

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 4 mars 2021

Composition : Mme DESSAUX, présidente
Mmes Brélaz Braillard et Di Ferro Demierre, juges
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

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

et

J._____, à Lausanne, intimée.

Art. 6 al. 1 et 36 al. 1 LAA ; 11 OLAA

E n f a i t :

A. Z._____, née en [...] (ci-après : l'assurée ou la recourante), était employée depuis le 1^{er} janvier 2008 en qualité de nettoyeuse pour la D._____. A ce titre, elle était assurée obligatoirement contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de J._____ (ci-après : l'assureur-accidents ou l'intimée).

Selon la déclaration d'accident-bagatelle LAA remplie par son employeur, l'assurée a glissé à son domicile le 21 septembre 2008 et s'est cogné l'épaule gauche en tombant.

Les premiers soins ont été donnés le 6 octobre 2008 par le Dr L._____, généraliste FMH, lequel a constaté à l'examen clinique, une abduction complète mais douloureuse de l'épaule, et a prescrit des antalgiques et anti-inflammatoires ainsi que des séances de physiothérapie. L'assurée n'a pas bénéficié d'arrêt de travail.

Le cas a été pris en charge par l'intimée, laquelle a remboursé deux factures, dont celle du Dr L._____. Le traitement étant terminé et l'accident ayant été annoncé en cas bagatelle, il n'a été procédé à aucune investigation médicale complémentaire.

Selon la déclaration de sinistre du 13 octobre 2011, adressée dans un premier temps à M._____, l'assurée a annoncé une rechute et une interruption de son travail depuis le 7 octobre 2011. Elle a produit un rapport radiologique du 21 septembre 2011 après IRM (imagerie par résonance magnétique) de l'épaule gauche, signé du Dr Q._____ du V._____ (ci-après : V._____), relevant notamment ce qui suit :

"Status post-chute sur l'épaule gauche en 2008. Depuis, péjoration progressive de scapulalgies, actuellement également à caractère nocturne. Coiffe, capsulite ?

[...]

Aspect globalement préservé des tendons du sus-épineux, sous-épineux et sous-scapulaire de même que des jonctions tendino-musculaires et trophicités respectives. Le tendon du long chef du biceps apparaît également sans particularité, situé normalement au

sein de la gouttière. Aspect irrégulièrement tronché à sa base du bourrelet glénoïdien antérieur sur son quart supérieur avec un aspect plus continu dans sa moitié inférieure accompagné par un très discret épaissement inflammatoire loco-régional. Le bourrelet glénoïdien postérieur apparaît sans particularité. Acromion de type II à discrète convexité supérieure avec un espace sous-acromial limité mesuré à 7 mm. Ebauche de quelques petites lésions millimétriques géodiques kystiques sans composante inflammatoire en regard de la gouttière bicipitale.

Lame d'épanchement articulaire dans les limites encore physiologiques sans synovite ni bursite. Articulation acromio-claviculaire sans particularité tout comme les tissus péri-articulaires.

CONCLUSION

Tenant compte du status post-traumatique anamnestique il y a 3 ans, suspicion d'une déchirure ancienne partiellement cicatrisée du bourrelet glénoïdien antérieur dans son quart supérieur, accompagnée par de discrets signes d'irritation loco-régionaux. Par ailleurs, pas d'anomalie significative des tendons de la coiffe."

Dans un rapport médical initial LAA du 10 octobre 2011, le Dr L._____ constatait une abduction complète mais douloureuse à angle droit et posait le diagnostic d'ancienne déchirure du bourrelet glénoïdien. Il attestait une incapacité de travail totale dès le 23 septembre 2011.

Dans un rapport médical du 10 octobre 2011 adressé au Dr K._____, chirurgien orthopédiste FMH, le Dr G._____, spécialiste en neurologie, indiquait que, du point de vue strictement neurologique, il n'avait constaté aucune anomalie. Il confirmait l'intégralité des troncs circonflexe et supra-scapulaire à gauche et précisait qu'il n'y avait pas d'indices pour une souffrance plexulaire ou radiculaire.

Dans un rapport radiologique sur arthro-IRM de l'épaule gauche du 14 octobre 2011 adressé au Dr K._____, le Dr R._____ de l'Institut de radiologie T._____ [...] indiquait comme conclusion :

"Discrète tendinopathie tout à fait distale du sus-épineux sans déchirure ni anomalie de la trophicité de ce muscle. Image additionnelle de contraste à l'insertion capsulo-labrale du long chef du biceps évoquant un SLAP de type II ou III. Pas de lésion décelable du sous-scapulaire."

Dans un rapport médical du 22 novembre 2011 à l'intimée, le Dr K. _____ confirmait les diagnostics de lésion SLAP (en français : lésion antéro-postérieure du labrum supérieur) et de lésion du sous-scapulaire à l'épaule gauche. Il mentionnait une reprise du travail à 100 % le 3 novembre 2011. Faisant valoir que la situation perdurait depuis trois ans, il proposait néanmoins un traitement chirurgical et requérait l'accord du médecin-conseil de J. _____ pour la prise en charge de cette opération. Était annexé à ce rapport, un courrier du Dr K. _____ du 10 novembre 2011 au médecin-conseil de M. _____, dans lequel il exposait que sa patiente avait chuté dans les escaliers avec le bras en abduction le 21 septembre 2008, que les séances de physiothérapie n'avaient pas eu grand succès et qu'actuellement elle avait des douleurs antérieures mais aussi postérieures. Il précisait également que le nouveau status était superposable au dernier, que l'assurée avait toujours une faiblesse au Belly-press résisté et au Bear-hug et que la faiblesse sur les rotateurs externes était toujours présente mais moins importante.

Le 5 décembre 2011, le Dr W. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin-conseil de J. _____, a pris position sur les questions concernant la relation de causalité et les facteurs externes, comme suit :

“Le problème dans ce dossier est que d'après le Dr K. _____, la patiente se serait retenue avec son MS.
De plus, elle aurait toujours été en traitement, mais les factures seraient parties au mauvais endroit ([...]). Il y aurait donc un problème de continuité de traitement.
De plus, vu son âge (30 ans), une lésion dégénérative du labrum de l'épaule est peu vraisemblable.
De plus une telle lésion est souvent difficile à diagnostiquer par un médecin interniste et même par un spécialiste, ce qui entraîne souvent des retards de traitement approprié, de plusieurs mois.
En conclusion, si l'on croit la version du Dr K. _____, il est probable que la patiente a fait une subluxation antérieure ayant induit une lésion du labrum +/- distension du sous-scapulaire. Cela serait donc une lésion accidentelle.
C'est pourquoi, il se discute de prendre en charge l'opération prévue, au moins à but diagnostic, et plus si ces lésions se confirment.”

Par communication du 17 janvier 2012, l'intimée a accepté de prendre en charge le traitement chirurgical proposé par le Dr K._____, à bien plaisir et sans préjudice de droit pour l'avenir.

L'assurée a été opérée le 7 février 2012. Le protocole opératoire rédigé par le Dr K._____ retient les diagnostics de déchirure de type SLAP IV à l'épaule gauche, avec anse de seau du labrum supérieur et prolongation de la déchirure au niveau du long chef du biceps (LCB), de prolongation de la déchirure de type SLAP avec déchirure du labrum antérieur et déchirure avec distension des ligaments gléno-huméraux moyen (LGHM) et supérieur (LGHS) à l'épaule gauche ainsi que de déchirure partielle du tendon sous-scapulaire à l'épaule gauche.

Dans un rapport médical LAA du 27 juin 2012, le Dr S._____, spécialiste en médecine interne, nouveau médecin traitant de l'assurée, a indiqué comme diagnostics une tendinopathie avec déchirure des tendons suite à une chute dans les escaliers il y a quatre ans et une dépression grave. Il précisait que l'assurée était en incapacité de travail à 50 % pour atteinte somatique (Dr K._____) et à 50 % en raison de la dépression. Les traitements consistaient en physiothérapie et psychothérapie auprès du Dr B._____.

Dans un avis médical du 2 juillet 2012, le Dr W._____ indiquait notamment que le traitement avait un lien de causalité naturelle probable avec l'accident du 21 septembre 2008, qu'il s'agissait d'une aggravation passagère et que le *statu quo ante* ou *sine* serait probablement atteint en automne 2012.

Dans un rapport médical du 23 juillet 2012 adressé au Dr K._____, le Dr G._____ mentionnait notamment ce qui suit :

"Sur la base de l'ensemble de ces éléments, je retiens pour l'heure un bilan clinique et neuromyographique rigoureusement physiologique au niveau du membre supérieur gauche hormis une discrète limitation mécanique résiduelle au niveau de l'épaule gauche avec une composante antalgique non négligeable.

Il n'y a en tout cas pas de souffrance tronculaire périphérique ni d'évidence pour une atteinte plus proximale tant radiculaire que plexulaire pour rendre compte de la symptomatologie actuelle. On peut sans autre poursuivre des mesures de physiothérapie.”

Le rapport établi le 25 juillet 2012 par la Dre P._____ de l'Institut radiologique T._____ [...] après arthro-IRM de l'épaule gauche du 20 juillet 2012 retenait dans sa conclusion une déchirure partielle de la face profonde du tendon supra-épineux (visualisée uniquement en position ABER et sans rétractation tendineuse), une intégrité des tendons sous-scapulaire et tendon du long chef du biceps, et une probable redéchirure du labrum antéro-supérieur.

Dans un rapport médical LAA du 31 août 2012, le Dr K._____ relevait que sa patiente se plaignait toujours de douleurs et disait qu'elle n'arrivait pas à travailler, les douleurs étant ressenties même dans les tâches ménagères. Au status, il notait notamment une dyskinésie de l'omoplate. Le praticien précisait que le traitement par physiothérapie était toujours en cours et qu'il était trop tôt pour se prononcer sur la durée de celui-ci. Il excluait le port de charges, le travail en hauteur et le travail répétitif, préconisait que l'assureur s'adresse à l'employeur pour qu'il procure à l'assurée un travail approprié et indiquait qu'il était également trop tôt pour dire s'il y avait un dommage permanent à craindre.

Mandaté par J._____, le Dr H._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et expert certifié SIM, a rendu un rapport d'expertise le 12 décembre 2012, dont il ressort les éléments suivants :

“Appréciation du cas et diagnostics

[...]

En date de l'expertise, je constate une assurée qui ne présente pas d'amyotrophie du membre supérieur gauche, qui présente une mobilité subnormale, qui se plaint énormément de son bras, et je constate de nombreuses incohérences lors du status, vis-à-vis de la mobilité ou de l'utilisation de son bras gauche.

En date de l'expertise, soit à six mois de l'intervention chirurgicale, il persiste des douleurs certaines, mais l'évaluation des douleurs à 9/10 lors des plaintes de la patiente semble excessive. Il y a clairement une modification de la thymie qui retentit sur l'expression des douleurs. La patiente se décrit comme déprimée, avec un diagnostic de dépression grave de la part du médecin traitant avec un traitement médicamenteux X.

[...]

Je rappellerai que l'interprétation du labrum, et de la région bicipito-labrale est particulièrement difficile, même lors d'examen par arthro-IRM. Il faut également rappeler que cette région est sujette, en particulier la région antéro-supérieure à d'innombrables variations anatomiques, compliquant ainsi le diagnostic arthrographique. Dans le même ordre, on peut se demander clairement si les variations anatomiques ou si ces discrètes lésions visualisées lors de l'arthroscopie sont clairement responsables d'une certaine symptomatologie douloureuse.

En l'état lors de l'expertise je suis frappé par l'importance des plaintes douloureuses, l'état dépressif, et je pense qu'avant un quelconque autre geste chirurgical, il y a lieu de pratiquer à la fois un bilan et une prise en charge psychiatrique chez cette assurée extrêmement déprimée.

Réponses aux questions

[...]

Question 4 : Diagnostics ?

- Contusion de l'épaule gauche le 21 septembre 2008.
- SLAP IV de l'épaule gauche possiblement en relation avec l'événement du 21 septembre 2008.
- Syndrome douloureux de l'épaule gauche d'étiologie multifactorielle.
- Suspicion d'un état dépressif à confirmer par un psychiatre.

Question 5 : Question relative à la causalité.

Question 5.1 : L'accident ou la lésion corporelle assimilée est-il l'unique cause ou existe-t-il d'autres conditions pour une relation de causalité avec l'atteinte à la santé constatée (conditio sine qua non) ? Le cas échéant selon quel degré de vraisemblance ?

Je rappellerai que la SLAP II est clairement traumatique. Les autres SLAP sont souvent des malformations dégénératives acquises ou des lésions constitutionnelles. L'imagerie, soit l'IRM et les deux arthro-IRM successifs n'ont jamais clairement mis en évidence une lésion de type SLAP II. Il a par contre été mis en évidence une hétérogénéité de la région bicipito-labrale.

Je rappellerai que la lésion de SLAP IV est une lésion relativement rare, oscillant selon les séries de 3.5% à 15% de toutes les SLAP.

[...]

Autant avant l'intervention chirurgicale de février 2012 qu'après, les plaintes exprimées par l'assurée ont été suffisamment importantes et atypiques pour justifier de deux examens neurologiques successifs qui ont chaque fois été dans les limites de la norme.

On peut se demander effectivement, si les plaintes de l'assurée correspondent vraiment aux lésions qui ont été visualisées sur l'IRM lésions, somme toute tout à fait mineures à l'arthro-IRM.

La mise en évidence de la discrète hétérogénéité sur l'IRM de septembre 2011, puis sur l'arthro-IRM du 14 octobre 2011 ne sont

en relation de causalité naturelle que possible avec l'événement du 21 septembre 2008, survenu pratiquement trois ans plus tôt.

Question 5.2 : Existe-t-il des facteurs étrangers à l'accident (états antérieurs tels que conséquences d'accidents antérieurs ou de maladie ; maladies concomitantes, etc.) lesquels ?

En date de l'expertise il existe manifestement des plaintes qui sont sans rapport avec les investigations radiologiques montrant une discrète hétérogénéité du labrum gauche. Il existe par contre un syndrome somatoforme douloureux chronique qu'il y a lieu d'investiguer. [...]"

Dans un avis médical du 4 mars 2013, le Dr W. _____ a notamment indiqué qu'il était d'accord avec les conclusions de l'expertise du Dr H. _____, que le diagnostic finalement retenu était une douleur du membre supérieur droit sans substrat somatique dans le cadre d'un état dépressif, que le *statu quo ante* ou *sine* était atteint en 2008, ce qui entraînait pour conséquences que toutes les investigations et les traitements entrepris depuis 2011 n'étaient pas à la charge de l'assureur-accidents.

Par décision du 12 mars 2013, J. _____ a refusé à l'assurée tout droit aux prestations d'assurance pour les troubles à la santé pour lesquels celle-ci avait consulté dès 2011, en considérant qu'ils n'étaient pas en relation de causalité, au moins probable, avec l'accident du 21 septembre 2008.

Le 27 mars 2013, l'assurée a contesté la décision de l'assureur-accidents, en faisant valoir que les troubles qu'elle présentait à l'épaule gauche ne résultaient pas d'une maladie mais bien de l'accident du 21 septembre 2008.

Par décision sur opposition du 16 avril 2013, J. _____ a rejeté l'opposition et confirmé sa décision du 12 mars 2013.

B. Par acte du 17 mai 2013, Z. _____ a recouru contre la décision sur opposition du 16 avril 2013, requérant la mise en œuvre

d'une expertise judiciaire et concluant à la prise en charge par J. _____ de la rechute annoncée le 13 octobre 2011.

Par réponse du 14 juin 2013, l'intimée a conclu au rejet du recours.

Les parties ont maintenu leurs conclusions dans leurs écritures ultérieures.

Par arrêt du 3 septembre 2014 (CASSO AA 54/13 - 93/2014), la Cour de céans a annulé la décision sur opposition du 16 avril 2013 et renvoyé la cause à l'intimée pour instruction complémentaire, aux motifs que l'expertise orthopédique du 12 décembre 2012 n'avait pas la valeur probante requise par la jurisprudence et que sur le plan psychique, le lien de causalité entre l'accident du 21 septembre 2008 et l'état dépressif actuel de l'assurée n'avait pas été examiné par l'intimée.

En date du 15 janvier 2015, l'intimée a mandaté en qualité d'expert le Dr C. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, et donnant suite à une interpellation du conseil de l'assurée du 27 janvier 2015, a précisé par courrier du 3 février 2015 que l'expert était titulaire d'un diplôme de la SIM, ce qui garantissait sa neutralité, et que le nombre de mandats confiés par elle à cet expert était peu élevé. L'expert a déposé un rapport d'expertise orthopédique le 14 mai 2015. Après prise de connaissance du dossier médical de l'intimée ainsi que du dossier radiologique fourni par la recourante, suivie d'une anamnèse et d'un examen clinique, complétés par un bilan radiologique standard complémentaire des deux épaules effectués le 20 mars 2015, d'une IRM comparative des deux épaules et d'une scintigraphie osseuse le 7 avril 2015, l'expert a posé les diagnostics de :

- status 6 ans et demi après contusion du coude gauche, probable contusion (sous-acromiale) de l'épaule gauche, possible lésion labrale antéro-supérieure et possible lésion du tendon du muscle sous-scapulaire,

- status 3 ans après arthroscopie de l'épaule gauche, résection d'une lésion en anse de seau du labrum antéro-supérieur, refixation du labrum antéro-supérieur restant, rétention de l'appareil ligamentaire (gléno-huméral supérieur et moyen) et traitement d'une lésion du tendon sous-scapulaire,
- tendinopathie de la coiffe des rotateurs (sus-épineux) aux deux épaules,
- dégénérescence labrale antéro-supérieure de l'épaule droite,
- arthropathie dégénérative acromio-claviculaire bilatérale, débutante.

Dans le cadre de son appréciation, l'expert a formulé les observations suivantes :

"En date du 21 septembre 2008, elle fut victime d'une chute, avec réception sur le coude gauche, puis sur le bras gauche. Elle a développé des omalgies, ainsi que des brachialgies, le déficit fonctionnel ayant été manifestement mineur. C'est ainsi que la première consultation n'a eu lieu que 2 semaines plus tard. Lors de ladite consultation, l'élément le plus rassurant fut le maintien d'une bonne mobilité.

La patiente a gardé un syndrome douloureux étendu, frustré, du membre supérieur, voire cervico-brachial, ceci malgré un traitement antalgique et fonctionnel qui semble s'être prolongé jusqu'en 2011.

Le bilan radiologique de 2011 a mis en évidence une lésion labrale, ainsi qu'une tendinopathie de la coiffe des rotateurs. La patiente fut opérée. On a diagnostiqué une lésion SLAP IV, une détente de l'appareil ligamentaire antéro-supérieur, et une lésion du tendon sous-scapulaire. Le tendon sus-épineux était manifestement intact.

Les lésions précitées furent traitées *lege artis*. Le labrum a été refixé. Le long chef du biceps, qui s'insère normalement sur le haut du labrum, a été sectionné (avant d'être réinséré dans son sillon), geste qui vise bien entendu la cessation de contraintes exagérées sur le labrum (le LCB s'insère normalement sur la partie haute du labrum). Il vise aussi la cessation du frottement inadéquat du tendon en question au sein de son sillon (dans le cas de Mme Z. _____, le LCB était usé, et ledit sillon présentait des stigmates d'un conflit chronique - voire transformation kystique sous-chondrale dudit sillon). L'appareil ligamentaire a été retendu. La lésion du sous-scapulaire a été réparée.

L'évolution ne fut pas favorable, la patiente retrouvant, assez vite, après la période d'immobilisation relative post-opératoire, le cursus habituel de ses plaintes cervico-scapulo-bracchiales.

Pourtant, le bilan qui a suivi, incluant une nouvelle imagerie par résonance magnétique, fut plutôt rassurant. Le labrum paraissait en place, certes un peu remanié. Le LCB ne s'était pas arraché. Le tendon sous-scapulaire était normal. Les divers récessus capsulaire,

ou capsulo-ligamentaires, montraient un remplissage normal. En outre, le nouveau bilan neurologique restait normal, sans lésion appréciable.

Dans ses conditions, la question de la relation de cause à effet entre, les pathologies intéressant l'épaule, traitées chirurgicalement en février 2012, énumérées plus haut et, les plaintes alléguées, se posait.

Ce d'autant plus que, lors de l'expertise médicale du 6 septembre 2012, les constatations objectives contrastaient quelque peu avec les éléments subjectifs, l'expert évoquant la notion d'un syndrome somatoforme douloureux.

Cette même question (sur la relation de cause à effet précitée) est toujours d'actualité. Le contexte subjectif reste mauvais, avec des plaintes très abondantes. Il contraste beaucoup avec un tableau objectif très rassurant.

En détail, la patiente continue à se plaindre d'importantes douleurs du membre supérieur, incluant l'épaule, irradiant vers la nuque, la zone pectorale et la zone péri-scapulaire. Cette zone dépasse très largement le contexte d'une banale tendinopathie du sus-épineux et celui d'un status 3 ans après arthroscopie de l'épaule, sans complication y relative. L'hypersensibilité au toucher est flagrante, sur l'ensemble de ces zones, et ne peut que laisser songeur. Ceci en l'absence d'autres éléments pathologiques probants (empâtement, hyperthermie, amyotrophie, raideur articulaire, lâchage de suture à l'épaule, etc.). En l'absence également ne serait-ce que de traces d'un éventuel syndrome algo-neuro-dystrophique (voir résultat de la scintigraphie osseuse).

La patiente auto-protège son bras de manière démonstrative, attitude qu'elle avoue avoir adopté depuis longtemps. Pourtant, une telle attitude conduit inexorablement vers une amyotrophie d'épargne. Or, une telle amyotrophie n'a pu être mise en valeur chez Mme Z._____, ni en 2012 (expertise du Dr H._____), ni actuellement. Ni sur le plan clinique, pour l'ensemble du bras, ni même sur le plan radiologique, pour l'épaule (voir IRM).

L'association de disesthésies, voire d'une hypoesthésie, qui dépasse les limites des dermatomes, d'épisodes (anamnestiques) de lâchages d'objets, même légers, et d'une force de préhension très basse, alors même qu'aucun déficit neurologique n'a pu être démontré, laisse particulièrement songeur. Ce d'autant plus si la patiente allègue ressentir, parfois, un membre « fantôme », énième élément cardinal de non organicité.

Le tout chez une patiente qui traverse un long cursus dépressif.

Dans ces conditions, face à un contexte objectif encore une fois rassurant (absence de troubles trophiques, amplitudes normales de l'épaule, voire des autres articulations du membre supérieur, pas de complication inhérente à la chirurgie subie) et un contexte subjectif mauvais, qui ne peut être expliqué, en tout cas pour l'essentiel, par des éléments antomo-pathologiques précis, la relation de causalité naturelle entre, l'événement qui nous concerne et, les

plaintes/troubles actuels, paraît hautement, voire très hautement, improbable.

On doit également préciser qu'une lésion SLAP IV n'est pour ainsi jamais considérée comme résultante d'un seul et unique traumatisme. La lésion en question présuppose un décollement du labrum (désolidarisation par rapport à la glène), à peu près à la hauteur d'insertion du LCB, associant un prolongement lésionnel le long du tendon.

En revanche, une origine micro-traumatique répétée (ex. population sportive, ou autres activités exigeant des mouvements répétés en hauteur ou en traction), est fréquemment, si ce n'est systématiquement, évoquée dans la survenue d'une telle lésion labrale. En réalité, le labrum se déchire en premier, générant la classique SLAP II. La biomécanique inadéquate du LCB, qui en résulte, avec phénomène de cisaillement, prolonge la déchirure.

Pour revenir à la lésion SLAP II, il faut préciser que son origine varie de cas en cas. Elle peut faire suite à des micro-traumatismes. Elle peut aussi résulter d'une action vulnérante unique. Il est d'usage que l'on reconnaisse la responsabilité d'une telle action lors d'une chute sur le coude, le vecteur de force se prolongeant le long de l'humérus, pour générer ensuite un mouvement d'élévation brusque de la tête humérale. Le LCB, qui cravate ladite tête, se trouve ainsi subitement allongé ou étiré, ce qui peut impliquer une force exagérée sur la partie probablement la plus faible du complexe bicipito-labral, c'est-à-dire l'ancrage du labrum sur le bord de la glène.

Compte tenu de ce descriptif, on pourrait supputer que l'événement du 21 septembre 2008 a généré une lésion SLAP II. Avec les années, et la poursuite de contraintes exagérées sur le membre en question, la lésion en question a évolué vers le stade IV. C'est un scénario plausible.

A une nuance près. En effet, un arrachement subite d'un labrum, qui peut s'apparenter à une déchirure méniscale périphérique, ces deux structures ayant une périphérie richement innervée, provoque à priori une symptomatologie douloureuse marquée, associée à une impotence fonctionnelle, même partielle et passagère. Or, dans le cas de Mme Z. _____, le délai avant de rechercher un avis médical, après sa chute, délai quelque peu long, laisse un doute conséquent quant au caractère récent de la supputée lésion SLAP. Il en est de même lorsqu'on considère l'absence d'impotence fonctionnelle au moment du premier examen clinique. Le tout, chez une patiente qui a poursuivi un travail particulièrement astreignant pour ses membres supérieurs.

Peut-être que la lésion SLAP était déjà présente. Peut-être que l'action vulnérante subie le 21 septembre 2008 a contribué à aggraver cette lésion, par l'entremise d'une prolongation de la lésion SLAP.

En considérant ces éléments, la relation de causalité naturelle entre, l'événement survenu le 21 septembre 2008 et, la lésion SLAP, semble tout au plus possible. Ce sentiment se renforce

considérablement en appréciant l'évolution post-opératoire, puisque la correction de cette lésion, par la préservation de la périphérie labrale, rattachée à la glène, et la préservation d'une fonction adéquate du LCB, n'a en rien modifié les plaintes !

Lors de l'intervention du 7 février 2012, on a également objectivé une lésion du tendon sous-scapulaire. On rappelle que ce tendon se présentait sans lésion apparente sur les images IRM. Ce fut à nouveau le cas sur l'IRM qui a suivi. Le Dr K. _____ a décrit une déchirure, sans autre descriptif détaillé (solution de continuité ?, effilochage de surface ? simple tendinite ?).

Sans autre élément probant, une appréciation plus nuancée de ce problème ne peut avoir lieu.

Ceci étant, si une lésion a bel et bien été objectivée, elle fut réparée. Le sous-scapulaire est fonctionnel. Les images IRM sont rassurantes.

Le fait que cette supputée lésion ait été réparée n'a non plus pas modifié le cursus douloureux de Mme Z. _____. On est ainsi en droit de se demander si ladite lésion est consécutive à l'événement déclencheur des symptômes.

Un raisonnement similaire peut être tenu pour les lésions décrites sur l'appareil ligamentaire de l'articulation gléno-humérale (LGHS et LGHM). Les ligaments ont été décrits comme détendus, appréciation très subjective, mais pas déchirés. L'absence de déchirure confirmerait d'ailleurs l'image rassurante que nous avait donné la première IRM.

Quoi qu'il en soit, la réparation d'un complexe ligamentaire, jugé détendu, n'a pas eu de complication, ceci en l'absence de raideur résiduelle, voire d'image suspecte (cicatrice hypertrophique, perte de continuité) sur les IRMs qui ont suivi.

Cet élément objectif, encore une fois rassurant, n'accompagne malheureusement non plus pas une modification des plaintes.

En conclusion, la relation de causalité naturelle entre, l'événement survenu le 21 septembre 2008 et, la lésion SLAP diagnostiquée 3 ans après, paraît possible, mais pas probable.

En outre, la relation de causalité naturelle entre, le même événement et, les lésions décrites sur l'appareil ligamentaire de l'épaule, voire sur le tendon sous-scapulaire, paraît tout autant possible, mais pas probable.

Ceci non seulement en l'absence d'éléments cliniques probants, ayant fait immédiatement suite à la chute du 21 septembre 2008, mais aussi en l'absence d'éléments cliniques probants caractérisant une sensible amélioration après traitement adéquat des lésions anatomiques précitées, traitement qui ne fut pas accompagné de complications.

En terminant, il convient d'aborder le caractère bilatéral des lésions des épaules. Toutes deux présentent une tendinopathie de la coiffe des rotateurs, centrée sur le sus-épineux. Il existe aussi des signes

d'une lésion labrale, crâniale, à l'épaule droite, stigmates d'une surcharge localisée.

D'aucuns seraient étonnés par la précocité de ces lésions, la patiente étant âgée de 31 ans. Il y a certainement un terrain prédisposant (génétique ?). Ce dernier expliquerait aussi la précocité d'une arthropathie dégénérative acromio-claviculaire, également bilatérale.

Du côté droit, ses pathologies dégénératives (ou de surcharge) sont silencieuses. Elles le sont peut-être aussi du côté gauche, argument qui permettrait de rendre compte de l'absence de tout élément caractérisant une amélioration, même très partielle, de la symptomatologie alléguée, après réparation (et sans complication).

En d'autres termes, compte tenu de l'évolution, avec un tableau subjectif qui ne semble pas s'être modifié au fil du temps, malgré une prise en charge thérapeutique adéquate de lésions anatomiques de l'épaule gauche, il semble hautement, voire très hautement, probable que lesdites lésions aient été des découvertes fortuites en 2011 (découverte aussi fortuite que celle intéressant les lésions à l'épaule controlatérale)."

L'expert a ainsi conclu que la relation de causalité naturelle entre l'événement du 21 septembre 2008 et les plaintes et troubles actuels était hautement, voire très hautement, improbable. Il précisait qu'une contusion de l'épaule droite (voire une contusion sous-acromiale) cessait généralement de déployer ses effets après un délai d'un à deux mois, une extension de la symptomatologie dans le temps sur un mois supplémentaire pouvant être admise en cas de troubles dégénératifs sous-jacents, de faible envergure dans le cas de la recourante. Passé ce délai et compte tenu de l'ensemble des éléments caractérisant l'évolution, le cursus de l'épaule gauche, et plus généralement celui du membre supérieur gauche, de l'omoplate, de la zone pectorale et de la nuque, avait été manifestement régi par des éléments extra-traumatiques, sans lien causal avec l'accident. Selon l'expert, la capacité de travail était de 100 % en toute activité pour les seules suites de l'accident du 21 septembre 2008 et de 100 % dès fin 2012 pour les seules suites de l'intervention chirurgicale du 7 février 2012, une indemnité pour atteinte à l'intégrité n'entrant pas en ligne de compte en l'absence de lésion anatomique macroscopique clairement imputable à l'événement du 21 septembre 2008.

L'intimée a également mis en œuvre une expertise psychiatrique, mandatant à cet effet la Dre X._____, spécialiste FMH en psychiatrie. Dans son rapport du 21 décembre 2015, l'experte a conclu à l'absence de diagnostic psychiatrique incapacitant et retenu ceux, non incapacitants, de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques et de personnalité émotionnellement labile, associée à des composantes histrionique et passive-agressive. La Dre X._____ a rapporté les explications de l'expertisée, selon laquelle ses troubles psychiques seraient apparus fin 2013, directement après un examen assécurologique qui aurait été maltraitant. L'experte a imputé la survenance du trouble psychogène à la déception ressentie par l'assurée à l'énoncé des conclusions rassurantes des observateurs qui l'auraient examinée à fin 2013.

Ensuite des observations de la recourante, l'intimée a invité la Dre X._____ à se déterminer d'une part sur une expertise du E._____ de [...] (E._____) du 1^{er} octobre 2014, ordonnée par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (OAI), retenant notamment une schizophrénie paranoïde totalement incapacitante depuis une décompensation survenue le 15 novembre 2013, d'autre part sur un rapport adressé à l'OAI le 18 novembre 2014 par les médecins psychiatres traitants de l'assurée, les Drs N._____ et I._____, lesquels posaient les diagnostics d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique depuis janvier 2013 et de trouble psychotique aigu polymorphe avec symptômes schizophréniques, avec facteurs de stress aigus associés depuis novembre 2013 et évoquaient encore un diagnostic différentiel d'épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques également depuis novembre 2013, l'incapacité de travail étant totale depuis cette date.

Dans son rapport d'expertise complémentaire du 23 avril 2016, la Dre X._____ s'est déterminée sur le grief d'une anamnèse lacunaire, notamment médicale, et a expliqué les raisons pour lesquelles elle se distançait des diagnostics posés par l'expert psychiatre du E._____ et les médecins psychiatres traitants de la recourante. Elle a notamment observé ce qui suit :

“En conséquence, malgré la prise en considération des deux rapports médicaux adressés par l'étude Nouvjur, les informations contenues dans ceux-ci peuvent faire reconnaître que des signes de psychose eussent peu apparaître de manière limitée dans le temps et correspondre à l'expression de caractéristiques histrioniques de la personnalité qui a pu décompenser, mais ils ne permettent pas la reconnaissance de l'existence d'une maladie psychiatrique durablement invalidante au sens des assurances sociales, et encore moins de lien de causalité entre une chute survenue le 21 septembre 2008, voire des allégations de maltraitance lors d'une observation somatique réalisée fin 2013 et l'apparition de ce type de symptômes. Il est strictement impossible « d'attraper une schizophrénie paranoïde » parce qu'un médecin examinateur aurait exécuté sa tâche de manière non appréciée par une assurée.”

Dans un rapport complémentaire du 9 février 2017, l'expert C._____ s'est prononcé sur les déterminations du conseil de la recourante. Il a observé en premier lieu que l'existence d'une consultation auprès du Dr K._____ en 2008 ne ressortait ni du dossier ni de l'anamnèse et, s'agissant d'une contradiction relative à la présence d'un substrat organique, a répondu ce qui suit :

“Réponse : le substrat organique est évident, s'agissant d'une tendinopathie de la coiffe des rotateurs, d'une lésion SLAP, et d'une arthropathie dégénérative acromio-claviculaire, pathologies présentes bilatéralement, et dont l'histoire naturelle a été longuement étayée dans mon rapport d'expertise du 14 mai 2015.

En revanche, lors de l'examen clinique du 20 mars 2015, ledit substrat organique ne permettait pas de rendre compte de *l'essentiel* des plaintes alléguées. Ceci face à un traitement dudit substrat qui fut adéquat, sans complication avéré.

En d'autres termes, je n'ai jamais nié la présence d'un substrat organique, reflet de pathologies dégénératives présentes bilatéralement. En revanche, son lien de causalité avec *l'essentiel* des plaintes alléguées ne pouvait être retenu.

Il n'y a ainsi aucune contradiction dans mes propos du 14 mai 2015.”

Par décision du 7 avril 2017, l'intimée a refusé tout droit à des prestations pour la rechute annoncée le 13 octobre 2011, au motif que les troubles actuels de la recourante n'étaient pas, au degré de la vraisemblance prépondérante, en relation de causalité naturelle avec l'accident du 21 septembre 2008. Elle a encore précisé que l'accord du 17

janvier 2012 à la prise en charge de l'intervention du 7 février 2012 avait été donné à bien plaie et sans préjudice de droit pour l'avenir.

Le 10 mai 2017, la recourante a interjeté opposition contre cette décision, considérant que toute valeur probante devait être niée aux expertises des Drs X._____ et C._____. A l'appui de son opposition, elle a produit un rapport du 17 janvier 2017 de ses médecins psychiatres traitants, les Drs U._____ et U.U._____, lesquels se distançaient de l'experte X._____ et retenaient, sur la base de l'évolution récente de leur patiente et des déficits répertoriés lors des années de suivi au Service de psychiatrie générale du CHUV, les diagnostics pleinement incapacitants de schizophrénie résiduelle et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger à moyen.

Dans sa décision sur opposition du 11 avril 2018, l'intimée a considéré qu'il n'existait aucune relation de causalité pour le moins probable entre l'accident du 21 septembre 2008 et la rechute annoncée le 13 octobre 2011, « par manque de troubles psychiatriques » et sur le plan somatique, en raison du *statu quo sine* fixé à dire d'expert quelques mois après l'accident. Elle a également nié tout lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques de la recourante.

C. Par acte du 14 mai 2018, Z._____, représentée par Me Jean-Michel Duc, a recouru contre la décision sur opposition du 11 avril 2018, concluant à son annulation, à l'admission de la relation de causalité naturelle entre les troubles actuels invalidants et l'événement du 21 septembre 2008 et à la prise en charge par de la rechute annoncée en octobre 2011. Considérant que l'expertise ne répond pas au complément d'instruction requis par arrêt de la Cour de céans du 3 septembre 2014, ce dans la mesure où l'expert C._____ n'expose ni les motifs pour lesquels la déchirure du tendon sous-scapulaire constatée par le Dr K._____ lors de l'opération du 7 février 2012 ne saurait être retenue, ni quelles plaintes découlent du substrat organique, elle requiert une nouvelle expertise orthopédique. Elle réfute par ailleurs toute valeur probante à l'expertise de la Dre X._____, car rendue sur la base d'un dossier médical incomplet et en totale contradiction avec l'expertise du E._____ et les rapports de ses

médecins psychiatres traitants. Elle fait encore grief à l'intimée de ne pas avoir apporté la preuve de la disparition de la causalité.

Dans sa réponse du 5 juillet 2018, l'intimée a conclu au rejet du recours en réitérant pour l'essentiel la motivation de sa décision sur opposition.

Le 3 septembre 2018, la recourante a répliqué en observant que certains des médicaments prescrits pouvaient provoquer des effets de dépendance ainsi que de nombreux effets secondaires, tels que la dépression, l'agressivité, l'épuisement et la somnolence, plus ou moins handicapants, voire incompatibles avec l'exercice d'une activité professionnelle, ce qui contredisait le constat de l'experte X._____ selon lequel le traitement neuroleptique ne provoquait aucun symptôme de la lignée psychotique et corroborait en revanche l'avis du 17 janvier 2017 des Drs U._____ et U.U._____. Quand bien même ces deux praticiens n'avaient pas examiné la question du lien de causalité, il lui paraissait toutefois manifeste que son état de santé psychique avait été gravement perturbé par l'atteinte physique consécutive à l'accident du 21 septembre 2008, dans la mesure où elle n'avait pas vécu d'événements dans sa vie susceptibles d'engendrer une telle atteinte, si ce n'est l'importante médication découlant de l'accident. Elle considérait par ailleurs que dans la mesure où elle ne retenait pas d'atteinte physique, l'intimée aurait dû investiguer l'existence d'un trouble somatoforme douloureux. Elle requérait notamment une expertise psychiatrique auprès d'un expert spécialiste en addictologie, voire en pharmacologie, et confirmait ses conclusions.

Dupliquant le 5 octobre 2018, l'intimée a relevé que l'expert C._____ s'était prononcé de manière exhaustive et concluante sur le *statu quo* comme sur l'allégation de contradiction relative au substrat organique. Par ailleurs, l'experte X._____ n'avait pas identifié d'effets secondaires liés au traitement médicamenteux. Rappelant l'absence de lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques, l'intimée maintenait pour le surplus ses conclusions.

Dans le cadre de la procédure actuellement pendante devant la Cour de céans et opposant la recourante à l'OAI ensuite d'un refus de rente prononcé le 3 février 2017, une expertise psychiatrique a été ordonnée. Dans son rapport du 25 septembre 2018, le Dr Z.Z._____, a retenu les diagnostics de schizophrénie, de trouble dépressif caractérisé, léger, de trouble à symptomatologie somatique avec des douleurs dominantes, chroniques, de trouble panique et de trouble de la personnalité non spécifié, tous avec répercussion sur la capacité de travail. Il concluait d'une part à la probabilité d'une incapacité de travail partielle, d'au moins 20 %, voire probablement supérieure, à partir de l'échec de la tentative de reprise du travail en juin 2012, la persistance des douleurs nonobstant l'opération ayant aggravé un état thymique fragile, d'autre part à une incapacité de travail totale après la décompensation psychotique aigüe du 25 novembre 2013. Cet expert a écarté l'hypothèse d'une décompensation psychotique découlant de l'administration de médicaments (Tramal), de même que celle d'une dépendance aux benzodiazépines.

Donnant suite à l'avis du 9 octobre 2018 informant les parties de la production du dossier de l'assurée auprès de l'OAI, avec délai de consultation et déterminations, le conseil de la recourante, dans une écriture du 24 octobre 2018, s'est fondé sur l'expertise du Dr Z.Z._____ pour alléguer l'existence d'un lien de causalité entre la rechute annoncée en octobre 2011 et l'atteinte psychique, notamment aux motifs que la persistance des douleurs au-delà de l'opération de février 2012 avait aggravé l'état thymique et qu'une diminution de la capacité de travail d'au moins 20 % existait déjà à cette époque. Il a conclu à la prise en charge de la rechute par l'intimée, compte tenu des atteintes physiques et psychiques de la recourante.

Dans ses déterminations du 12 novembre 2018, l'intimée a fait valoir que l'expertise du Dr Z.Z._____ n'était pas l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et les atteintes psychiques de la

recourante, lesquelles ne présentaient au demeurant aucun lien de causalité adéquate avec l'accident.

Par écriture du 21 février 2020, la recourante, reprochant au Dr C._____ son absence d'objectivité motifs pris des mandats régulièrement confiés à ce médecin par les assurances, a requis l'extension de la procédure à la prise en charge d'un nouvel examen par le Professeur J.J._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, que lui refusait l'intimée.

Par avis du 24 février 2020, la juge instructrice a rejeté cette requête et requis un complément d'information sur un suivi psychiatrique de la recourante par le Dr B._____.

Par courrier du 4 mars 2020, la recourante a indiqué « n'avoir pas eu véritablement de suivi psychiatrique par le Dr B._____ » et a requis un complément d'instruction auprès du Centre de consultation psychiatrique de [...], auquel la juge instructrice a refusé de donner suite par courrier du 9 mars 2020.

Par écriture du 24 mars 2020, le conseil de la recourante a réitéré sa requête de débats publics et déposé des observations valant plaidoiries écrites, assorties d'un rapport d'expertise privée du 10 juillet 2017 des Drs D.D._____ et L.L._____, respectivement chef de clinique et médecin adjoint, responsable de la chirurgie de l'épaule, au Service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG. La recourante a répété ses déterminations et conclusions antérieures, complétant ces dernières par la condamnation de l'intimée à la prise en charge des frais d'expertise privée.

Du rapport d'expertise précité, il ressort notamment que :

“Vous nous posez la question de la nature traumatique ou non des lésions de son épaule gauche.
Le mécanisme lésionnel d'une lésion SLAP est correctement décrit par le Dr C._____.

Les lésions du labrum supérieur (SLAP) ont été initialement décrites comme traumatiques (1) et sont fréquemment associées à d'autres lésions de la coiffe des rotateurs ou du labrum antéro-inférieure (2). Plusieurs mécanismes ont été décrits. La cause la plus fréquente des lésions SLAP sont dues à des microtraumatismes chez les athlètes avec activité au-dessus de la tête. Cette population de patients présente par ailleurs des lésions du labrum postéro-supérieure ce qui n'est pas le cas de Mme Z._____ (lésion labrale antéro-supérieure).

Dans cette même catégorie d'athlète, il existe des lésions asymptomatiques (3).

La lésion haute du tendon sous-scapulaire peut-être d'origine traumatique ou secondaire à l'instabilité du long chef du biceps dans les lésions SLAP IV.

La tendinopathie du sus-épineux et arthropathie acromio-claviculaire touchant les deux épaules n'ont pas de lien avec l'accident au vu de leur bilatéralité.

Sur la base des éléments à disposition, nous retenons le diagnostic de lésion de la poulie bicipitale. Ce diagnostic englobe les diagnostics retrouvés par le Dr K._____, à savoir une lésion du tendon long chef du biceps à son insertion proximale et une lésion partielle du tendon du muscle sous-scapulaire. L'étiologie reconnue de cette lésion est d'origine traumatique (4-6).

Le lien entre l'événement traumatique rapporté et les lésions anatomiques retrouvées par le Dr K._____ en peropératoire est donc vraisemblable.

La prise en charge chirurgicale des lésions observées en peropératoire a été adéquate, cependant ces lésions n'expliquent pas le tableau clinique depuis le début de la symptomatologie suite à l'accident du 21 septembre 2008 et leur évolution après la chirurgie.

En effet, une lésion de poulie bicipitale provoque des douleurs antérieures de l'épaule. Ces douleurs sont associées à des ressauts en cas d'instabilité du tendon du long chef du biceps dans sa gouttière. On peut également observer un déficit de force en rotation interne, élévation antérieure et abduction en fonction du degré d'atteinte des tendons sous-scapulaire et supra-épineux associés. La patiente rapporte une amélioration de la symptomatologie pendant 2 mois post-opératoires mais celles-ci ressurgissent et sont du même caractère qu'en préopératoire.

A savoir, des douleurs de son épaule gauche mal-systématisés inflammatoire et mécanique, irradiant à la face latérale du cou, la région scapulaire, pectoral jusque dans la main gauche.

Des paresthésies du membre supérieur gauche sont également associées.

Des cervico-brachialgies avec paresthésies avaient déjà été évoquées par le neurologue Dr G._____ avant l'opération.

Ces douleurs mal-systématisées ont également été constatées par la suite par plusieurs médecins (Dr A._____, Dr C._____ et Dr H._____).

Plusieurs examens complémentaires et consultations spécialisées ont été réalisés par la suite pour éclaircir la situation. Une lésion neurologique n'est pas retenue par le Dr G._____. L'examen clinique et la scintigraphie osseuse permettent d'écarter une algoneurodystrophie ou complex regional pain syndrom.

Les IRMs post-opératoires de juillet 2012 et avril 2015 révèlent une tendinopathie du tendon supra-épineux sans lésion transfixiante et une lésion hétérogène du labrum antéro-supérieure.

Actuellement, l'anamnèse et l'examen clinique ne corrèle pas avec les lésions retrouvées sur les deux derniers IRM.

Nous ne sommes donc pas devant les suites attendues après ce type de chirurgie.

Il convient donc d'évoquer un syndrome somatoforme douloureux comme les Dr H._____ et Dr C._____ l'ont suggéré. Ce diagnostic doit être confirmé par une expertise psychiatrique.

Nous rejoignons donc l'expertise du Dr C._____ sur ce point."

Se déterminant sur cette pièce le 8 avril 2020, l'intimée a maintenu ses conclusions antérieures, considérant, outre l'absence de causalité adéquate entre l'événement accidentel et les troubles psychiques, que l'écoulement du temps entre l'accident de 2008 et les lésions diagnostiquées par le Dr K._____ ne permettait pas de retenir un lien de causalité naturelle, nonobstant l'avis des experts privés.

Dans d'ultimes déterminations du 21 avril 2020, la recourante a rappelé que selon la doctrine médicale, une lésion partielle du muscle sous-scapulaire est d'origine traumatique et que l'appréciation rétrospective de l'évolution de son état de santé, en particulier des « symptômes de pont », permettait d'inférer que les lésions diagnostiquées par le Dr K._____ étaient en lien de causalité avec l'accident de 2008.

Il sera pour le surplus fait état des arguments développés par les parties à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants de droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige.

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. a) Le litige porte en premier lieu sur la prise en charge par l'intimée de la rechute annoncée le 13 octobre 2011, singulièrement sur le lien de causalité entre l'accident du 21 septembre 2008 et l'atteinte présentée par la recourante au niveau de son épaule gauche depuis le 7 octobre 2011.

b) Les modifications introduites par la nouvelle du 25 septembre 2015, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017 et modifiant diverses dispositions de la LAA, ne sont pas applicables au cas d'espèce dans la mesure où le sinistre litigieux est intervenu en 2011 (ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification [RO 2016 4388] ; voir aussi ATF 144 V 210 consid. 4.3.1).

3. Dans un grief qu'il convient d'examiner en premier lieu, le recourant remet en cause l'impartialité du Dr C._____, invoquant que des mandats d'expertise seraient régulièrement confiés par les assureurs à ce praticien.

a) L'assuré peut soulever des objections de nature formelle ou matérielle contre la mise en œuvre d'une expertise. Les motifs formels sont ceux prévus par la loi, tels que déduits des art. 36 al. 1 LPGA, 10 PA

(loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) ou 34 LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), applicables en procédure administrative fédérale, ainsi qu'en droit des assurances sociales. Il s'agit notamment d'un intérêt personnel de l'expert dans l'affaire, du fait pour l'expert d'avoir agi dans la cause à un autre titre (membre d'une autorité, conseil d'une partie, expert ou témoin), du fait d'être parent, dans un rapport d'amitié/d'inimitié particulier, etc. (cf. TF 8C_146/2016 du 9 août 2016 consid. 2.2). Les motifs de nature matérielle ne mettent en revanche pas directement en cause l'impartialité de l'expert, mais portent plutôt sur la qualité du rapport que celui-ci pourrait être amené à rendre, sur la valeur probante que ce rapport pourrait revêtir, compte tenu notamment du domaine de spécialisation de l'expert et de ses compétences, ainsi que sur le risque pour l'expertise d'être réalisée de manière lacunaire ou dans un autre sens que celui visé par la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 6.5 ; TF 8C_678/2014 du 23 octobre 2014 consid. 3.3.1 ; 9C_893/2009 du 22 décembre 2009 consid. 2.3.1). Il convient de relever que dans tous les cas, l'assuré doit immédiatement faire part de ses objections sans attendre de saisir le juge d'un recours au fond pour critiquer la neutralité des experts (TF 2C_1216/2013 du 27 mai 2014 consid. 6.4 ; 9C_643/2007 du 16 juin 2008 consid. 2.2).

b) En l'occurrence, le moyen tiré de l'apparence de prévention à l'égard du Dr C. _____ est soulevé tardivement. En effet, l'intimée a respecté les droits de participation de la recourante, laquelle n'a donné aucune suite à la correspondance du 3 février 2015 répondant à son interrogation sur la neutralité de l'expert. Il incombait à la recourante de faire valoir ses motifs de récusation sans délai, cas échéant exiger une décision formelle.

Par ailleurs, de jurisprudence constante, le fait qu'un expert, médecin indépendant, ou une institution d'expertises soient régulièrement mandatés par un organe de l'assurance sociale, le nombre d'expertises ou de rapports confiés à l'expert, ainsi que l'étendue des honoraires en résultant ne constituent pas à eux seuls des motifs suffisants pour

conclure au manque d'objectivité et à la partialité de l'expert (ATF 137 V 210 consid. 1.3.3 ; TF 9C_355/2014 du 2 décembre 2014 consid. 4.2 et 9C_366/2013 du 2 décembre 2013 consid. 5.3). En l'espèce, nonobstant l'existence de mandats conférés par l'intimée à l'expert, les éléments au dossier, particulièrement l'expertise, ne permettent pas d'inférer l'absence d'indépendance de l'expert.

4. 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 en cas 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).

Le seul fait que des symptômes douloureux se soient manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet événement (raisonnement « *post hoc ergo propter hoc* » ; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; cf. TF 8C_347/2013 du 18 février 2014 consid. 2.2). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. Si l'accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état de l'assuré est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (*statu quo sine*) (cf. TF 8C_464/2014 du 17 juillet 2015 consid. 3.2 et 8C_414/2011 du 2 avril 2012 consid. 3.2).

c) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (cf. ATF 129 V 177 consid. 3.2 et 125 V 456 consid. 5a ; cf. TF 8C_743/2016 du 18 mai 2017 consid. 3.1). Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, cependant, en cas d'atteinte à la santé physique, la causalité adéquate se recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle (cf. ATF 138 V 248 consid. 4 et 118 V 286 consid. 3a ; cf. TF 8C_220/2016 du 10 février 2017 consid. 7.3).

d) La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA [ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]). Selon la

jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même affection qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a et les références citées ; TF 8C_61/2016 du 19 décembre 2016 consid. 3.2). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 121 V 45 consid. 2a p. 47 ; TF 8C_26/2019 du 11 septembre 2019 consid. 3.2).

En cas de rechutes ou de séquelles tardives, il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre la nouvelle atteinte et l'accident. A cet égard, la jurisprudence considère que plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères. Faute de preuve, la décision sera défavorable à la personne assurée (TF 8C_249/2018 du 12 mars 2019 consid. 4.2).

5. Selon 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. 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 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 existerait même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). *A contrario*, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (arrêts 8C_781/2017 du 21 septembre 2018 consid. 5.1, *in* SVR 2019 UV n° 18 p. 64 ; 8C_657/2017 du 14 mai 2018 consid. 3.2 et les références, *in* SVR 2018 UV n° 39 p. 141). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (*statu quo ante* ou *statu quo sine*) sur le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1 p. 181), étant précisé que le fardeau de la preuve de la disparition du lien de causalité appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (arrêt 8C_614/2019 du 29 janvier 2020 consid. 6.2, *in* SVR 2020 UV n° 24 p. 95 et les références citées ; arrêt 8C_401/2019 du 9 juin 2020 consid. 4).

6. a) Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016 (cf. consid. 2b supra), le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance-accidents des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. Faisant usage de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 9 al. 2 OLAA, qui a été abrogé au 1^{er} janvier 2017 (cf. consid. 2b supra). Cette disposition prévoit que certaines lésions corporelles sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. Ces lésions corporelles, dont la liste est exhaustive (ATF 139 V 327 consid. 3.1 ; TF 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 4.1), comprennent notamment les déchirures de muscles (let. d), les déchirures de tendons (let. f) et les lésions de ligaments (let. g).

b) La notion de lésion corporelle assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre

maladie et accident. L'assureur-accidents doit ainsi assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait souvent être couvert par l'assurance-maladie. Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA sont assimilées à un accident même si elles ont, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, tout au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (cf. ATF 139 V 327 consid. 3.1, 129 V 466, 123 V 43 consid. 2b et 116 V 145 consid. 2c ; cf. TF 8C_485/2017 du 20 mars 2018 consid. 3). Il faut qu'un facteur extérieur soit une cause possible de la lésion, au moins à titre partiel, pour qu'une lésion assimilée à un accident soit admise (cf. TF 8C_347/2013 du 18 février 2014 consid. 3.2 et 8C_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 4.2).

A l'exception du caractère « extraordinaire » de la cause extérieure, toutes les autres conditions constitutives de la notion d'accident doivent être réalisées (cf. art. 4 LPGGA). En particulier, en l'absence d'une cause extérieure – soit d'un événement similaire à un accident, externe au corps humain, susceptible d'être constaté de manière objective et qui présente une certaine importance –, fût-ce comme simple facteur déclenchant des lésions corporelles énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA, les troubles constatés sont à la charge de l'assurance-maladie (cf. ATF 139 V 327 et 129 V 466 ; cf. TF 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 4.2).

L'existence d'une lésion corporelle assimilée à un accident doit ainsi être niée dans tous les cas où le facteur dommageable extérieur se confond avec l'apparition (pour la première fois) de douleurs identifiées comme étant les symptômes des lésions corporelles énumérées à l'art. 9 al. 2 let. a à h OLAA (cf. ATF 129 V 466 consid. 4.2.1).

Le droit aux prestations pour une lésion assimilée à un accident prend fin lorsque le retour à un *statu quo ante* ou à un *statu quo sine* est établi. Toutefois, de telles lésions seront assimilées à un accident aussi longtemps que leur origine malade ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, n'est pas clairement établie. On ne se fondera

donc pas simplement sur le degré de vraisemblance prépondérante pour admettre l'évolution d'une telle atteinte vers un *statu quo sine*. Sinon, on se trouverait à nouveau confronté, immédiatement après avoir admis l'existence d'une lésion assimilée à un accident, à la difficulté de distinguer entre l'origine accidentelle et malade de cette atteinte (cf. arrêts 8C_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 4.2 ; 8C_551/2007 du 8 août 2008 consid. 4.1.2 ; 8C_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 2).

Ces règles sont également applicables lorsqu'une des lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA est survenue lors d'un événement répondant à la définition de l'accident au sens de l'art. 6 al. 1 LAA. En effet, si l'influence d'un facteur extérieur, soudain et involontaire suffit pour ouvrir droit à des prestations de l'assureur-accidents pour les suites d'une lésion corporelle mentionnée à l'art. 9 al. 2 OLAA, on ne voit pas, *a fortiori*, que cette réglementation spécifique ne doive pas trouver application dans l'éventualité où ce facteur revêt un caractère extraordinaire. Il faut néanmoins que la lésion corporelle (assimilée) puisse être rattachée à l'accident en cause car, à défaut d'un événement particulier à l'origine de l'atteinte à la santé, il y a lieu de conclure à une lésion exclusivement malade ou dégénérative (arrêt 8C_357/2007, déjà cité, consid. 3.2).

7. Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, 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 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).

8. a) En l'espèce, la recourante considère que l'expertise du Dr C._____ ne répond pas aux injonctions du jugement de renvoi de la cour de céans, lequel spécifiait que devaient être déterminées quelles étaient les lésions aux tendons de la coiffe, si celles-ci étaient dues exclusivement à une cause dégénérative ou malade et, le cas échéant, fixer le *statu quo ante/sine* de la lésion assimilée à un accident.

Plus particulièrement, elle fait grief à l'expert de ne pas avoir expliqué les raisons pour lesquelles il ne retenait pas une déchirure du tendon sous-scapulaire, ni établi quelles plaintes sont en lien avec le substrat organique reconnu.

b) Dans le protocole opératoire du 7 février 2012, le Dr K._____ a posé les diagnostics de déchirure de type SLAP IV à l'épaule gauche, avec anse de seau du labrum supérieur et prolongation de la déchirure au niveau du long chef du biceps (LCB), de prolongation de la déchirure de type SLAP avec déchirure du labrum antérieur et déchirure avec distension des ligaments gléno-huméraux moyen (LGHM) et supérieur (LGHS) à l'épaule gauche ainsi que de déchirure partielle du tendon sous-scapulaire à l'épaule gauche.

Quant à l'expert C._____, il pose, à trois ans d'intervalle, les diagnostics de status 6 ans et demi après contusion du coude gauche, probable contusion (sous-acromiale) de l'épaule gauche, possible lésion labrale antéro-supérieure et possible lésion du tendon du muscle sous-scapulaire, tendinopathie de la coiffe des rotateurs (sus-épineux) aux deux épaules, dégénérescence labrale antéro-supérieure de l'épaule droite et

d'arthropathie dégénérative acromio-claviculaire bilatérale, débutante. Il cite encore le diagnostic inhérent à l'opération du 7 février 2012.

Enfin, les Drs L.L. _____ et D.D. _____ retiennent, sur la base du protocole opératoire du 7 février 2012, le diagnostic de lésion de la poulie bicipitale, précisant que l'étiologie de cette lésion est d'origine traumatique selon la littérature scientifique.

En l'occurrence, la controverse porte, s'agissant de l'épaule gauche exclusivement, sur les causes de la lésion de type SLAP, ou labrale, d'une part, et de la lésion du tendon sous-scapulaire d'autre part, toutes les autres atteintes diagnostiquées par l'expert étant d'origine dégénérative.

aa) Préliminairement, il sera précisé que la lésion du labrum (type SLAP) ne fait pas partie des éventualités comprises sous l'art. 6 al. 2 let. f LAA, le labrum étant un fibro-cartilage, et n'est donc pas incluse dans la liste des lésions assimilées à un accident (cf. à cet égard : TF 8C_865/2013 du 13 mars 2014 consid. 4.2).

bb) Il est lieu de rappeler qu'après sa description de l'étiologie des lésions de type SLAP, que les Drs L.L. _____ et D.D. _____ corroborent, l'expert C. _____ a examiné l'hypothèse que l'accident du 21 septembre 2008, compte tenu de son déroulement, ait pu générer une lésion de type SLAP II évoluant vers le degré IV. Il l'a cependant exclue en se fondant sur des éléments objectifs, soit le constat clinique résultant de la première consultation auprès du Dr L. _____ le 6 octobre 2008. Il a en effet expliqué qu'un arrachement subit du labrum provoque *a priori* une symptomatologie douloureuse marquée, associée à une impotence fonctionnelle, même partielle et passagère. Or, l'intervalle temporel entre les dates de l'accident et de la première consultation laissait un doute conséquent sur le caractère récent d'une lésion SLAP, tout comme l'absence d'impotence fonctionnelle au moment du premier examen clinique.

L'appréciation des Drs L.L. _____ et D.D. _____ n'entre pas en contradiction avec celle de l'expert C. _____. La divergence de diagnostic importe peu en l'occurrence dans la mesure où il s'agit manifestement d'un diagnostic différentiel, fondé sur l'existence en parallèle de la lésion du tendon long chef du biceps à son insertion proximale et de la lésion partielle du tendon du muscle sous-scapulaire relevées par le Dr K. _____. Par ailleurs, si selon la littérature scientifique, l'étiologie de la lésion de la poulie bicapitale est d'origine traumatique, les experts privés mentionnent néanmoins que la lésion haute du tendon sous-scapulaire, soit l'une des deux lésions fondant le diagnostic précité, peut être d'origine traumatique ou secondaire à l'instabilité du long chef du biceps dans les lésions SLAP IV, ce qui tend à confirmer le caractère différentiel du diagnostic. Enfin et surtout, les experts précisent que les lésions observées n'expliquent pas le tableau clinique depuis l'accident du 21 septembre 2008. En particulier, la lésion de la poulie bicapitale provoque des douleurs associées à des ressauts en cas d'instabilité du tendon du long chef du biceps dans sa gouttière, un déficit de force en rotation interne, élévation antérieure et abduction en fonction du degré d'atteinte des tendons sous-scapulaire et supra-épineux associés, symptômes qui n'ont pas été relevés par le Dr L. _____ à la faveur de la consultation du 6 octobre 2008. Ainsi, même si le diagnostic de lésion de la poulie bicapitale devait être admis au titre de diagnostic principal, il ne pourrait être retenu que l'accident du 21 septembre 2008 en est la cause.

Enfin, en cas de rechute, il incombait à l'assurée de rendre plausible, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre la lésion SLAP à l'origine de l'opération du 7 février 2012 et l'accident, ce en quoi elle échoue.

cc) L'expert C. _____ envisage encore l'éventualité d'une lésion SLAP préexistant à l'accident, auquel cas l'action vulnérante subie à la faveur de l'accident aurait contribué à aggraver cette lésion, par l'entremise d'une prolongation de la lésion SLAP.

Dans une telle hypothèse, au vu de l'étiologie de cette atteinte, celle-ci pourrait être due soit à un événement traumatique antérieur au 21 septembre 2008, soit à des microtraumatismes consécutifs à la nature de l'activité professionnelle de la recourante. Le premier cas de figure n'est pas allégué et n'a pas à être discuté. Quant au second cas de figure, il doit être examiné sous l'angle de l'art. 36 al. 1 LAA, soit que l'accident du 21 septembre 2008 aura aggravé ou décompensé un état maladif préexistant de telle sorte que doit être déterminé le *statu quo sine*. En l'occurrence, l'expert considère que cet événement a généré une contusion de l'épaule gauche, voire une contusion sous-acromiale, laquelle aura cessé de déployer ses effets dans un délai de deux à trois mois dans l'hypothèse de troubles dégénératifs sous-jacents. Aucun élément médical au dossier n'autorise à s'écarter de la date retenue par l'expert.

c) Le protocole opératoire du Dr K. _____ rapporte en lien avec la déchirure de type SLAP IV à l'épaule gauche, une prolongation de la déchirure au niveau du long chef du biceps (LCB), une prolongation de la déchirure de type SLAP avec distension des ligaments gléno-huméraux moyen (LGHM) et supérieur (LGHS) à l'épaule gauche ainsi qu'une déchirure partielle du tendon sous-scapulaire à l'épaule gauche. Une déchirure du long chef du biceps de même qu'une distension des ligaments gléno-huméraux moyen et supérieur constituent des lésions assimilées au sens de l'art. 9 al. 2 let. d et g OLAA. Il ne s'agit cependant pas de lésions distinctes et indépendantes mais de lésions inhérentes à la lésion SLAP, de telle sorte que le lien de causalité entre l'accident et celles-ci ne saurait être considéré comme établi, et ce pour les mêmes motifs qu'exposés sous consid. 8b/bb supra.

d) Le Dr K. _____ a également observé lors de l'opération une déchirure partielle du tendon sous-scapulaire à gauche, soit une lésion assimilée au sens de l'art. 9 al. 2 let. f OLAA.

L'expert C. _____ n'a ni ignoré l'existence d'une atteinte au tendon sous-scapulaire, ni omis de discuter de celle-ci. En effet, dans les

diagnostics, il fait état d'une possible lésion du tendon du muscle sous-scapulaire consécutivement à la contusion subie lors de l'accident du 21 septembre 2008 et mentionne le traitement de la lésion du tendon du sous-scapulaire effectué à la faveur de l'arthroscopie de l'épaule gauche du 7 février 2012. Tout en retenant que les IRM antérieure et postérieure à cette date montraient un tendon sous-scapulaire sans lésion apparente, il observe que le Dr K._____ décrit une déchirure, sans en faire un descriptif détaillé, particulièrement sans indiquer si le tendon présente une solution de continuité, un effilochage de surface ou une simple tendinite. L'expert conclut qu'en l'absence d'autres éléments probants, une appréciation plus nuancée n'est pas possible. Finalement, il retient, sous l'angle du diagnostic, pour possible que l'événement accidentel soit à l'origine de la lésion du tendon du muscle sous-scapulaire.

Or, l'accident du 21 septembre 2008 a été suivi d'une consultation quinze jours plus tard, avec observation d'une abduction douloureuse mais complète de l'épaule, et il n'existe pas au dossier d'examen d'imagerie prescrit dans les suites immédiates de cet accident comme de rapport médical antérieur ou contemporain à cet événement attestant d'une lésion du tendon du muscle sous-scapulaire. Les pièces médicales au dossier ne permettent ainsi pas de relier la déchirure partielle du tendon sous-scapulaire gauche à l'accident du 21 septembre 2008 selon le critère de la vraisemblance prépondérante d'une part. D'autre part, il n'est pas allégué d'événement survenu entre le 21 septembre 2008 et octobre 2011 qui remplirait les critères d'un accident, hormis le caractère extraordinaire du facteur extérieur, et qui pourrait légitimer l'examen de la lésion du tendon du muscle sous-scapulaire sous l'angle de l'art. 9 al. 2 OLAA, soit d'examiner un éventuel *statu quo sine vel ante* sous l'angle des critères jurisprudentiels en matière de lésion assimilée. A défaut d'un rattachement à l'accident du 21 septembre 2008, respectivement à un événement particulier, la lésion précitée doit être considérée comme exclusivement malade ou dégénérative.

e) Il est encore fait grief à l'expert C._____ de ne pas avoir précisé lesquelles des plaintes de la recourante seraient en lien avec le

substrat organique. Un tel examen est superflu dans la mesure où il n'est quoi qu'il en soit pas établi de lien de causalité naturelle entre l'accident et les troubles allégués lors de l'annonce de rechute.

9. Le litige porte également sur la prise en charge par l'intimée des troubles psychiques de la recourante, singulièrement sur la question de savoir s'ils sont en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident du 21 septembre 2008.

En matière d'atteinte psychique, la jurisprudence admet de laisser ouverte la question du rapport de causalité naturelle dans les cas où ce lien de causalité ne peut de toute façon pas être qualifié d'adéquat (ATF 135 V 465 consid. 5.1). Il ne sera donc pas discuté de la valeur probante des différents rapports médicaux ou d'expertises psychiatriques.

En vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique, il faut d'abord classer les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants, ou de peur de gravité ; les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Le caractère adéquat du lien de causalité ne peut être admis que si l'accident revêt une importance déterminante dans le déclenchement de l'affection psychique. Ainsi, lorsque l'événement accidentel est insignifiant, l'existence du lien en question peut d'emblée être niée, tandis qu'il y a lieu de le considérer comme établi, lorsque l'assuré est victime d'un accident grave. En revanche, lorsque la gravité de l'événement est qualifiée de moyenne, la jurisprudence a dégagé un certain nombre de critères objectifs à prendre en considération pour l'examen du caractère adéquat du lien de causalité, dont les plus importants sont les suivants (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références citées) :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;

- la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ;
- la durée anormalement longue du traitement médical ;
- les douleurs physiques persistantes ;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ;
- les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes ;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant si l'on se trouve à la limite des accidents graves. Il en est ainsi lorsque l'accident considéré apparaît comme l'un des plus graves de la catégorie intermédiaire, à la limite de la catégorie des accidents graves, ou encore lorsque le critère pris en considération s'est manifesté de manière particulièrement importante (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 ; TF 8C_1007/2012 du 11 décembre 2013 consid. 3).

Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, au moins trois critères doivent être cumulés ou l'un d'eux revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité puisse être admis (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa et bb ; 115 V 403 consid. 5c/aa et bb ; TF 8C_897/2009 du 29 janvier 2010 consid. 4.5 ; U 308/06 du 26 juillet 2007 consid. 4).

Dans la pratique, on notera que nombre d'accidents ayant occasionné des lésions de l'épaule ont été classés parmi les accidents de gravité moyenne à la limite inférieure de cette catégorie :

- cas d'une glissade, suivie d'une chute de plusieurs mètres, avec réception sur le dos de l'épaule droite, ayant entraîné une déchirure de tendons, *in* : TF 8C_755/2012 du 23 septembre 2013 consid. 2 ;

- cas d'un brusque mouvement pour tenter de retenir la chute d'une pierre d'un poids de 50 kg environ, ayant entraîné une *scapula alata*, *in* : TFA [Tribunal fédéral des assurances] U 124/01 du 22 novembre 2001 consid. 3 ;
- cas d'une forte contusion de l'épaule ou de l'omoplate par le brusque heurt d'une plaque métallique lors du déchargement d'un camion, *in* : TFA U 222/99 du 16 février 2000 consid. 5.

Certains accidents survenus à une épaule ont en revanche été qualifiés d'accidents de peu de gravité, soit notamment le cas d'une chute sur le pont arrière d'une camionnette, ayant entraîné une contusion de l'épaule, *in* : TFA U 92/03 du 23 septembre 2003 consid. 3.

On ajoutera que, dans les arrêts cités supra sous considérant 9, le Tribunal fédéral a systématiquement nié tout lien de causalité adéquate entre les accidents concernés (à l'origine de lésions de l'épaule) et les troubles psychiques observés subséquemment auprès des personnes assurées.

10. Qualifiant l'accident tout au plus de gravité moyenne, à la limite du cas de peu de gravité, l'intimée considère qu'aucun des critères jurisprudentiels n'est réalisé de manière flagrante. La recourante se prévaut quant à elle de « la durée des souffrances endurées, de la méconnaissance d'une solution pour atténuer l'origine du mal et de la prise d'une importante médication ».

L'accident du 21 septembre 2008 apparaît relativement banal, au point qu'il aurait été envisageable de le classer à la limite supérieure de la catégorie des accidents de peu de gravité.

Cela étant, on se limitera à confirmer la position de l'intimée, selon laquelle l'accident du 21 septembre 2008 est d'une gravité moyenne, à la limite inférieure de cette catégorie.

La position de la recourante impose néanmoins l'examen des critères jurisprudentiels précités pour se prononcer sur la causalité adéquate entre ses troubles psychiques et l'accident incriminé.

a) S'agissant des circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou du caractère particulièrement impressionnant de l'accident, ce critère peut d'emblée être nié s'agissant d'une banale chute de sa propre hauteur dans un escalier, consécutive à une glissade, n'ayant entraîné aucune prise en charge médicale immédiate.

b) Relativement à la gravité des lésions physiques, on observera que la jurisprudence fédérale considère qu'une lésion de l'épaule ne revêt en général pas une gravité particulière (TF 8C_105/2012 du 23 juillet 2012 consid. 5.4 dans le cadre d'une entorse acromioclaviculaire consécutive à une chute à vélo ; TF 8C_755/2012 du 23 septembre 2013 consid. 4.2.2 dans le cadre d'une déchirure de tendons consécutive à une chute en montagne ; TF 8C_304/2010 du 5 janvier 2011 consid. 3.2 dans le cas d'une rupture de la coiffe des rotateurs consécutive à une chute sur une plaque de glace ; cf. également : TFA U 92/03 du 23 septembre 2003 consid. 3).

Partant, il convient de nier que le critère de la gravité des lésions physiques soit réalisé en l'espèce. N'est au demeurant avéré directement imputable à l'accident que le diagnostic de contusion.

c) Quant à la durée du traitement médical, il y a lieu de prendre en compte uniquement le traitement thérapeutique nécessaire (TFA U 369/05 du 23 novembre 2006 consid. 8.3.1). N'en font pas partie les mesures d'instruction médicale et les simples contrôles chez le médecin (TFA U 393/05 du 27 avril 2006 consid. 8.2.4). En outre, l'aspect temporel n'est pas seul décisif ; sont également à prendre en considération la nature et l'intensité du traitement et si l'on peut attendre une amélioration de l'état de santé de l'assuré (TF 8C_566/2013 du 18 août 2014 consid. 6.2.3 et les références). La prise de médicaments antalgiques et la prescription de traitements par manipulations - même

pendant une certaine durée - ne suffisent pas à fonder la réalisation de ce critère (TF 8C_361/2007 du 6 décembre 2007 consid. 5.3 ; TFA U 380/04 du 15 mars 2005 consid. 5.2.4 *in* : RAMA 2005 n° U 549 p. 239). La jurisprudence a notamment nié la réalisation de ce critère dans le cas d'un assuré dont le traitement médical du membre supérieur accidenté avait consisté en plusieurs opérations chirurgicales et duré dix-huit mois (TF U 37/06 du 22 février 2007 consid. 7.3).

On ne saurait considérer en l'espèce que le traitement ait été anormalement long ou que l'assurée ait été astreinte à un traitement particulièrement lourd ou contraignant. Dans les suites immédiates de l'accident, la recourante a essentiellement bénéficié de séances de physiothérapie et de traitements antalgiques, ce qui n'apparaît pas particulièrement pénible, ni anormal au vu des lésions consécutives à l'accident en cause. Quant à l'intervention chirurgicale du 7 février 2012, elle n'est pas en lien de causalité avec l'accident et ne saurait dès lors être prise en compte.

d) S'agissant des douleurs physiques alléguées en relation avec l'épaule, leur importance doit être relativisée compte tenu des effets certainement délétères de la problématique psychique. Partant, elles ne sauraient être qualifiées objectivement de graves et propres, selon l'expérience générale de la vie, à entraîner des troubles psychiques.

e) La recourante allègue « la méconnaissance d'une solution pour atténuer l'origine du mal ». Elle n'objective cependant pas cette affirmation et aucune pièce au dossier ne rapporte d'éventuelles erreurs dans le traitement médical prescrit. Au demeurant, l'échec d'un traitement ne suffit pas à déduire la commission d'une erreur dans son administration (TF 8C_755/2012 du 23 septembre 2013 consid. 4.2.4).

f) Concernant des difficultés apparues en cours de guérison et des complications importantes, la jurisprudence précise que ces éléments ne doivent pas être réalisés cumulativement. La simple durée du traitement médical et des douleurs ne suffit pas. Il faut en revanche des

facteurs particuliers qui ont fait obstacle au processus de guérison (TF U 56/07 du 25 janvier 2008 consid. 6.6 et les références citées).

En l'espèce, de tels facteurs ne ressortent pas des pièces au dossier, étant au demeurant relevé que tout lien entre l'administration de médicaments et la décompensation psychotique a été exclu par l'expert Z.Z._____.

g) Enfin, il n'y a pas lieu de prendre en considération une incapacité de travail de degré et de durée anormale en lien avec les lésions strictement physiques consécutives à l'accident du 21 septembre 2008, au vu des conclusions de l'expert C._____ relatives à la capacité de travail de la recourante.

h) En définitive, aucun des critères dégagés par la jurisprudence pour reconnaître un lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques présentés par l'assurée et l'accident concerné n'est réalisé en l'espèce. Partant, c'est à bon droit que l'intimée a nié cette causalité.

11. a) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 131 I 153 consid. 3 et 125 I 127 consid. 6c/cc ; TF 8C_660/2015 du 24 février 2016 consid. 4.1). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. ([Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101] ; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b ; ATF 124 V 90 consid. 4b, 122 V 157 consid. 1d, 119 V 335 consid. 3c et 104 V 209 consid. a ; TF 8C_372/2014 du 12 mai 2015 consid. 4.3).

b) En l'espèce, le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de donner suite aux mesures d'instruction successivement requises par la recourante, celles-ci n'étant pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit.

En conclusion, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

c) La recourante requiert que les frais de l'expertise privée des Drs L.L. _____ et D.D. _____ soient mis à la charge de l'intimée.

Aux termes de l'art. 45 al. 1 LPGA, les frais de l'instruction sont pris en charge par l'assureur qui a ordonné les mesures ; à défaut, l'assureur rembourse les frais occasionnés par les mesures indispensables à l'appréciation du cas ou comprises dans les prestations accordées ultérieurement. Selon la jurisprudence, les frais d'expertise font partie des frais de la procédure (TF 8C_61/2016 du 19 décembre 2016 consid. 6.1 et les arrêts cités, *in* SVR 2017 n° 19 p. 63). Les frais d'expertise privée peuvent être inclus dans les dépens mis à la charge de l'assureur social lorsque cette expertise était nécessaire à la résolution du litige (ATF 115 V 62 consid. 5c ; TF 8C_89/2020 du 4 décembre 2020 consid. 6.2 et les arrêts cités).

En l'occurrence, le recours est finalement rejeté sans que le rapport d'expertise privée ne se soit avéré indispensable à la résolution du litige. Il n'y a dès lors pas lieu d'en faire supporter les frais à l'intimée.

d) Il n'y a pas lieu de percevoir des frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020, applicable conformément à l'art. 83 LPGA), ni d'allouer de dépens, dès lors que la recourante n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision sur opposition rendue le 11 avril 2018 par J._____ est confirmée.

- 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 Z. _____),
- J. _____,
- Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP),

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 :