rapport du 20 février 2014 au médecin traitant (Dr F._____) que les mouvements de l'épaule étaient globalement limités lors de l'examen du 6 janvier 2014, et que les mouvements d'élévation provoquaient des douleurs. Il n'a toutefois pas donné de précision sur l'amplitude de mouvement exacte et a négligé d'examiner l'amplitude passive de l'articulation gléno-humérale. Un tel examen aurait dû être inclus dans une première consultation orthopédique. Il est nécessaire (« unerlässlich ») pour poser un diagnostic d'épaule gelée et une indication opératoire ne peut pas être correctement posée sans un diagnostic correct.

Lors de l'arthroscopie du 8 avril 2014, le Dr S._____ a pratiqué une mobilisation de l'épaule sous narcose. Cette manipulation ne pouvait être nécessaire qu'en présence d'une raideur de l'épaule. De même, la capsulotomie qu'il a réalisée dans la zone d'intervalle des rotateurs n'est pratiquée qu'en cas d'épaule gelée. Le Dr S._____ avait d'ailleurs lui-même exposé, dans une lettre du 8 avril 2014 au médecin-conseil de l'assureur-accidents, que l'examen sous narcose avait révélé une limitation fonctionnelle globale de l'épaule droite, ce qui plaidait pour un diagnostic de capsulite post-traumatique. Or, une capsulite correspond à une modification inflammatoire de la capsule articulaire, telle qu'elle apparaît typiquement dans une première phase d'épaule gelée. Lors de l'arthroscopie, les tissus étaient inhabituellement teintés de rouge en raison d'une irrigation accrue (hyperémie). Ce phénomène pouvait être très bien observé sur les images vidéo 4189 de l'opération du 8 avril 2014. Le diagnostic d'épaule gelée, en phase 1, correspond par ailleurs à la description faite par le Dr S._____, dans sa lettre du 8 avril 2014 au médecin-conseil de l'assurance-accidents, d'une patiente se plaignant de douleurs et d'insomnies, la phase inflammatoire d'une épaule gelée étant généralement marquée par de fortes douleurs nocturnes et par une limitation de la mobilité. La physiothérapie de mobilisation est le plus souvent contre-productive, comme l'avait observé le Dr Q._____, en p. 5 de son expertise, en exposant que selon l'assurée, la physiothérapie avant l'opération n'avait pas amélioré la situation et l'avait même péjorée.

c) Le Dr P._____ a discuté les diagnostics différentiels précédemment retenus. Il a notamment réfuté celui de rupture partielle de la face profonde du tendon sus-épineux et du tendon sous-scapulaire, ainsi que de lésion du long chef du biceps. En ce qui concerne ces deux derniers tendons, il relevait que le Dr L._____ n'avait observé aucune lésion lors de l'arthro-IRM du 13 janvier 2014. Le Dr P._____ précisait qu'il peut être difficile, voire impossible, de diagnostiquer cliniquement une petite lésion partielle profonde de la coiffe des rotateurs. De telles lésions n'entraînent généralement pas de douleurs la nuit ; elles peuvent toutefois provoquer des douleurs ou un claquement lors d'un mouvement de projection. En règle générale, les mouvements et la force ne sont pas

limités. L'expert ne s'expliquait pas comment le Dr S._____ avait posé le diagnostic de rupture des tendons sous-scapulaire et du long chef du biceps malgré une arthro-IRM ne démontrant aucune de ces lésions. Ni les plaintes de la patiente, ni les constatations cliniques incomplètes n'étaient suffisantes pour le faire. Analysant ensuite le déroulement de l'accident, le Dr P._____ a exposé qu'il aurait pu causer une lésion du tendon sous-scapulaire ; il était par ailleurs peu vraisemblable, mais pas impossible, qu'un tel accident provoque une lésion du tendon sus-épineux. Analysant, enfin, l'arthro-IRM réalisée le 13 janvier 2014, l'expert a toutefois indiqué que le produit de contraste injecté dans l'épaule n'était pas visible à l'insertion du tendon sus-épineux. Au vu de la quantité de produit injecté et du temps pendant lequel l'examen s'était déroulé, ce constat plaidait clairement contre une lésion du tendon sus-épineux. Aucune lésion partielle n'était visible sur l'arthro-IRM, le tendon sus-épineux étant inséré sur toute sa hauteur sur le trochin. Le Dr L._____, de même que le Dr C._____, voyaient sur les images une lésion partielle de la face profonde sur tendon sus-épineux, voire, pour le Dr C._____, une possible rupture partielle du sous-scapulaire à sa partie la plus haute (rapport du 17 novembre 2015, annexé à l'expertise). Interpellé par le Dr P._____, le Dr J._____ constatait plutôt sur ces images une synovite dans l'intervalle des rotateurs, avec des tendons sus-épineux, sous-épineux, sous-scapulaires et du long chef du biceps intacts (rapport du 2 juillet 2020 annexé à l'expertise). L'expert a précisé qu'une synovite est une modification inflammatoire de la capsule articulaire, avec une irrigation accrue des tissus. L'inflammation décrite par le Dr J._____ correspondait exactement aux modifications visibles sur les images vidéo de l'arthroscopie du 8 avril 2014, avec une irrigation accentuée des tissus. Une lésion du tendon sus-épineux ou du tendon sous-scapulaire n'était visible sur aucune de ces mêmes images. Hormis une irrigation accentuée à la surface du long chef du biceps, ce tendon ne présentait pas davantage d'atteinte. La poulie était légèrement ondulée et teintée de rouge, mais n'est pas frangée (« ausgefranst ») comme l'on pourrait s'y attendre en cas de lésion de la poulie.

d) Le Dr P. _____ a enfin exposé que lors de l'arthroscopie du 8 avril 2014, le Dr S. _____ avait utilisé un instrument au moyen duquel des tissus sont brûlés et déplacés. Pendant son intervention, il a endommagé le tendon sus-épineux lui-même et la surface du tendon sous-scapulaire. Les deux tendons étaient intacts sur les images arthroscopiques avant l'intervention. Vu l'emplacement et la forme de la déchirure constatée ultérieurement sur l'arthro-IRM du 7 mai 2014, celle-ci ne pouvait être expliquée que par une lésion iatrogène lors de l'opération du 8 avril 2014. L'emplacement et la forme de la déchirure étaient inhabituels et atypiques pour une lésion de surcharge ou dégénérative. Ils étaient également atypiques pour une éventuelle nécrose provoquée par le matériel de suture utilisé. Une récurrence de rupture d'une coiffe des rotateurs n'est certes par rare, mais se produit à l'endroit où les tendons ont été refixés, ce qui n'était pas le cas en l'espèce.

6. a) L'expertise établie par le Dr P. _____ revêt une pleine valeur probante. Elle a en particulier été établie en pleine connaissance du dossier. L'expert a expliqué soigneusement les raisons pour lesquelles il posait un diagnostic d'épaule gelée d'origine accidentelle et pourquoi il estimait que cette atteinte n'était pas guérie le 31 mars 2014. Il a également minutieusement motivé les raisons pour lesquelles il estimait contre-indiquée l'opération du 8 avril 2014 et réfutait les diagnostics de déchirures tendineuses posés par le Dr S. _____. L'expert a pris soin de faire compléter les documents médicaux mis à sa disposition par le tribunal, en particulier en demandant à consulter toutes les images dynamiques de l'opération du 8 avril 2014. On retiendra, sur la base de ses constatations, que l'accident du 23 décembre 2013 a entraîné pour l'assurée une épaule gelée, qui n'était pas guérie lorsque l'intimée a mis fin à ses prestations le 31 mars 2014. L'état de l'épaule de la recourante a toutefois été péjoré de manière déterminante par une intervention chirurgicale médicalement contre-indiquée et mal réalisée.

b) Au vu de ce qui précède, force est de constater que l'intimée doit poursuivre le versement de ses indemnités journalières au moins jusqu'au 7 avril 2014. Jusqu'à cette date, l'accident du 23 décembre

2013 était la cause exclusive de l'incapacité de travail présentée par la recourante, en raison d'une épaule gelée. Le 8 avril 2014, le Dr S. _____ a pratiqué une intervention chirurgicale contre-indiquée pour le traitement de l'épaule gelée, en vue de traiter des atteintes tendineuses inexistantes. A supposer même qu'une rupture partielle profonde du sus-épineux fût visible sur les arthro-IRM des 18 juillet 2013 et 13 janvier 2014 - ce que l'expert P. _____ nie toutefois de manière convaincante - cette atteinte aurait été préexistante à l'accident et n'aurait selon toute vraisemblance pas nécessité d'intervention chirurgicale. Au vu des constatations de l'expert, cette intervention est la cause directe et déterminante de l'incapacité de travail de la recourante dès le 8 avril 2014, ainsi que des traitements médicaux qui ont été nécessaires dès cette date. Il est vrai que l'épaule gelée aurait vraisemblablement continué à entraîner une incapacité de travail pendant quelques semaines ou mois après le 7 avril 2014, sans que l'on puisse aujourd'hui déterminer clairement pendant combien de temps. Mais au vu de l'opération du 8 avril 2014, la causalité entre l'accident et l'incapacité de travail est dépassée et l'on doit admettre que cette opération est, dès cette date, la cause exclusive de l'atteinte à la santé et de l'incapacité de travail.

c) Même en admettant un rapport de causalité naturelle entre l'accident du 23 décembre 2013 et l'opération du 8 avril 2014 et ses suites, il conviendrait de nier l'existence d'un rapport de causalité adéquate. Il est vrai qu'en cas d'atteinte à la santé physique, la causalité adéquate se confond généralement avec la causalité naturelle (ATF 138 V 248 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_220/2016 du 10 février 2017 consid. 7.3). Il ne s'agit toutefois pas d'une règle absolue et le cas d'espèce en constitue l'illustration.

Il y a en effet rupture du lien de causalité adéquate, l'enchaînement des faits perdant sa portée juridique, si une autre cause concomitante - par exemple une force naturelle, le comportement de la victime ou celui d'un tiers - propre au cas d'espèce constitue une circonstance tout à fait exceptionnelle ou apparaît si extraordinaire que l'on ne pouvait pas s'y attendre. Il faut encore que cet acte concurrent ait

une importance telle qu'il s'impose comme la cause la plus probable et la plus immédiate de l'événement considéré, reléguant à l'arrière-plan tous les autres facteurs qui ont contribué à amener celui-ci (ATF 134 IV 255 consid. 4.4.2 ; 133 IV 158 consid. 6.1).

En l'espèce, une arthroscopie a été pratiquée le 8 avril 2014, contre l'avis de l'assurance-accidents, en raison d'un diagnostic erroné posé à la suite d'un examen clinique incomplet. Le chirurgien a en outre mal interprété le status intraopératoire et a, qui plus est, mal réalisé l'intervention, provoquant ainsi des déchirures sur des tendons sains. Dans de telles circonstances, on doit admettre une interruption d'un éventuel rapport de causalité adéquate entre l'accident du 23 décembre 2013, d'une part, et les atteintes à la santé et l'incapacité de travail, d'autre part, dès le 8 avril 2014.

d) Il convient encore de relever que l'art. 6 al. 3 LAA, aux termes duquel l'assurance-accidents alloue ses prestations pour les lésions causées à l'assuré victime d'un accident lors du traitement médical, n'est pas applicable en l'espèce. Cette disposition vise en effet le cas dans lequel le traitement est pris en charge par l'assurance-accidents conformément à l'art. 10 LAA, auquel elle se réfère d'ailleurs expressément. En l'espèce, l'assurance-accidents avait précisément refusé de prendre en charge le traitement, avec raison compte tenu des conclusions de l'expert. Elle n'a donc pas à en assumer les conséquences.

8. a) Au vu de ce qui précède, l'intimée n'est pas tenue d'allouer des prestations pour la période postérieure au 7 avril 2014 en raison de l'accident du 23 décembre 2013. Cela étant précisé, il n'est pas exclu qu'elle doive allouer ses prestations postérieurement à cette date en raison d'un autre événement accidentel.

b) La notion d'accident au sens de l'art. 4 LPGa repose sur cinq éléments, ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable à la santé, le caractère soudain de l'atteinte, son caractère involontaire, un facteur extérieur et le caractère

extraordinaire de ce facteur extérieur (ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1). Les atteintes survenues à l'occasion d'actes médicaux peuvent constituer un accident si l'acte médical s'écarte considérablement de la pratique courante en médecine et qu'il implique de ce fait objectivement de gros risques. Une erreur de traitement peut être constitutive d'un accident dès lors qu'il s'agit d'une confusion ou maladresse grossière et extraordinaire, voire d'un préjudice intentionnel, avec lequel personne ne comptait ni ne devait compter (Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in Soziale Sicherheit, Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Vol. XIV, 3^e éd., Bâle 2016, n° 97 p. 923 ; Stéphanie Perrenoud, in Anne-Sylvie Dupont/Margit Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 36 ad art. 4, avec les références citées).

c) L'intimée n'a pas examiné si l'opération du 8 avril 2014 pouvait entraîner son obligation de prester au motif qu'elle constituait elle-même un événement accidentel. Au vu des constatations du Dr P._____, une telle éventualité doit être sérieusement envisagée. Dans la mesure où cette question n'a encore fait l'objet d'aucune détermination des parties ni d'aucun examen par l'intimée, la cause lui sera renvoyée pour quelle statue sur ce point et, cas échéant, qu'elle fixe l'étendue des prestations dues après avoir complété l'instruction. Si elle admet que l'opération du 8 avril 2014 constitue un accident au sens de l'art. 4 LPGA, l'intimée pourrait être amenée à se retourner contre le Dr S._____, en application de l'art. 72 al. 1 LPGA, ce qui ne relève toutefois pas de la compétence de la Cour de céans.

9. a) Le recours est par conséquent admis. La décision sur opposition du 26 octobre 2015 est annulée et la cause renvoyée à l'intimée, pour qu'elle alloue des indemnités journalières jusqu'au 7 avril 2014 et statue à nouveau sur le droit aux prestations pour la période postérieure à cette date au regard du caractère accidentel ou non des lésions survenues lors de l'opération du 8 avril 2014.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA).

c) Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, la recourante a droit à des dépens, qu'il convient d'arrêter à 2600 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif cantonal vaudois du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]) et de mettre à la charge de l'intimée (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision sur opposition rendue le 26 octobre 2015 par l'_____ SA est annulée, la cause lui étant renvoyée pour qu'elle alloue des indemnités journalières jusqu'au 7 avril 2014 et qu'elle statue à nouveau sur le droit aux prestations pour la période postérieure au regard du caractère accidentel ou non des lésions survenues lors de l'opération du 8 avril 2014.
- III.** L'intimée versera à la recourante une indemnité de dépens de 2600 fr. (deux mille six cents francs).
- IV.** Il n'est pas perçu de frais de justice.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Fortuna, Compagnie d'assurance de protection juridique SA (pour W._____),
- Me Patrick Moser (pour I._____ 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 :