

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 25 juin 2020

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente
MM. Gutmann et Perreten, assesseurs
Greffier : M. Favez

Cause pendante entre :

A. _____, à [...], recourante, représentée par Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à Lucerne, intimée.

Art. 6, 10 et 16 LAA ; art. 45 al. 1 LPGA

E n f a i t :

A. A._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 196 [...], a travaillé en qualité d'ouvrière de production au taux d'activité de 100 % pour B._____ SA. A ce titre, elle était assurée contre le risque d'accidents auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA, la SUVA ou l'intimée).

Par déclaration du 25 août 2011, B._____ SA a annoncé à la CNA un accident survenu à l'assurée le 27 juillet 2011, soit une chute dans la baignoire.

L'assurée a consulté dans un premier temps le Dr P._____, spécialiste en médecine interne générale, qui a commandé une arthro-IRM (imagerie par résonance magnétique) de l'épaule droite. Dans son rapport du 2 septembre 2011, le Dr C._____, spécialiste en radiologie, a conclu que les éléments ressortant de l'IRM suggéraient une tendinopathie, voire d'une rupture partielle intratendineuse du sus-épineux au niveau de la surface articulaire. Il existait également une suspicion d'une lésion de type SLAP (*Superior labrum anterior posterior*, déchirure du labrum [bourrelet] supérieur). En revanche, il n'y avait pas de rupture transfixiante démontrable.

Selon un rapport du 7 septembre 2011, le Dr P._____ a indiqué que l'intéressée s'était tapée l'épaule droite, épaule dont la palpation et la mobilisation étaient douloureuses (en rotation interne et externe). Les radiographies et l'ultrason avaient révélé une rupture partielle du tendon sus-épineux de la grande tubérosité de l'humérus (environ 30 %).

La CNA a pris en charge le cas (cf. courrier du 29 décembre 2011).

Dans un rapport du 25 janvier 2012, le Dr D._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé les diagnostics de bursite sous-acromiale droite et de rupture partielle non transfixiante du tendon du sus-épineux droit.

L'assurée a séjourné à la Centre de réadaptation E._____[...] du 18 avril au 22 mai 2012. Le rapport de cet établissement du 18 juin 2012 a notamment la teneur suivante :

« **DIAGNOSTICS SUPPLEMENTAIRES**

- Contusion de l'épaule droite le 27.07.2011
- Tendinopathie du supra-épineux droit, associée à une discrète bursite sous-acromiale droite
- Lésion de type SLAP II du labrum de l'épaule droite

[...]

APPRECIATION ET DISCUSSION

A l'admission la patiente déclare des douleurs permanentes de l'épaule, qui prennent un caractère insomniant durant la nuit, s'aggravant à l'effort également surtout en rotation interne, qui est quasi impossible selon elle. Le minimum de douleurs est coté à 5/10. Le maximum, à 9/10. La douleur serait météo-dépendante elle est décrite comme brûlure qui touche tout le moignon de l'épaule.

À l'examen clinique on est face à une patiente droitrière qui présente une légère amyotrophie de la fosse supra-épineuse à la palpation. La colonne cervicale présente une mobilité libre et indolore. Les amplitudes articulaires de l'épaule droite sont limitées en actif; quasi-complètes en passif. La différence concerne la rotation interne. Un arc douloureux entre 90°-120° d'abduction et de flexion. Les tests de coiffe des rotateurs montrent une coiffe compétente mais sont tous douloureux. Tests de conflit sous-acromial montrant une douleur sous-acromiale, surtout le Hawkins. Dans une moindre mesure le Yocum est également douloureux. Examen neurologique sp.

La RX de l'épaule droite du 21.08.2011 montre une hyperdensité osseuse au niveau du trochiter, avec absence d'autre lésion osseuse. Absence de signe d'omarthrose. L'arthro-IRM de l'épaule droite du 02.09.2011 met en évidence un hypersignal en regard du tendon du supra-épineux distal, faisant évoquer une tendinopathie avec une probable déchirure interstitielle, absence d'amyotrophie avec infiltration graisseuse, musculaire. Sur les coupes transverses il y a une fuite de liquide au niveau supéro-antérieur de la glène qui pourrait traduire une lésion de type SLAP. Le long chef du biceps se trouve dans la gouttière et est intact. Petite lame de liquide au niveau sous-acromial.

Une nouvelle arthro-IRM du 27.04.2012 met en évidence une désinsertion labrale supérieure s'étendant antérieurement et supérieurement de midi jusqu'à 2 h, et correspond donc à un SLAP II A, sans lésion capsulo-labrale antérieure et sans lésion associée de la coiffe des rotateurs, si ce n'est une très discrète altération de la

surface bursale du tendon du supra-épineux, avec minime bursite sous-acromio-deltoïdienne.

Une infiltration de l'articulation gléno-humérale droite avec des corticoïdes (Kénacort 40 mg) réalisée le 27.04.2012 n'a pas diminué la symptomatologie douloureuse.

Selon l'avis de notre orthopédiste-consultant, il n'y a pas d'indication opératoire au vu du contexte, en particulier l'absence d'amélioration avec l'infiltration. Cependant, si les douleurs devaient toujours être très invalidantes, après la prise en charge intensive avec adaptation de l'antalgie, on pourrait proposer un avis auprès du service du Prof. Farron à Lausanne.

A._____ a été présentée à notre consultant-psychiatre le 26.04.2012. Il n'est pas retenu de diagnostic psychopathologique chez une patiente dont la surcharge d'inquiétudes paraît congruente à la réalité de la situation, tant sur le plan des douleurs que sur le plan professionnel.

Sur le plan médicamenteux, le traitement de Tramadol a été mal toléré et le relais par du Zaldiar a été inefficace, raison pour laquelle il a été introduit du Co-Dafalgan associé à du Triptyzol 10 mg au coucher. En raison de l'introduction de cette dernière bi-thérapie, un traitement de Valium qui a été instauré par son médecin-traitant a été arrêté. Durant la fin du séjour, la patiente prenait rarement ses réserves de Co-Dafalgan, malgré la persistance des douleurs. Nous insistons sur le fait de prendre ces réserves afin d'arriver à une bonne couverture antalgique, avant d'envisager la prise d'autres médicaments.

En physiothérapie, A._____ a suivi un programme (Cf. rapport) à visée d'amélioration de la mobilisation de l'épaule droite, ainsi que de l'antalgie, par l'utilisation de TENS local. Au terme du séjour, la patiente déclare ne pas ressentir de changement dans sa symptomatologie douloureuse. Objectivement, il y a une amélioration de la mobilité passive de l'épaule. Par contre, pour ce qui concerne la mobilisation active, il y a peu d'amélioration. Au PILE test la patiente n'arrive à porter aucun poids. La manœuvre bras-tendus est tenue 8" (à l'entrée 9"). Le score fonctionnel normal de l'épaule selon Constant, pour l'épaule s'améliore de 7/100 pts (44.3/100 pts) en fin de séjour. Néanmoins, en fin de séjour il a été observé une meilleure intégration du membre supérieur droit dans les AVQ. Concernant la douleur, l'utilisation de TENS local semble efficace, raison pour laquelle nous proposons la poursuite de cette thérapie à domicile. Il n'est pas prévu la poursuite de la physiothérapie en ambulatoire.

Sur le plan socioprofessionnel, chez cette patiente travaillant comme ouvrière non qualifiée, qui a reçu sa lettre de licenciement au 27.07.2012. On peut s'attendre à terme à ce que la patiente puisse reprendre son activité à 100 %. La situation n'est actuellement pas complètement stabilisée, raison pour laquelle nous proposons une reprise progressive débutant le 04.06.2012, à 50 % pendant trois semaines, qui pourra être réévaluée par son médecin-traitant. Les limitations actuelles sont les mouvements répétitifs au niveau et au-dessus des épaules, les ports de charges en position de porte-à-faux.

En résumé, dix mois après une contusion de l'épaule droite, chez une patiente de 51 ans, ouvrière non qualifiée, il persiste des

douleurs de l'épaule ainsi qu'une limitation fonctionnelle. Le diagnostic d'une lésion de type SLAP IIa du labrum, avec une discrète tendinopathie du supra-épineux droit et une minime bursite sous-acromio-deltoïdienne de l'épaule droite est retenu. Une infiltration de corticoïdes dans l'articulation gléno-humérale n'a pas diminué la douleur. Sur le plan orthopédique, il n'y a pas d'indication chirurgicale actuellement. Il est relevé une meilleure intégration du membre supérieur droit, au terme du séjour. Objectivement, il y a une amélioration de la mobilisation passive et dans une moindre mesure active de l'épaule, ce qui devrait permettre à la patiente une reprise progressive du travail pour des activités à niveau d'établi. Entre-temps nous proposons l'utilisation de TENS antalgique localement, qui semble efficace chez cette patiente. A. _____ a été instruite à l'utilisation du TENS à domicile.

INCAPACITE DE TRAVAIL DANS LA PROFESSION ACTUELLE D'OUVRIERE NON QUALIFIEE

- 100 % du :18.04.2012 au 03.06.2012.
- 50 % du 04.06.2012 au 24.06.2012.
- 0 % dès le 25.06.2012 »

Dans un rapport du 12 juillet 2012, le Dr F. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé le diagnostic de tendinopathie du versant articulaire du sus-épineux à l'épaule droite avec bursite sous-acromiale.

L'assurée a été opérée le 17 août 2012 par le Dr F. _____, en raison d'une tendinopathie post-traumatique.

Le 25 janvier 2013, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI) en raison d'une contusion et d'une tendinopathie du sus-épineux à l'épaule droite.

Selon le rapport de l'employeur à l'office AI du 12 février 2013, l'assurée occupait le poste d'ouvrière polyvalente (verre et montage instruments). Son salaire mensuel AVS s'élevait à 3'600 francs. Elle s'est trouvée en incapacité de travail depuis le 22 août 2011. En annexe à ce rapport figure une lettre du 27 avril 2012 selon laquelle l'assurée a été licenciée de son emploi pour le 31 juillet 2012.

Dans un rapport du 7 mars 2013, le Dr F._____ a posé le diagnostic de tendinopathie post-traumatique du sus-épineux. Selon lui, le pronostic était bon à moyen terme, relevant que l'évolution était marquée par une épaule gelée. L'activité habituelle n'était plus exigible.

Dans un avis du 17 avril 2013, le Dr G._____, médecin au Service médical régional de l'AI (SMR), a fixé les limitations fonctionnelles suivantes : « pas de travaux avec les membres supérieurs au-dessus de l'horizontale ». Il a estimé que la capacité de travail était est nulle dans l'activité adaptée, mais totale dans une activité adaptée.

Dans un rapport du 23 mai 2013, le Dr F._____ a écrit que, subjectivement, l'assurée restait très plaintive. Le pronostic restait bon à moyen-long terme.

L'assurée a fait l'objet d'un examen par le médecin d'arrondissement de la CNA le 5 juin 2013. Le Dr H._____, spécialiste en chirurgie, a constaté que la situation n'était pas satisfaisante et difficilement compréhensible ; il proposait un nouveau séjour à la Centre de réadaptation E._____.

L'assurée a de nouveau séjourné à la Centre de réadaptation E._____ du 19 juin au 17 juillet 2013. Selon le rapport de cet établissement du 17 juillet 2013, les diagnostics posés étaient les suivants :

- « - Capsulite rétractile de l'épaule droite
- Contusion de l'épaule droite le 27.07.2011
- Tendinopathie du supra-épineux droit associée à une discrète bursite sous-acromiale droite
- Lésion de type SLAP II du labrum de l'épaule droite
- 17.08.12 : arthroscopie diagnostique par voie ouverte avec excision de la partie supra-épineuse droite »

En outre, les médecins de la Centre de réadaptation E._____ ont également écrit ce qui suit :

« Les examens radiologiques montrent : des RX de l'épaule droite ont été effectués pendant le séjour. Il est noté la présence de petites calcifications adjacentes en projection du tendon du supra-épineux. Morphologie et densité osseuse dans les limites de la norme. Une arthro IRM effectuée le 25.06.2013 mettent en évidence un status post opératoire du supra-épineux. Pas de lésion franche de lésion du bourrelet, notamment la lésion SLAP visualisée sur la dernière IRM n'est plus visible.

Les diagnostics suivants ont été posés au cours du séjour :

Sur le plan orthopédique : capsulite rétractile de l'épaule droite.

[...]

Les plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquent principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour (...).

Des facteurs contextuels influencent négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par la patiente. En effet, elle semble s'accommoder de son oisiveté actuelle. Le comportement d'exclusion du bras D et entretenu par une mauvaise compréhension de sa problématique, due aux difficultés de langue, et l'absence de stimulation externe pour freiner la passivité et les comportements d'autolimitations.

[...]

L'évolution subjective et objective est (...) non significative.

La participation du patient aux thérapies a été considérée comme moyenne : la patiente est ponctuelle mais à un tel point centrée sur la douleur qu'il n'a pas été possible de mettre sur pied un programme de rééducation fonctionnelle qui se tienne.

Aucune incohérence n'a été relevée.

La situation n'est pas stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles. Une poursuite de la physiothérapie est proposée.

Une stabilisation médicale est attendue dans un délai de : 6-9 mois.

Il est difficile de se prononcer sur les limitations fonctionnelles, tant que la situation médicale n'est pas stabilisée. Actuellement il existe des limitations dans les activités répétitives avec le MSD, les activités au-dessus de l'horizontale et le port de charge.

Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité est défavorable (facteurs médicaux retenus après l'accident et facteurs non médicaux cités ci-dessus). Les chances de réintégration professionnelle semblent minces.

Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles ci-dessus est défavorable en raison des facteurs non médicaux cités ci-dessus (semblent s'accommoder de son oisiveté actuelle, comportement d'exclusion du bras D, mauvaise compréhension de sa problématique, absence de stimulation externe pour freiner la passivité et les comportements d'autolimitations). »

Dans un rapport du 12 septembre 2013, le Dr F._____ a fait état d'une nette amélioration en comparaison à son contrôle du 17 juin 2013. Le pronostic était bon.

Dans un rapport du 7 janvier 2014, le Dr F._____ a indiqué que depuis novembre 2013, les douleurs persistaient. Il précisait que dans l'occupation de lingère, un poste nécessitant des mouvements au-devant du corps, la capacité de travail était de 50 % depuis novembre 2013. Elle était entière depuis le 1^{er} septembre 2013 dans une occupation adaptée, comme un travail de bureau, sans port de charges lourdes et de mouvements en hauteur avec le membre supérieur droit. Selon ce médecin, il n'y avait pas de limitations fonctionnelles, les limitations étant purement antalgiques.

Dans un rapport du 23 janvier 2014 à la CNA, le Dr F._____ a indiqué que sur le plan subjectif et objectif, l'évolution était stationnaire depuis plus de six mois. L'assurée se plaignait d'omalgies droites qui entravaient l'élévation d'objets lourds et l'élévation du bras à partir de 90°. Le pronostic était réservé.

Dans un nouveau rapport du 30 janvier 2014, le Dr F._____ a posé le diagnostic d'omalgies résiduelles droites.

Le 5 mars 2014, l'assurée a de nouveau fait l'objet d'un examen par le médecin d'arrondissement de la CNA (Dr H._____), dont l'appréciation était la suivante :

« Nous nous trouvons à plus de 2 ½ ans après une chute avec traumatisme de l'épaule D et à 1 ½ ans environ d'une arthroscopie diagnostique de l'épaule D mettant en évidence des surfaces articulaires physiologiques, un tendon du biceps normal, une petite anomalie du bourrelet antérieur et un aspect légèrement irrégulier de la portion distale du tendon du sus-épineux. Cette intervention a été poursuivie ensuite, par voie ouverte, par la désinsertion du bord trochantérien du tendon du sus-épineux, l'excision de sa partie lésée puis la réinsertion de ce tendon sus-épineux à l'aide de deux ancrs Corkscrew.

Dans les suites opératoires, développement d'une capsulite rétractile de l'épaule D.

Actuellement, la situation est stabilisée depuis environ six mois.

Subjectivement, la patiente se plaint de douleurs la réveillant la nuit en moyenne 3x/semaine en particulier lorsqu'elle se tourne sur l'épaule D. Durant la journée, au repos, petite douleur constante augmentant à la moindre sollicitation de l'épaule D.

Objectivement à l'examen clinique, limitation en actif de l'abduction à 110°, de l'antépulsion à 100°. En passif, la patiente ne nous laisse pas aller au-delà de 160° d'abduction ou d'antépulsion, sans blocage ressenti. Test de Jobe possible et bien tenu à 140° avec arc douloureux entre 140° et 20° à D. Limitation de la rotation externe à 20° et de la rotation globale interne avec le pouce n'atteignant que L3. Probable légère diminution de la force de la rotation externe ou interne de l'épaule D coudes au corps et importante diminution de la force de cette épaule D au test du portefeuille.

Du point de vue asséculo-logique, la situation est stabilisée. Les limitations fonctionnelles d'une activité adaptée sont : pas de mouvement du bras D au-dessus du niveau des épaules, pas de fréquents mouvements du bras D éloignée du tronc entre 0° et 90°, pas de port de charges de plus de 1 kg bras D éloigné du tronc, pas de mouvement répétitif contre résistance de rotation interne et externe de l'épaule D coudes au corps, pas de port fréquent de charge de plus de 5 kg avec le MSD. Dans une telle activité, la capacité de travail de la patiente est entière.

À noter qu'après leur avoir donné les explications quant à l'exigibilité sus-définie, la patiente et sa fille se sont déclarées en total désaccord avec mon estimation de cette exigibilité.

Reste à la charge de la Suva, le traitement médicamenteux antalgique prescrit pour l'épaule D et toujours si prescrite, jusqu'à 2 x 9 séances de physio-thérapie antalgique pour l'épaule D.

L'IpAI [indemnité pour atteinte à l'intégrité] fait l'objet d'une appréciation séparée. »

Le 27 mars 2014, la CNA a écrit à l'assurée que, de l'avis de son service médical, elle était apte à reprendre son activité antérieure. Elle mettrait donc fin au paiement des indemnités journalières au 30 avril 2014, le droit à une rente étant nié. Une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10 % était octroyée.

Le 10 avril 2014, le Dr F. _____ a écrit à la CNA pour l'informer qu'en sa qualité de chirurgien orthopédiste, il ne pouvait que partager l'avis du médecin d'arrondissement quant à la capacité de l'assurée à reprendre une activité adaptée et allégée à temps complet. Néanmoins il expliquait qu'en tant que médecin traitant qui voyait régulièrement l'assurée en consultation, dont les plaintes douloureuses

étaient inchangées depuis de nombreux mois, il se voyait contraint de lui octroyer une incapacité partielle de travail de 50 %.

Par lettre du 17 avril 2014, l'assurée a indiqué à la CNA qu'elle contestait l'appréciation du médecin d'arrondissement s'agissant de sa capacité de travail dans son activité habituelle.

Par décision du 25 avril 2014, la CNA a alloué à l'assurée une IPAI de 10 % et a suivi l'avis de son médecin d'arrondissement en ce sens qu'elle considérait que, de façon théorique étant donné le licenciement, l'assurée était apte à reprendre son activité antérieure. Elle maintenait donc la fin des indemnités journalières au 30 avril 2014. Elle indiquait toutefois qu'elle prendrait en charge un traitement médicamenteux antalgique prescrit pour l'épaule droite et jusqu'à 2 x 9 séances de physiothérapie antalgique pour l'épaule droite par année.

Selon une « feuille-accident LAA » de mai 2014, la capacité de travail de l'assurée était totale dès le 9 mai 2014.

Dans un avis du 13 mai 2014, le Dr I._____, du SMR, a suivi le médecin d'arrondissement de la CNA et a retenu une capacité de travail totale dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, se distançant toutefois en ce sens qu'il considérait que l'activité de lingère n'est pas une activité adaptée et a rejoint à ce sujet le Dr F._____ en admettant une capacité travail de 50 % dans l'activité habituelle de lingère depuis le mois de novembre 2013 et une capacité de travail entière dans une activité adaptée depuis le 1^{er} septembre 2013.

Par téléphone du 12 septembre 2014, la fille de l'assurée a annoncé à la CNA que sa mère était de nouveau en arrêt de travail.

Le 15 septembre 2014, le Dr F._____ a écrit ceci au médecin d'arrondissement de la CNA :

« Je me permets de vous écrire concernant l'assurée susnommée que vous avez examinée le 05.03.2014. Je ne reviens pas sur ses antécédents que vous connaissez bien.

A. _____ m'a consulté ce 11.09.2014. Elle me rapporte une évolution stationnaire, à savoir des omalgies droites qui apparaissent en élévation active du membre au-delà de 90° en antépulsion et à partir de 80° en abduction. Les omalgies sont exacerbées par les mouvements au-devant du corps ou lors du soulèvement de charges et deviennent insomniantes.

L'examen clinique du 11.09.2014 est totalement superposable à celui de l'an passé. L'élévation active est possible jusqu'à 90° en antéflexion, puis des douleurs apparaissent qui semblent émaner de l'espace sous-acromial ce qui entrave l'élévation active. En actif assisté l'élévation atteint 140° et s'accompagne d'assez fortes douleurs. En abduction, les mêmes douleurs apparaissent à partir de 80°, en actif assisté on atteint 140°. Au relâchement du membre, la manœuvre (sic) de Hawkins est souple et indolore. La rotation externe est symétrique et de bonne force. La rotation interne est douloureuse et atteint L5. Le Lift off est négatif. Le lobe est affaibli, mais le tendon est compétent. Le test du biceps est conservé.

Cet examen clinique parle en faveur d'une cause mécanique de type impingement.

J'ai procédé à des radiographies, que je vous joins sur CD-ROM, qui mettent en évidence deux calcifications ovalaires qui ressemblent plus à des corps libres qu'à des calcifications infra-tendineuses. Leur présence pourrait expliquer les plaintes de l'assurée.

Au vu de cela et des douleurs ressenties, A. _____ a été mise à l'arrêt total de travail.

Je propose une extraction de ces corps libres si cela est possible par arthroscopie, sinon par une voie mini-open.

Je vous saurai gré de confirmer que la SUVA accepte la prise en charge de ladite intervention. »

Par déclaration du 30 septembre 2014, l'assurance-chômage a annoncé à la CNA un accident, survenu le 11 septembre 2014. Sous la rubrique « Description de l'accident », on y lisait : « Tombé baignoire salle de bain ».

Par lettre du 13 octobre 2014, la CNA a informé l'assurée qu'elle considérait l'annonce d'un accident faite par la caisse de chômage comme étant celle d'une rechute.

Par correspondance du 27 novembre 2014, la CNA a informé qu'elle verserait une indemnité journalière à l'assurée.

L'assurée a de nouveau été opérée par le Dr F._____ le 28 novembre 2014. Dans son rapport relatif à cette opération, le Dr F._____ pose le diagnostic de calcification intra-tendineuse du sus-épineux deux ans après réinsertion du tendon du sus-épineux. Il a également indiqué que l'arthroscopie articulaire démontrait une chondropathie stade III des surfaces, précisant que le long chef du biceps (LCB) était en place.

Dans un avis du 4 mars 2015, le Dr I._____ a considéré qu'on ne pouvait considérer la situation comme stabilisée étant donné la nouvelle opération subie par l'assurée.

Dans un rapport du 19 février 2015, le Dr F._____ a signalé l'apparition d'ossifications invalidantes du tendon du sus-épineux qui avait motivé l'excision d'une des deux ossifications par voie ouverte et une réinsertion du tendon le 28 novembre 2014. L'évolution était très lentement favorable avec la persistance d'omalgies importantes à l'élévation. La reprise du travail n'était pas prévue.

Dans un compte-rendu d'un entretien du 25 février 2015 entre un inspecteur-accidents de la CNA et l'assurée, on peut lire que l'assurée, inscrite au chômage, n'a pas repris d'activité professionnelle depuis son licenciement de chez B._____ SA, hormis deux stages de deux semaines et d'un mois, à la suite d'un placement par la Fondation [...] dans un magasin de chaussures et dans le secteur expédition d'une fabrique de crème de visage.

Dans un rapport du 25 février 2015, le Dr J._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé le diagnostic d'ankylose au décours après opérations itératives du sus-épineux de l'épaule droite, trois mois après la deuxième intervention. Ce rapport se conclut comme il suit :

« En dépit des plaintes de la patiente, on doit considérer que l'évolution actuelle est plutôt encourageante, avec une restitution des amplitudes certes encore incomplète mais s'inscrivant déjà dans

un périmètre utile, en tout cas dans les activités domestiques. Il n'y a pas lieu de proposer une nouvelle intervention qui ne ferait qu'exacerber la situation. À mon sens, l'ossification résiduelle ne doit pas jouer un rôle déterminant. Il faut au contraire encourager la patiente à faire usage de son bras en l'accompagnant avec de la physiothérapie douce, de l'antalgie soutenue et éventuellement, une ou plusieurs infiltrations de l'espace sous-acromial. D'ici au mois de mai, une reprise partielle dans une activité adaptée devrait tout à fait être possible, le plus dur sera probablement de convaincre la patiente et son mari. Je n'ai pas prévu de revoir cette patiente. »

Dans un rapport du 25 mars 2015, le Dr F. _____ a indiqué que l'évolution était lentement favorable, mais que l'assurée présentait toujours des omalgies importantes à l'élévation du bras droit. Aucune activité lucrative n'était exigible, mais le médecin restait optimiste quant à une bonne évolution à moyen terme.

Le 8 juin 2015, le Dr H. _____ a procédé à l'examen final et dans son rapport du même jour. Il a conclu de la manière suivante :

« Nous nous trouvons à plus de 6 mois de la dernière intervention effectuée au niveau de l'épaule D. Il s'était agi d'une arthroscopie diagnostique avec bursectomie sous-acromiale puis excision par voie ouverte d'une calcification hétérotopique du tendon du sus-épineux, avec acromioplastie.

La situation est stabilisée.

Par rapport à l'examen à l'agence du 05.03.2014, la patiente présente les mêmes plaintes subjectives.

Objectivement à l'examen clinique, la patiente avait, en mars 2014, une abduction active de l'épaule à 110°, elle n'est actuellement plus que de 90°. La patiente avait en mars 2014 une antépulsion active à 100°, elle n'est plus actuellement que de 90°. En mars 2014, la patiente avait une abduction et une antépulsion passive à 160°, elles ne sont aujourd'hui plus de 90°. Le test de Jobe était possible en mars 2014 à 140°, il n'est plus possible aujourd'hui. Pour le reste, l'examen clinique de ce jour est superposable à celui de mars 2014.

Du point de vue asséculo-logique, l'examen clinique de ce jour justifie les mêmes limitations fonctionnelles d'une activité adaptée qui (sic) celle qui avait été déterminée en mars 2014 (pas de mouvement du bras D au-dessus du niveau des épaules, pas de fréquent mouvement du bras D éloigné du tronc entre 0 et 90°, pas de port de charges de plus de 1 kg bras D éloigné du tronc, pas de mouvement répétitif contre-résistance, de rotation interne et externe de l'épaule D coudes au corps, pas de port fréquent de charges de plus de 5 kg du MSD). Dans une telle activité, la capacité de travail de l'assurée est entière.

Restent à la charge de la Suva, le traitement médicamenteux antalgique prescrit pour l'épaule D tout en espérant que la patiente

arrivera à se sevrer du Tramal®. Reste également à la charge de la Suva, si prescrites, jusqu'à 2x9 séances de physiothérapie antalgique par année pour l'épaule D ; toute autre physiothérapie qu'antalgique lors d'éventuel épisode d'exacerbation transitoire de la symptomatologie douloureuse n'a en effet plus de sens.

La diminution d'abduction et d'antépulsion présentée actuellement par l'assurée par rapport à l'examen de mars 2014 justifie une réévaluation de l'IPAI. En effet, lors de l'examen à l'agence de mars 2014, la patiente avait une abduction et une antépulsion de respectivement 110 et 100° alors qu'elles ne sont plus de 90° actuellement. La patiente avait en mars 2014 une abduction et élévation passive de 160° alors qu'elles ne sont plus actuellement que de 90°. En mars 2014, le droit à l'IPAI avait été estimé à 10 % Ce jour avec une mobilité active limitée à 90°, le droit à l'IPAI est de 15 %. ».

Dans un avis du 20 octobre 2015, le Dr I. _____ a considéré qu'il fallait suivre les conclusions de la CNA et retenir ainsi que la capacité de travail était entière dans une activité adaptée aux limitations énoncées depuis le 8 juin 2015.

L'assurée a de nouveau été opérée par le Dr F. _____ le 8 avril 2016 pour une reprise et pour l'excision de l'ossification dans le tendon du sus-épineux.

Dans un rapport du 8 août 2016, le Dr F. _____ a indiqué que l'assurée était toujours très plaintive et que le pronostic était médiocre.

Par un projet de décision du 2 novembre 2016, l'office AI a informé l'assurée qu'il envisageait lui reconnaître le droit à une rente entière du 1^{er} juillet 2013 au 30 juin 2014, puis dès le 1^{er} septembre 2014, suite à une rechute, jusqu'au 30 septembre 2015.

Dans un courrier du 9 novembre 2016, la CNA a informé l'assurée qu'elle mettait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière au 30 novembre 2016, estimant que la guérison de celle-ci était suffisamment avancée pour justifier la clôture du cas de rechute. La CNA considérait que l'assurée pouvait travailler à temps complet dans une activité ne nécessitant pas de mouvement du bras droit au-dessus du niveau des épaules, pas de fréquent mouvement du bras

droit éloigné du tronc, pas de port de charges de plus de 1 kg avec le bras droit éloigné du tronc, pas de mouvement répétitif contre résistance, de rotation interne et externe de l'épaule droite coudes au corps et pas de port fréquent de charges de plus de 5 kg du membre supérieur droit.

Par correspondance du 27 novembre 2016, l'assurée a présenté des objections à ce courrier.

Dans une correspondance du 29 novembre 2016 à la CNA, le Dr F. _____ a requis de l'assurance qu'elle réexamine sa décision. Il écrivait notamment ceci :

« En effet, si « les derniers rapports médicaux » que vous mentionnez font allusion à mon rapport médical intermédiaire du 19.08.2016, vous conviendrez certainement que la patiente présente une restriction douloureuse et très importante de la fonction de son épaule droite.

Lors de la consultation du 23.11.2016, les restrictions de cette épaule perdurent et force est d'admettre que A. _____ a présenté une épaule gelée à la suite de la dernière intervention du 08.04.2016, épaule gelée qui perdure à ce jour. »

L'assurée a fait l'objet d'un nouvel examen par le médecin d'arrondissement (Dr O. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur). Celui-ci a ponctué son rapport du 24 février 2017 ainsi :

« L'assurée est vue après de 11 mois de la 3^{ème} intervention chirurgicale de l'épaule D.

L'assurée décrit n'avoir perçu aucun changement de l'état de son épaule D suite à cette opération. Persistance de douleurs et d'une raideur de l'épaule. Aucune amélioration n'est à attendre.

On peut considérer le cas comme stabilisé.

Sur le plan professionnel, l'assurée ne peut effectuer qu'un travail adapté aux limitations fonctionnelles qui ont déjà été décrites lors des deux derniers examens à l'agence. Elle doit éviter les activités qui impliquent une mobilité de l'épaule D au-delà de l'horizontale. Elle doit éviter le port de charges de plus de 5 kg et le soulèvement de charges de plus de 1 kg. Elle doit éviter les métiers qui impliquent des mouvements répétés de l'épaule D.

Une IpAI de 15 % lui a déjà été octroyée. »

Par décision du 17 mars 2017, la CNA a maintenu la fin des soins médicaux et de l'indemnité journalière au 30 novembre 2016 au soir. Elle a confirmé que la capacité de travail de l'assurée était totale dans une activité adaptée.

Dans un avis SMR du 12 avril 2017, le Dr I. _____ a, au vu notamment de l'examen final de la CNA, admis une capacité travail nulle dans l'activité habituelle depuis l'accident de juillet 2011 et une capacité de travail exigible de 100 % dans une activité strictement adaptée aux limitations retenues depuis le 30 novembre 2016. Il a estimé dès lors que les dates initiales de rente limitée dans le temps figurant dans le projet de décision devaient être modifiées en conséquence.

L'assurée a formé opposition à la décision de la CNA le 17 avril 2017.

Par décision du 19 juillet 2017, la CNA a rejeté l'opposition de l'assurée. Elle a considéré que la motivation de sa décision était suffisante pour que l'intéressée puisse comprendre en substance les tenants et aboutissants. De surcroît, elle a relevé que le type d'activité exigible de la recourante était resté identique tout au long de la procédure. Elle a en outre estimé que l'instruction était suffisante et que la précédente activité de la recourante était adaptée.

B. Par acte du 14 septembre 2017, A. _____, assistée par Me Jean-Michel Duc, a interjeté recours contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Elle a conclu, sous suite de dépens, au renvoi à la CNA pour versement de plus amples prestations, soit en l'état les frais de traitement et les indemnités journalières.

L'intimée a conclu au rejet par réponse du 21 novembre 2017. Elle se réfère à sa décision sur opposition.

S'agissant de la procédure d'assurance invalidité, dans un nouveau projet du 20 septembre 2017, l'office AI a informé l'assurée de son intention de lui octroyer une rente entière du 1^{er} juillet 2013 (6 mois après le dépôt de la demande) au 28 février 2017 (3 mois après l'amélioration de l'état de santé de l'assurée), projet confirmé par décision du 8 février 2018 qui a fait l'objet d'un recours auprès de la Cour de céans le 12 mars 2018 (AI 92/18 - 214/2020).

Dans la procédure d'assurance-accidents, à l'appui de sa réplique du 13 août 2018, la recourante produit un rapport du 8 août 2018 du Dr K._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Ce rapport se conclut ainsi :

« Nous avons longuement discuté sur le résultat de l'ultrason qui montre une tendinopathie au sablier de biceps (LCB). L'examen clinique montre que malgré que ces limitations fonctionnelles, il n'y a pas de capsulite car la rotation externe avec le coude au corps est augmentée.

À mon avis, la limitation est liée à la tendinopathie en sablier du LCB, qui avec la subluxation, entraîne une déchirure partielle du sous-scapulaire, ce qui confirme également l'examen clinique. Je pense que l'articulation acromio-claviculaire ne gêne que peu.

Il n'y a pas d'options de traitement, mis à part une chirurgie, ou rester comme cela. Elle a été informée du traitement chirurgical qui consisterait en une ténodèse une ténotomie du LCD, une réparation de sous scapulaire et une résection de la clavicule distale. Je lui ai bien précisé sur le fait qu'une 4^{ème} opération ne donne jamais les mêmes résultats qu'une première intervention. Elle a été informée sur les risques et complications éventuelles.

Le Prof. L._____, Radiologue spécialiste ostéo-articulaire à la Clinique M._____ a donné son avis sur les images de l'arthro-IRM du 29 novembre 2017. Vous trouverez ci-joint la copie de son rapport qui confirme mon diagnostic.

Pour des raisons asséurologiques, je ne peux pas effectuer cette intervention à la Clinique M._____ tant que la SUVA n'a pas donné son accord. Par conséquent, je vous laisse faire le nécessaire auprès d'eux. »

Le rapport du Prof. L._____, spécialiste en radiologie, du 16 juillet 2018 auquel le Dr K._____ se réfère a notamment la teneur suivante :

« Tu aimerais avoir un avis et une nouvelle lecture concernant une arthro-IRM de l'épaule droite réalisée le 29.11.2017.

Il n'y a pas d'évidence de re-déchirure du tendon supra-épineux. Pas d'évidence de lésion au niveau de l'infra-épineux. Irrégularités autour de la poulie bicipale et en particulier au niveau du ligament gléno-huméral supérieur qui est très hétérogène et probablement lésé au contact de la portion supérieure du tendon du sous-scapulaire. A cet endroit-là il y a une discrète tendinopathie du tendon du long chef du biceps dans la portion basse et antérieure de la poulie bicipale avec une discrète subluxation du tendon du long chef du biceps. Pas d'évidence de lésion de type SLAP mais récessus sous-labral s'étendant antérieurement de 11 h à 1 h avec une extension au niveau d'un foramen sous-labral antéro-supérieur entre 1 h et 2 h. Il faut savoir qu'il n'y a jamais d'extension d'un récessus au niveau d'un foramen et cela peut correspondre à une lésion de type SLAP II A.

Pas d'évidence de lésion du reste du tendon du sous-scapulaire. La trophicité musculaire des muscles de la coiffe des rotateurs reste excellente, sans signe d'amyotrophie ni d'infiltration graisseuse au niveau des sous-scapulaire, infra-épineux et petit rond. Amyotrophie de l'ordre de 20 à 30 % du supra-épineux avec une discrète infiltration graisseuse stade Goutalier I à II du supra-épineux mais sans infiltration graisseuse significative au niveau des autres muscles de la coiffe des rotateurs.

Discrète poussée congestive acromio-claviculaire. Pas d'évidence de lésion capsulo-labrale antéro-inférieure ou postérieure. Pas de lésion gléno-humérale cartilagineuse. Aspect de discrète synovite réactionnelle au niveau articulaire gléno-huméral.

En conclusion, ce que je peux dire c'est qu'il y a probablement une lésion de type SLAP étant donné l'extension de ce récessus sous-labral au niveau d'un foramen sous-labral antéro-supérieur. Il y a une petite irrégularité du sous-scapulaire supérieur au contact du ligament gléno-huméral supérieur, correspondant à une petite déchirure superficielle du tiers supérieur provoquant une subluxation du tendon du long chef du biceps qui présente des discrets signes de tendinopathie. »

La Dre N._____, spécialiste en chirurgie au Centre de compétence de la CNA, a rendu le 29 octobre 2018 une appréciation médicale qui a notamment la teneur suivante :

« **Appréciation**

A._____ subit suite à la chute dans sa douche le 27 juillet 2011 une contusion de l'épaule droite, dont l'évolution sera défavorable, qui motive une première opération le 17 août 2012. L'évolution reste défavorable avec le développement d'une capsulite rétractile, qui s'amendera progressivement.

Néanmoins la situation reste bloquée et au vu de la mise en évidence de deux calcifications intra-tendineuses, A._____ bénéficie de l'exérèse de ces deux calcifications, en 2014 et en 2016. Aucune évolution favorable et dans le cadre du recours interjeté, vu

la clôture du dossier au 30 novembre 2016 décidée par la Suva, un rapport médical établi le 8 août 2018 par le Docteur K._____, spécialiste en chirurgie orthopédique FMH, est produit.

Le Docteur K._____ suite à son examen clinique et les résultats de l'ultrasonographie pratiquée le 5 juillet 2018, retient « A mon avis, la limitation est liée à la tendinopathie en sablier du long chef du biceps, qui avec la subluxation, entraîne une déchirure partielle du sous-scapulaire, ce qui confirme également l'examen clinique ».

Le Docteur K._____ parle donc d'une tendinopathie en sablier du tendon du muscle long biceps. Nous rappellerons que cette tendinopathie consiste en une hypertrophie intra-articulaire du tendon qui devient incapable de glisser dans la gouttière bicipitale lors de l'élévation du bras.

[...]

Revenons à A._____, chez qui le Docteur K._____ en août 2018 retient une tendinopathie en sablier.

Au vu de ce qui est précité, nous avons à faire à une tendinopathie inflammatoire provoquée par un manque ou difficulté de glissement de ce tendon du muscle long biceps dans sa gouttière.

Nous savons que le tendon du muscle long biceps est lors de son trajet en intra-articulaire en contact étroit avec le tendon du muscle subscapulaire.

Toute atteinte du tendon du muscle subscapulaire se reporte sur le tendon du muscle long biceps.

Sur la figure 2 il est clairement établi que le tendon du muscle subscapulaire recouvre le tendon du long chef du biceps et permet ainsi de le maintenir dans sa gouttière - toit du tunnel.

Toujours selon Boileau & al., l'hypertrophie du long biceps en sablier est due à de multiples facteurs :

- Une hypertrophie fonctionnelle du fait d'une coiffe des rotateurs déficiente.
- Un processus inflammatoire secondaire à un frottement extra-articulaire (conflit antéro-supérieur avec la voûte acromiale.
- Un processus inflammatoire secondaire à un conflit intra-articulaire par friction répétée du tendon dans une gouttière parfois rétrécie ou étroite.

C'est vraisemblablement, ce dernier cas de figure que nous observons chez A._____. C'est-à-dire que s'il y a atteinte du toit de la gouttière - tendon du muscle subscapulaire, cela provoque un déséquilibre.

Lors d'atteinte partielle supérieure du tendon du muscle subscapulaire (Figure 2, flèche verte) il y a un élargissement de l'entrée du tunnel, puis un rétrécissement, provoquant un frottement du tendon contre la structure adjacente. Qui dit frottement dit inflammation, aboutissant à un long biceps en sablier.

Chez A._____ que ce soit :

- Lors de l'arthro-IRM de l'épaule droite du 2 septembre 2011, où le Docteur C._____ décrit « Le long chef du biceps est bien présent dans sa gouttière, il est intact. Aspect normal du tendon du sous scapulaire ».

- Ou lors de l'arthro-IRM de l'épaule droite réalisée en 2012 dans le cadre du séjour à la Centre de réadaptation E._____, où le Docteur [...] décrit « sans mise en évidence d'atteinte du versant transverse du long chef du biceps ».

- Ou encore lors de l'arthro-IRM réalisée en 2013, où ni une atteinte du tendon du muscle subscapulaire, ni une atteinte du long chef du biceps ne sont décrites, nous ne retrouvons donc à aucun moment une atteinte du tendon du muscle subscapulaire ou massive de la coiffe des rotateurs.

Il y a certes une atteinte de tendon du muscle du supra-épineux qui sera traitée en août 2012 et dont aucune récurrence ne sera mise en évidence par la suite.

Nous rappellerons encore que lors de cette même intervention du 16 août 2012, il est décrit « le tendon du biceps est normal » et « la coiffe des rotateurs ne présente pas d'anomalie visible ». Et c'est en novembre 2017, donc à environ 6 ans de l'événement du 27 juillet 2011 qu'il est décrit par le L._____, amené à réaliser une deuxième lecture de l'arthro-IRM réalisée, « Irrégularités autour de la poulie bicipitale et en particulier au niveau du ligament gléno-huméral supérieur qui est très hétérogène et probablement lésé au contact de la portion supérieure du tendon du sous-scapulaire. À cet endroit-là il y a une discrète tendinopathie du tendon du long chef du biceps dans la partie basse et antérieure de la poulie bicipitale avec une discrète subluxation du tendon du long chef du biceps » et encore « Il y a une petite irrégularité du sous scapulaire supérieure au contact du ligament gléno-huméral supérieur, correspondant à une petite déchirure superficielle du tiers supérieur provoquant une subluxation du tendon du long chef du biceps qui présente des discrets signes de tendinopathie ».

Ces atteintes du tendon du muscle subscapulaire droit et du long biceps en sablier sont objectivées en novembre 2017, soit 6 ans après la chute de A._____ dans sa douche.

Par conséquent, il est évident, que l'atteinte du tendon du muscle long biceps n'est pas en relation de causalité avec l'événement du 27 juillet 2011, puisque décrite seulement en novembre 2017.

Lors de son examen médical le 24 février 2017, à 11 mois de la dernière opération du 8 avril 2016, le Docteur O._____ estime la situation médicale stabilisée et définit des limitations fonctionnelles.

Nous rejoignons le Docteur O._____ sur ces deux points.

Quant au moment de la stabilisation médicale, le Docteur O._____ ne l'ayant pas précisé, nous sommes d'avis que cette stabilisation est atteinte au moment de l'examen en février 2017 et non en novembre 2016.

En effet, nous n'avons pas de documents médicaux auparavant qui nous permettent de la déterminer pour novembre 2016.

Pour rappel, Madame A._____ a subi sa 4^{ème} opération en avril 2016, bien que cette intervention se soit limitée à une excision d'une ossification du tendon du muscle supra-épineux, les tissus de cette épaule droite ont été disséqués une 4^{ème} fois et il est plausible qu'une aussi longue durée - 11 mois - soit nécessaire pour que la guérison/stabilisation soit obtenue.

Conclusions

La tendinopathie en sablier du tendon du muscle du long biceps, ainsi que la déchirure partielle du tendon du muscle du subscapulaire droits chez A._____, ne sont pas en relation de causalité avec l'événement du 27 juillet 2011 - chute dans la douche.

Dans les suites de cet événement et jusqu'en novembre 2017 il n'a été mis en évidence que ce soit sur l'iconographie ou lors des interventions chirurgicales chez A._____, ni une atteinte du tendon du muscle subscapulaire, ni une atteinte du tendon du muscle long biceps.

La seule atteinte vérifiée et traitée a été une atteinte interstitielle du tendon du supra-épineux. Il n'y a pas eu récurrence.

Nous rejoignons le Docteur O._____ quant à la stabilisation médicale et nous retenons cette dernière au moment de l'examen médical du 22 février 2017.

Nous estimons également que A._____ peut reprendre une activité professionnelle à 100 % dans une activité professionnelle adaptée respectant les limitations fonctionnelles établies en 2015. »

L'intimée, se fondant sur cet avis, déclare, dans une écriture du 31 octobre 2018, acquiescer très partiellement au recours en ce sens qu'il doit être reconnu que l'état de santé de la recourante était stabilisé au plus tard le 22 février 2017.

Le 8 février 2019, la recourante transmet un rapport du 24 janvier 2019 du Dr K._____. Elle amplifie ses conclusions, réclamant le remboursement des honoraires de son orthopédiste par 1'500 fr. pour le rapport précité. Le Dr K._____ se détermine sur l'appréciation médicale du 29 octobre 2018 de la Dre N._____ comme il suit :

« Je vous remercie pour votre courrier du 14.11.2018 et de m'avoir sollicité pour prendre position sur l'appréciation chirurgicale de la patiente susnommée, datée du 29.10.2018, par la Dre N._____, spécialiste FMH en chirurgie générale et traumatologie. Vous me demandez également de confirmer mes conclusions du 8 août 2018, l'existence du lien de causalité entre l'accident du 27.7.2011 et les limitations actuelles, notamment la tendinopathie du biceps en sablier, et de vous confirmer la présence d'une lésion SLAP est sans lien de causalité avec le même événement accidentel.

[...]

A la page 15, au premier paragraphe de son appréciation, je ne comprends pas pourquoi la Dre N._____ omet les diagnostics mentionnés par les radiologues en notant : « A._____ *subi suite à la chute dans sa douche le 27 juillet 2011 une contusion de l'épaule droite...* ». Elle n'a pas subi une contusion de l'épaule, mais une

déchirure partielle intra-articulaire du tendon supra épineux et une lésion SLAP.

[...]

Ainsi, l'action vulnérante suivie par A._____ est tout à fait adéquate pour provoquer une déchirure partielle de la coiffe et une lésion SLAP. L'association des 2 entités est d'ailleurs connue (47-65).

Je tiens tout d'abord à relever ici que la Dre N._____ ne parle aucunement dans son appréciation de la lésion SLAP. Pourtant cette lésion a été suspectée sur la première arthro-IRM datée du 2.9.2011, puis confirmée sur l'arthro-IRM et ultérieurement par le Prof. L._____, spécialiste FMH en radiologie et spécialiste en radiologie ostéoarticulaire (consilium daté du 20.11. 2012 demandé par le Centre de réadaptation E._____, en annexe). Cette lésion consécutive à l'accident est toujours présente, comme en atteste encore le Prof. L._____, dans son consilium du 5.7.2018, concernant l'arthro IRM du 29.11.2017, que je joins également en annexe. De plus, toujours dans son consilium, le Prof. L._____ parle d'une probable lésion du ligament gléno-huméral supérieur (LGHS) et de la partie supérieure du tendon sous-scapulaire, avec discrète sublaxation du long chef du biceps (LCB), qui présente à cet endroit une discrète tendinopathie.

[...]

Venons-en au biceps en sablier, ou hourglass biceps, notion introduite par Boileau (100, 101). La Dre N._____ explique bien dans son appréciation en quoi cela consiste. Ce diagnostic a été confirmé lors de l'ultrason effectué le 1.6.2018 à la Clinique M._____.

On sait que A._____ avait une déchirure partielle du tendon supra-épineux et une lésion SLAP. Prenons l'hypothèse qu'elle avait une lésion de la poulie avec déchirure partielle concomitante du tendon sous-scapulaire. L'association des lésions de la poulie bicipitale avec des lésions SLAP et des déchirures de la coiffe est connue (75). L'instabilité combinée médiale et latérale du LCB au niveau de la poulie est également connue (75, 76, 80). Lors d'une instabilité du LCB, le tendon bouge sur les tubérosités de la gouttière bicipitale comme un essuie-glace lors d'une rotation externe ou interne du bras, augmentant la surface de friction, avec des dégâts complémentaires sur le tendon (80, 102). D'ailleurs, la taille du LCB est augmentée à son entrée dans la gouttière bicipitale lors d'une lésion de la poulie (75). L'association entre un biceps en sablier et une lésion de la poulie est également notée jusque dans 27.3% des cas (75). L'association entre une déchirure partielle du tendon supra-épineux et un biceps en sablier a également été mentionnée par celui qui a décrit cette entité (100).

Force est de constater qu'il y a une progression des troubles dégénératifs du LCB avec le temps, avec augmentation de l'épaisseur du tendon dans la poulie, malgré une réparation réussie de la coiffe (103). Additionnellement, un accroissement de la vascularisation autour du LCB dans la gouttière bicipitale est corrélé avec des symptômes douloureux persistants, malgré le succès de la réparation. On peut donc expliquer pourquoi A._____ a continué à avoir des douleurs malgré un tendon supra-épineux étanche.

En fait, son tendon du LCB est devenu hypertrophique avec le temps, en raison du frottement engendré par sa subluxation dynamique.

D'ailleurs, deux signes auraient dû orienter sur une origine des douleurs provenant du LCB. Lors de sa consultation du 7.9.2011, le Dr P. _____ avait noté la présence de douleurs en rotation interne et externe (page 2 de l'appréciation de la Dre N. _____), ce qui est typiquement un signe d'atteinte du LCB au niveau de la gouttière bicipitale. Dans son examen médical du 2.4.2012, le Dr H. _____, spécialiste FMH en chirurgie et médecin d'arrondissement de la SUVA, note des douleurs à la palpation du sillon delto-pectoral, mais qui sont en réalité des douleurs au niveau de la gouttière bicipitale (page 3 de l'appréciation de la Dre N. _____).

A la page 20 de son appréciation, la Dre N. _____ mentionne, que dans le rapport opératoire du Dr F. _____, du 16.8.2012 "le tendon du biceps est normal". Il faut néanmoins savoir qu'une lésion du LCB peut facilement être ratée lors d'une arthroscopie de l'épaule si le tendon n'est pas tiré dans l'articulation et que sa portion intertuberculaire n'est pas examinée avec un crochet palpateur (104).

En résumé, suite à son accident du 27.7.2011, A. _____ a subi une déchirure partielle du tendon supra-épineux et une lésion SLAP (confirmées suite aux arthro-IRM effectuées), ainsi qu'une lésion de la poulie bicipitale avec micro-instabilité dynamique du LCB (non visible à l'IRM). Cette dernière a non seulement perduré, ce qui a conduit au développement d'un LCB en sablier, mais aussi à une déchirure partielle du tendon sous-scapulaire.

Pour répondre à votre question, en tenant compte de ce que j'ai expliqué plus haut, il y a clairement un lien de causalité entre l'accident du 27.7.2011 et les lésions subies par A. _____ (soit la déchirure partielle du tendon supra-épineux, la lésion SLAP, une lésion de la poulie bicipitale avec, consécutivement, un biceps en sablier et une déchirure partielle du tendon sous-scapulaire) ainsi que ses limitations fonctionnelles (cf. ma lettre du 8.8.2018, car je n'ai pas revu la patiente).

Comme noté dans ma lettre du 8.8.2018, vu l'échec du traitement conservateur, la seule option est la chirurgie, qui consisterait en une ténodèse ou une ténotomie du LCB, une réparation du sous-scapulaire, et une résection de la clavicule distale. J'ai bien précisé le fait qu'une 4ème opération ne donne jamais les mêmes résultats qu'une première intervention. Elle a été informée sur les risques et complications éventuelles.

En espérant avoir répondu à votre demande et en restant à disposition pour des renseignements complémentaires, je vous prie d'agréer, Cher Maître, mes meilleures salutations. »

Le 28 mars 2019, l'intimée maintient ses précédentes conclusions. Elle produit une nouvelle appréciation médicale du 13 mars 2019 de la Dre N. _____ dans laquelle elle écrit notamment ce qui suit :

« Le Docteur K. _____ poursuit en dissertant sur l'action vulnérante subie par A. _____, qui est décrite le 7 septembre 2011 par le Docteur P. _____ de la sorte « chute dans sa baignoire. S'est tapé l'épaule droite et s'est tordu le bas du dos et la crête iliaque droite », et le Docteur K. _____ persévère en définissant le genre de traumatismes qui peut engendrer une atteinte de la coiffe des rotateurs ou de SLAP. Nous nous accordons partiellement avec le Docteur K. _____.

Toutefois nous ne pouvons retenir que le choc direct sur l'épaule - A. _____ s'est tapé l'épaule - puisse entraîner une atteinte de la coiffe des rotateurs.

En effet, pour rappel, un tendon est un cordon fibreux très résistant qui permet au muscle de s'insérer sur l'os et est l'élément essentiel pour le déclenchement du mouvement articulaire ainsi que pour la transmission de la force musculaire.

Selon la littérature, les tendons de même que les muscles et les os démontrent une certaine résistance mécanique qui dépend du niveau d'entraînement physique d'une personne. Ce qui sous-entend que l'entraînement physique mène au renforcement des structures précitées. Mais en mettant régulièrement à contribution et de manière exagérée ces mêmes structures, cette résistance mécanique peut être dépassée, entraînant l'apparition de remaniements microscopiques [1 ; 2 ; 3].

Toujours selon la littérature, la répétition d'une élongation du tendon de 3-8% de sa longueur initiale provoque des transformations structurelles manifestes. La structure microscopique du tendon est interrompue, les fibres collagènes se séparent et il apparaît un clivage. Cliniquement, il se manifeste une inflammation avec œdème et douleur [4 ; 5].

De ces différents changements résulte ce qu'on appelle une tendinose ou une tendinopathie qui correspond en fait à une dégénérescence localisée du tendon [8].

Du point de vue épidémiologique, il est connu que la résistance à la traction d'un tendon après 35 ans diminue de façon importante et que la prévalence d'atteinte dégénérative du tendon est estimée entre 15 et 100 %.

En revenant sur les ruptures tendineuses, il a été démontré que seules des charges de traction peuvent provoquer une rupture tendineuse accidentelle.

Les mécanismes appropriés qui peuvent entraîner de telles tractions sur la coiffe des rotateurs sont les luxations de l'épaule antéro-inférieures, de même que pour le tendon du supra-épineux les chutes sur le bras en arrière et en extension. Par contre, la chute directe sur l'épaule ou un impact sur un bord acéré ne peuvent pas léser la coiffe des rotateurs.

Exceptionnellement des contractions musculaires importantes peuvent être à l'origine d'une rupture tendineuse accidentelle pour autant qu'au moins 50 % du tendon présente des modifications dégénératives [6 ; 7].

En plus, il a été établi que l'atteinte de la coiffe des rotateurs suite à une dégénérescence tendineuse est bien supportée et reste longtemps asymptomatique, des mécanismes compensatoires ayant le temps de se mettre en place.

Par ailleurs, il n'y a pas de corrélation entre ces changements et la symptomatologie clinique, ce qui signifie qu'il peut y avoir atteinte tendineuse sans symptomatologie, ni diminution de la fonction.

A l'inverse des lésions dégénératives, les lésions traumatiques de la coiffe des rotateurs présentent une symptomatologie aiguë avec d'emblée une impotence fonctionnelle majeure avec au maximum un tableau d'épaule pseudo paralytique.

Nous peinons à suivre le Docteur K. _____ quand il atteste « l'action vulnérante subie par A. _____ est tout à fait adéquate pour provoquer une déchirure partielle de la coiffe et une lésion SLAP ».

En effet, de la documentation à disposition nous savons que A. _____ a chuté dans sa douche, la réception sur l'épaule n'est pas explicitement décrite - s'est tapé l'épaule, encore moins une réception sur la main le bras tendu ou autres.

Quant à la citation du Docteur K. _____ « l'association des deux entités est d'ailleurs connue », nous ne voyons pas en quoi cela appuie le fait que l'action vulnérante est adéquate.

Par la suite, Le Docteur K. _____ relève que nous n'avons pas abordé l'atteinte de SLAP, ce qui est tout-à-fait correct et qui peut être expliquée de la façon suivante ; Cette atteinte SLAP

- Est visualisée lors de l'IRM en septembre 2011 : « Mise en évidence d'un défaut à travers le bourrelet antérieur et supérieur traduisant une lésion de type SLAP » ;

- Confirmée sur l'IRM réalisé le 27 avril 2012 « une désinsertion labrale supérieure s'étendant antérieurement et supérieurement de midi jusqu'à 2 heures, et correspond donc à un SLAP II A, sans lésion capsulo-labrale antérieure et sans lésion associée de la coiffe des rotateurs, si ce n'est une très discrète altération de la surface bursale du tendon du supra-épineux avec minime bursite sous-acromio-deltoïdienne » ;

- Infirmée ou non objectivée sur l'IRM réalisée le 25 juin 2013 « Pas d'image franche de lésion du bourrelet, notamment la lésion SLAP visualisée sur la dernière IRM n'est plus visible. » ;

- Pas mentionnée dans le rapport médical du Docteur K. _____ établi le 8 août 2018 « la limitation est liée à la tendinopathie en sablier du long chef du biceps, qui avec la subluxation, entraîne une déchirure partielle du sous-scapulaire, ce qui confirme également l'examen clinique ».

- Lors de son avis au Docteur K. _____ relatif à l'IRM de l'épaule droite réalisée le 29 novembre 2017, le Professeur L. _____ décrit « Pas d'évidence de lésion de type SLAP mais récessus sous-labral s'étendant antérieurement de 11 h à 1 h avec une extension au niveau d'un foramen sous-labral antéro-supérieur entre 1 h et 2 h. Il faut savoir qu'il n'y a jamais d'extension d'un récessus au niveau d'un foramen et cela peut donc correspondre à une lésion de type SLAP II A ».

Nous, personnellement, ne visualisons pas d'atteinte SLAP, et du fait que le Docteur K. _____ n'en avait pas fait mention dans son premier rapport médical du 8 août 2018, nous n'avons pas jugé nécessaire de traiter le sujet.

Pour rappel, l'événement subi par A. _____ a eu lieu en 2011, cette dernière a été suivie par le Docteur F. _____ et c'est seulement en 2018 que le Docteur K. _____ a été consulté.

L'hypothèse émise par le Docteur K. _____ a son sens, bien que les différentes associations que le Docteur K. _____ cite, ne sont de loin pas fréquentes (pourcentage bas), nous pourrions sûrement y adhérer, seulement chez A. _____ il n'est objectivé ni une atteinte SLAP avérée et ni une partielle ou plutôt si, une atteinte partielle mais de type intra-tendineuse du tendon du muscle supra-épineux.

En considérant, le rapport du Docteur K. _____ est en effet plein de vérités, mais qui malheureusement ne peuvent pas s'appliquer à A. _____, puisqu'elle n'a subi ni une atteinte de SLAP, ni une atteinte partielle du versant articulaire du tendon du muscle supra-épineux, mais une atteinte partielle de type intra-tendineuse du tendon du muscle supra-épineux.

Nous ne pouvons pas nous écarter des conclusions de notre appréciation médicale établie le 17 octobre 2018

Conclusion

Dans l'appréciation médicale établie par le Docteur K. _____ le 24 janvier 2019, nous ne trouvons aucun argument remettant en cause les conclusions de notre appréciation médicale du 17 octobre 2018.

A. _____ présente une atteinte intra-tendineuse du tendon du muscle supra-épineux et une tendinopathie en sablier du tendon du muscle du long biceps, sans atteinte de SLAP avérée.

Seules des charges de traction peuvent provoquer une rupture tendineuse accidentelle. A. _____ s'est tapé l'épaule. »

Le 14 mai 2019, la recourante transmet un rapport du 13 mai 2019 du Dr K. _____. Elle amplifie ses conclusions, réclamant le remboursement des honoraires de son orthopédiste par 100 fr. pour le rapport précité. Dans le rapport précité, le Dr K. _____ se réfère à un article intitulé « *Lésions transfixiantes dégénératives ou traumatiques de la coiffe des rotateurs* » paru dans le Forum médical suisse (Forum Med Suisse. 2019;19(1516):260-267), émanant de membres du groupe d'experts suisse en chirurgie de l'épaule et du coude selon lequel un choc direct sur l'épaule sans réception sur le membre supérieur en extension est apte à générer une lésion transfixiante. Il maintient en outre qu'il existe une lésion SLAP.

Le 20 juin 2019, la recourante requiert la mise en œuvre d'une expertise judiciaire et confirme ses conclusions.

Dans une ultime écriture du 9 juillet 2019, l'intimée maintient ses conclusions, refuse la prise en charge des honoraires du Dr K. _____ et s'oppose à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. Elle transmet une nouvelle appréciation du 4 juin 2019 de la Dre N. _____. Celle-ci est d'avis que dans l'article susmentionné, les experts décrivent 5 critères factoriels impliquant tous un mécanisme de traction. Elle dit peiner à concevoir qu'un choc direct mette en jeu une traction. La Dre N. _____ conteste encore l'existence d'une lésion SLAP.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

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

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-accidents pour la période postérieure au 30 novembre 2016.

3. Les modifications de la LAA introduites par la novelle du 25 septembre 2015 (RO 2016 4375), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017, ne sont pas applicables au cas d'espèce. Selon le ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification (RO 2016 4388), les prestations d'assurance allouées pour les accidents qui sont survenus avant l'entrée

en vigueur de la modification du 25 septembre 2015 sont en effet régies par l'ancien droit.

4. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

b) L'art. 4 LPGA définit l'accident comme 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. La notion d'accident repose donc 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). En outre, l'atteinte doit s'inscrire dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec le facteur extérieur extraordinaire.

c) 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).

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). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement 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 peut arriver qu'une cause interne soit à l'origine d'un accident ou, à tout le moins, qu'elle en favorise la survenance. En pareille hypothèse, l'événement accidentel doit cependant pouvoir être considéré comme étant la cause directe et adéquate de l'atteinte à la santé ou du décès pour que l'on puisse retenir la présence d'un accident au sens juridique du terme (ATF 142 V 435 consid. 2).

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

ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (TF 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.2 et les références citées).

5. a) L'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LPGA).

b) L'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident a aussi droit à une indemnité journalière (art. 16 al. 1 LAA). Le droit naît le troisième jour qui suit celui de l'accident ; il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA).

6. a) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

b) L'assureur social, et le juge des assurances sociales en cas de recours, doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

c) Pour pouvoir se prononcer sur le droit à des prestations, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant des documents émanant d'autres spécialistes, pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les autres références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c ; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1).

d) D'après la jurisprudence, le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3). Une valeur probante doit également être accordée aux appréciations émises par les médecins de la CNA, car, selon la jurisprudence, cette institution n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, une entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et les références citées ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

S'agissant enfin des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculo-logique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

Une valeur probante doit également être accordée aux appréciations émises par les médecins de la CNA, car, selon la jurisprudence, cette institution n'intervient pas comme partie dans un cas

concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, une entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et les références citées ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

7. a) Dans son recours, au mois de septembre 2017, la recourante expose que son état n'est pas stabilisé. Elle annonce qu'elle est sur le point de consulter un spécialiste de l'épaule, ce qu'elle a fait en la personne du Dr K._____. Le premier rapport de celui-ci est daté du 8 août 2018. Ce médecin expose avoir vu la recourante plusieurs fois à sa consultation et avoir longuement discuté sur le résultat d'un ultrason pour aboutir à un diagnostic de tendinopathie en sablier du biceps qui, avec la subluxation, entraînait une déchirure partielle du sous-scapulaire.

Or, comme le relève la Dre N._____, un tel diagnostic n'a jamais été posé auparavant (appréciation médicale du 29 octobre 2018). Au contraire, à l'arthro-IRM de l'épaule droite du 2 septembre 2011, le Dr C._____ a indiqué que le long chef du biceps était bien présent dans sa gouttière et qu'il était intact. Le tendon sous-scapulaire présentait un aspect normal. L'arthro-IRM pratiquée lors du premier séjour de la recourante à la Centre de réadaptation E._____ a montré une déchirure du labrum supérieur s'étendant sur son versant antérosupérieur sans mettre en évidence d'atteintes du long chef du biceps (rapport du 18 juin 2012 qui se réfère à cette deuxième arthro-IRM effectuée le 27 avril 2012, soit pendant le séjour). La troisième arthro-IRM du 25 juin 2013 (second séjour à la Centre de réadaptation E._____); cf. rapport du 17 juillet 2013) a révélé que les tendons du sous-scapulaire, du sous-épineux et du petit rond étaient normaux, l'aspect du long chef du biceps étant conservé. Lors de l'opération du 16 août 2012, le Dr F._____ a remarqué que le tendon du biceps était normal et que la coiffe des rotateurs ne présentait pas d'anomalie visible (rapport opératoire du 17 août 2012).

Force est donc de constater que le diagnostic posé par le Dr K. _____ dans son premier rapport ne l'avait jamais été auparavant par les spécialistes consultés, y compris par le premier orthopédiste consulté par la recourante. On voit dès lors mal que l'atteinte, révélée ou réapparue en 2018, soit plus de sept ans après l'accident, soit en relation de causalité avec celui-ci.

b) Se prononçant à son tour sur cette appréciation (rapport du 24 janvier 2019), le Dr K. _____ s'étonne du diagnostic de contusion posé par la Dre N. _____ dans son appréciation médicale du 29 octobre 2018. Or, ce diagnostic se retrouve dans nombre de rapports antérieurs aux appréciations de la Dre N. _____ (cf. notamment rapports de la CRR des 18 juin 2012 et 17 juillet 2013). Il y a lieu de s'y fier.

Le Dr K. _____ relève ensuite que la Dre N. _____ n'évoque pas le diagnostic de lésion SLAP. Il ne l'avait pas fait non plus dans son premier rapport. Il l'a fait dans son deuxième avis du 24 janvier 2019 alors que le conseil de la recourante lui avait demandé de confirmer la présence d'une telle lésion. Il s'agit d'une requête pour le moins suggestive qui n'a pas sa place dans un contexte asséculo-logique. Cela étant, le Dr K. _____ se fonde notamment sur le rapport du Prof. L. _____ du 16 juillet 2018. Celui-ci a été établi plus de huit mois après l'arthro-IRM du mois de novembre 2017, soit après le dépôt du recours. On s'étonne d'ailleurs du délai entre cette arthro-IRM et le dépôt du premier rapport du Dr K. _____ en août 2018. Le rapport du Prof. L. _____ n'est pas aussi affirmatif puisque celui-ci écrit qu'il n'y a pas d'évidence de lésion de type SLAP, ajoutant qu'il déduisait de l'extension d'un récessus au niveau d'un foramen qu'il pouvait y avoir une telle lésion. Celle-ci peut être réfutée dans la mesure où elle n'a plus été rapportée depuis le second rapport de la Centre de réadaptation E. _____ (rapport du 17 juillet 2013), étant précisé que l'arthro-IRM effectuée le 25 juin 2013 a montré que la lésion SLAP visualisée sur la dernière IRM (27 avril 2012) n'était plus visible. On relève aussi que lors des premiers examens, la lésion SLAP n'était que suspectée (rapport d'arthro-IRM du 2 septembre 2011 du Dr C. _____), le

Dr D._____, premier orthopédiste consulté ne la retenant pas dans son rapport du 25 janvier 2012. D'ailleurs dans sa réplique, la recourante n'est pas très affirmative sur l'existence d'une lésion SLAP puisque, si elle invoque une telle lésion, elle ajoute souffrir « à tout le moins d'une déchirure du tendon sous-scapulaire ». Or, à cet égard, une telle lésion a été écartée par les examens pratiqués après l'accident comme relevé ci-dessus.

c) Même si les médecins de la Centre de réadaptation E._____ ne nient pas les atteintes à la santé, ils relèvent des facteurs contextuels qui influencent négativement les aptitudes fonctionnelles. Leur rapport du 17 juillet 2013 est éloquent. Ils relèvent que la recourante « semble s'accommoder de son oisiveté actuelle », qu'elle entretient un « comportement d'exclusion » de son bras droit et fait preuve d'autolimitation. Au final, l'évolution subjective et objective est « non significative » pour les spécialistes en réadaptation de la Centre de réadaptation E._____. Cette situation a perduré (cf. examen final du Dr H._____ du 8 juin 2015). C'est dans ce contexte subjectif que doit être apprécié la persistance des plaintes de la recourante.

d) Reste que, selon l'appréciation médicale de la Dre N._____ du 29 octobre 2018, il demeurerait une atteinte interstitielle du tendon du sus-épineux, à l'exclusion de la tendinopathie en sablier du tendon du muscle du long biceps, de la déchirure partielle du tendon du muscle du subscapulaire droit et d'une hypothétique lésion SLAP. Selon la Dre N._____, l'atteinte interstitielle du tendon du sus-épineux doit être considérée comme stabilisée au 22 février 2017 (appréciation médicale du 29 octobre 2018). Elle se réfère à cet égard au rapport du Dr O._____ du 24 février 2017). Ce rapport intervient onze mois après la troisième intervention chirurgicale de l'épaule droite. A cette occasion, la recourante a expliqué au Dr O._____ n'avoir perçu aucun changement de l'état de son épaule droite suite à cette opération. L'auteur du rapport en a conclu qu'il n'y avait aucune amélioration à attendre et que le cas pouvait être considéré comme stabilisé. Ce raisonnement, fondé sur l'analyse des

pièces médicales au dossier et sur l'examen de la recourante mérite d'être confirmé.

L'intimée a adhéré à la conclusion de la Dre N._____. Elle propose de réformer sa décision en conséquence, ce qui peut être confirmé.

e) En définitive, le recours doit être très partiellement admis et la décision entreprise réformée en ce sens que le terme du paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière est arrêté au 28 février 2017.

8. La recourante a requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire (écriture du 20 juin 2019). Le dossier est toutefois complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause (cf. consid. 7 ci-dessus). Il n'y a dès lors pas lieu de donner suite à la mesure d'instruction requise. En effet, l'autorité peut renoncer à accomplir certains actes d'instruction si, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves, elle est convaincue que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne peuvent plus modifier cette appréciation (appréciation anticipée des preuves ; ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

9. a) Sur le vu de ce qui précède, le recours doit être très partiellement admis, ce qui entraîne la réforme de la décision attaquée.

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

c) N'obtenant gain de cause que dans une mesure très restreinte, la recourante ne saurait prétendre à des dépens (art. 61 let. g LPGA).

d) La recourante requiert en outre la prise en charge par l'intimée des notes d'honoraires établies par le Dr K._____ (1'500 fr. [note du 24 janvier 2019] et 100 fr. [note du 13 mai 2019]).

aa) L'art. 45 al. 1 LPGA prévoit que les frais de l'instruction sont pris en charge par l'assureur qui a ordonné les mesures. A défaut, l'assureur rembourse les frais occasionnés par les mesures indispensables à l'appréciation du cas ou comprises dans les prestations accordées ultérieurement. Tel est notamment le cas lorsque l'état de fait médical ne peut être établi de manière concluante que sur la base de documents recueillis et produits par la personne assurée, si bien que l'on peut reprocher à l'assureur de n'avoir pas établi, en méconnaissance de la maxime inquisitoire applicable, les faits déterminants pour la solution du litige (TF 8C_354/2015 du 13 octobre 2015 consid. 6.1 ; 9C_136/2012 du 20 août 2012 consid. 5 ; ATF 115 V 62).

bb) En l'occurrence, les rapports du Dr K._____ n'ont eu, comme le démontre la motivation du présent arrêt, aucune influence sur l'issue du présent litige. Sans ces documents, le résultat aurait été le même. En particulier, la très légère adaptation de la décision entreprise ne repose que sur l'appréciation médicale du 29 octobre 2018 de la Dre N._____. Les frais médicaux, dont la recourante entend obtenir le remboursement, n'étaient dès lors pas indispensables à l'appréciation du cas au sens de l'art. 45 al. 1 LPGA. Ils ne doivent pas être pris en charge par l'intimée.

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I. Le recours déposé le 12 mars 2018 par A._____ est très partiellement admis.
- II. La décision sur opposition rendue le 19 juillet 2017 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est

réformée en ce sens que le terme du paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière est fixé au 28 février 2017.

III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Jean-Michel Duc (pour la recourante),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (intimée),
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :