

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 13 avril 2023

---

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente  
M. Bonard et Mme Dormond Béguelin, assesseurs  
Greffière : Mme Parel

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**G.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Flore Primault, avocate à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6, 18 al. 1, 19 al. 1, 24 al. 1 et 25 al. 1 LAA (en vigueur jusqu'au 31.12.2019) ; 4 et 16 LPGA**

## **E n f a i t :**

**A.** G.\_\_\_\_\_, née en 1964 (ci-après : l'assurée et/ou la recourante), a travaillé en qualité d'opératrice sur machines. A ce titre, elle était assurée contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA, la SUVA et/ou l'intimée).

Le 10 novembre 2012, l'assurée a chuté dans les escaliers d'un restaurant et est tombée sur le coude gauche, subissant une fracture multifragmentaire de l'olécrâne, laquelle a entraîné une incapacité entière de travail. La CNA a pris le cas en charge.

Le 27 août 2014, l'assurée a indiqué à la CNA qu'elle commençait à avoir des douleurs à l'épaule droite en raison de la surcharge imposée au bras droit pour compenser la non-utilisation du bras gauche. Une IRM de l'épaule droite a été réalisée le 29 octobre 2015, dont il est ressorti que l'assurée présentait une tendinose marquée du sus-épineux avec une composante érosive de sa surface bursale, d'allure non transfixiante, une discrète tendinose du sous-épineux et de la partie supérieure du sous-scapulaire, une bursite sous-acromiale et une arthrose acromio-claviculaire inflammatoire.

Précédemment, dans un rapport du 1<sup>er</sup> juin 2014, le Dr Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin d'arrondissement de la CNA, avait considéré que le cas était stabilisé. L'assurée était désormais apte à travailler dans un travail mono-manuel droit, le bras gauche ne pouvant être utilisé que pour des gestes d'appoint.

Par décision du 23 décembre 2015, confirmée sur opposition le 11 janvier 2016, la CNA a octroyé à l'assurée une rente d'invalidité de 38 % à compter du 1<sup>er</sup> décembre 2015, ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 29'610 francs correspondant à une atteinte de 23,5 %.

**B.** Par acte du 9 février 2016 de son conseil, Flore Primault, avocate à Lausanne, l'assurée a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois contre la décision sur opposition de la CNA du 11 janvier 2016. Reprochant pour l'essentiel à la CNA de ne pas avoir tenu compte de l'atteinte à l'épaule droite et de ne pas s'être exprimée sur le lien de causalité entre celle-ci et l'accident du 10 novembre 2012, l'assurée a conclu principalement à l'octroi d'une rente d'invalidité et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité plus élevées, subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimée. L'assurée se fondait sur un rapport du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) du 12 janvier 2016, consécutif à un examen clinique rhumatologique réalisé le 7 décembre 2015 par le Dr E.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation et en rhumatologie, qui retenait une capacité de travail dans une activité adaptée de 50 %, se distançant expressément du rapport du Dr Z.\_\_\_\_\_, lequel n'avait pas eu à sa disposition les investigations complémentaires concernant l'épaule droite. Le SMR retenait, en ce qui concerne le membre supérieur droit, une arthrose acromio-claviculaire (M19.8) ainsi qu'une périarthrite scapulo-humérale droite (M75.1), avec les limitations fonctionnelles suivantes : pas d'activité au-dessus de l'horizontale, ni de port de charges supérieures à 2 kg, ni de mouvements répétitifs en flexion-abduction de l'épaule. L'assurée se référait également à un rapport du 3 février 2016 du Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui retenait les diagnostics suivants en ce qui concerne le membre supérieur droit : « Tendinopathie de surcharge de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite ainsi qu'arthropathie évolutive de l'articulation acromio-claviculaire droite. Enfin, l'assurée se basait sur deux rapports de la Dre J.\_\_\_\_\_, Cheffe de clinique au D.\_\_\_\_\_, qui avait réalisé certaines des interventions sur le membre supérieur gauche (cf. par ex. protocole opératoire du 1er avril 2015). Le premier rapport, du 3 septembre 2015, ne concernait que le membre supérieur gauche. Dans le second, du 22 septembre 2015, elle a ajouté aux diagnostics existants celui de cervico-brachialgies du membre supérieur droit de compensation. Elle précisait avoir prescrit à l'assurée de la physiothérapie pour ce

membre depuis plusieurs mois. Sa patiente n'utilisant plus du tout son membre supérieur gauche, elle avait développé depuis une année et demie une cervico-brachialgie droite de compensation. Elle présentait de fortes myalgies au niveau de la nuque, de l'épaule et des brachialgies au repos et en charge du membre supérieur droit qui s'étaient péjorées durant les derniers mois.

En cours de procédure de recours, la CNA a produit l'avis du Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie et médecin auprès de la Division Médecine de la CNA, du 9 mai 2016. Ce dernier était d'avis que les troubles de l'épaule droite de l'assurée étaient des troubles purement et typiquement dégénératifs, qui ne pouvaient être mis en relation de causalité pour le moins probable avec l'accident en cause.

On extrait par ailleurs du rapport du Dr H.\_\_\_\_\_ du 9 mai 2016 ce qui suit (sic) :

« Il est clair que lorsqu'un patient ne peut plus utiliser qu'un seul MS [membre supérieur], les affections de ce MS ne sont plus compensées par l'autre MS et peuvent par ce fait devenir plus symptomatiques voire même invalidantes. Il n'en reste pas moins que rien dans la littérature ne permet de penser que le fait de ne plus utiliser un MS provoque des lésions de surcharge du MS utilisé. Dans le cas qui nous occupe ici, s'il est plausible que le fait que l'assurée ne puisse plus, suite à son accident du 10.11.2012, utiliser son MSG [membre supérieur gauche], décompense la pathologie qu'elle présente au niveau de son MSD [membre supérieur droit] et en particulier au niveau de son épaule D [droite], cette pathologie n'a pas été provoquée, dans un rapport de causalité atteignant le degré de vraisemblance prépondérante, par l'accident ici concerné. D'autre part, s'il est plausible que le fait de surutiliser un MS pour faire ce que l'autre ne peut plus faire, puisse décompenser la pathologie du membre surutilisé, aucune surutilisation de ce membre n'est demandée dans une activité mono manuelle n'utilisant l'autre membre que comme appui. »

Par arrêt du 26 juin 2017, la Cour des assurances sociales du tribunal cantonal (CASSO, AA 20/16 - 69/2017) a rejeté le recours en retenant que les limitations fonctionnelles consécutives à l'accident consistaient, pour le membre supérieur gauche, à éviter tout port de charges et à l'utiliser pour des gestes d'appoint uniquement. Elle a admis que les séquelles de l'accident dont répondait la CNA limitaient les

activités exigibles à des travaux mono-manuels et engendraient une perte de gain de 38 % et justifiaient, en outre, l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 23,5 %. En ce qui concerne l'atteinte au membre supérieur droit, la Cour des assurances sociales a constaté qu'elle empêchait l'assurée d'effectuer des mouvements répétitifs en flexio-abduction de l'épaule mais que, selon le rapport du Dr H. \_\_\_\_\_ du 9 mai 2016, les troubles à l'épaule droite étaient purement et typiquement dégénératifs, de sorte qu'ils ne pouvaient pas être mis en relation de causalité pour le moins probable avec l'accident du 10 novembre 2012. La CNA n'avait par conséquent pas à répondre des conséquences de ces affections.

Par arrêt du 12 juillet 2018, le Tribunal fédéral a considéré qu'il subsistait un doute à tout le moins léger quant à la pertinence de l'avis du 9 mai 2016 du Dr H. \_\_\_\_\_ et qu'il se justifiait dès lors de renvoyer la cause aux premiers juges pour qu'ils ordonnent une expertise médicale afin de départager les opinions du Dr H. \_\_\_\_\_, d'une part, et E. \_\_\_\_\_ et J. \_\_\_\_\_, d'autre part. Il a jugé que si l'existence des affections au membre supérieur droit et leurs incidences sur la capacité de travail de l'assurée n'étaient ni discutées ni remises en cause, les avis médicaux versés au dossier ne concordaient en revanche pas sur la question du lien de causalité naturelle contesté entre l'accident du 10 novembre 2012 et les troubles que la recourante a développés à ce membre. En effet, tandis que le Dr H. \_\_\_\_\_ avait écarté l'hypothèse d'un lien de causalité pour le moins probable, notamment car aucune sur-utilisation du membre supérieur droit n'était demandée (cf. appréciation chirurgicale du 9 mai 2016, p. 8), le Dr E. \_\_\_\_\_ avait attesté que la périarthrite scapulo-humérale et l'arthrose acromio-claviculaire inflammatoire droites étaient liées à la surcharge du membre supérieur droit pour compenser l'impossibilité d'utiliser le membre supérieur gauche (cf. rapport du 12 janvier 2016, pp. 13ss). De son côté, la Dre J. \_\_\_\_\_ avait indiqué que l'assurée avait développé une cervico-brachialgie droite de compensation, dès lors qu'elle n'utilisait plus du tout son membre supérieur gauche (rapport du 22 septembre 2015). A la différence du Dr H. \_\_\_\_\_, les Drs E. \_\_\_\_\_ et J. \_\_\_\_\_ admettaient donc de manière plus ou moins

explicite l'existence d'un tel lien de causalité naturelle. Quant au Dr B.\_\_\_\_\_, s'il ne s'était pas prononcé explicitement sur la question de la causalité, il avait toutefois attesté une tendinopathie de surcharge de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite ainsi qu'une arthropathie évolutive de l'articulation acromio-claviculaire droite (rapport du 3 février 2016).

**C.** Par courrier du 16 août 2018, la juge instructrice a repris l'instruction de la cause et imparti un délai aux parties pour désigner un expert et déposer leurs questionnaires.

Le 10 octobre 2018, la CNA a proposé que le Prof. C.\_\_\_\_\_ et le Dr V.\_\_\_\_\_, tous deux rattachés au service d'orthopédie et de traumatologie du D.\_\_\_\_\_ soient désignés comme experts. Elle a en outre proposé le questionnaire suivant :

- « 1. Quels diagnostics reprenez-vous au niveau du membre supérieur droit ?
2. Parmi les atteintes à la santé diagnostiquées au membre supérieur droit, quelles sont celles qui, au moins au degré de la vraisemblance prépondérante, sont en relation de causalité avec l'accident assuré ? Veuillez svp confronter les différents avis des docteurs H.\_\_\_\_\_, E.\_\_\_\_\_ et J.\_\_\_\_\_.
3. Parmi les atteintes à la santé que vous avez constatées, quelles sont celles qui, au moins au degré de la vraisemblance prépondérante, reposent sur un substrat organique ?
4. Quelles constatations permettent d'objectiver ce substrat organique ?
5. L'état de santé est-il influencé par des facteurs étrangers à l'accident ? Si oui, lesquels ?
6. Dans le cas où vous estimez que le lien de causalité naturelle est donné, confirmez-vous les limitations fonctionnelles déjà retenues par les spécialistes ? Veuillez motiver ?
7. Des traitements sont-ils nécessaires à la conservation ou à l'amélioration de la capacité résiduelle de gain ? Des traitements sont-ils nécessaires au maintien de l'état de santé actuel ? Cas échéant quels traitements préconisez-vous ?
8. Les atteintes à la santé au membre supérieur droit dues à l'accident constituent-elles une atteinte à l'intégrité physique importante et durable ? »

Par écriture du 15 novembre 2018, la recourante a proposé que le Prof. P.\_\_\_\_\_ du D.\_\_\_\_\_ soit désigné expert. En ce qui concerne le questionnaire proposé par l'intimée, faisant valoir que deux questions étaient orientées, elle a requis que la question 3 soit supprimée et que la question 2 soit modifiée comme suit :

*« 2. Après avoir pris connaissance des différents avis des docteurs H.\_\_\_\_\_, E.\_\_\_\_\_ et J.\_\_\_\_\_, les atteintes diagnostiquées au membre supérieur droit sont-elles en relation de causalité avec l'accident ? »*

Par ordonnance du 22 novembre 2018, la juge instructrice a informé les parties qu'elle avait décidé de confier l'expertise à mettre en œuvre au Prof. C.\_\_\_\_\_, spécialiste de l'épaule et du membre supérieur. En outre, elle a indiqué que le questionnaire de la CNA serait soumis à l'expert, avec la précision suivante à la question 2 : « Veuillez svp, **à cet** effet, confronter les différents avis des Drs H.\_\_\_\_\_, E.\_\_\_\_\_ et J.\_\_\_\_\_. », afin de tenir compte de la proposition de la recourante. En ce qui concerne la question 3, elle l'a maintenue en exposant qu'il paraissait également important d'examiner l'existence d'éventuels syndromes sans pathogénèse ni étiologie claire et sans constat de déficit organique (SPECDO), dont le caractère invalidant pouvait également être reconnu (cf. ATF 141 V 281). Un délai au 5 décembre 2018 a été imparti aux parties pour déposer leurs objections motivées, à défaut de quoi, l'expertise serait mise en œuvre comme proposé.

Les parties n'ayant pas formulé d'objections dans le délai, le 6 décembre 2018, la juge instructrice a informé le Prof. C.\_\_\_\_\_ qu'elle l'avait nommé expert dans la présente cause. Le 12 décembre 2018, celui-ci a indiqué qu'il n'était pas en mesure d'accepter le mandat d'expertise en raison d'un manque de disponibilité.

Par courrier du 17 décembre 2018, la juge instructrice a informé le Prof. P.\_\_\_\_\_ qu'elle l'avait nommé expert dans la présente cause. Copie de cette lettre a été envoyée aux parties.

Le 30 janvier 2019, le Prof. P.\_\_\_\_\_ a indiqué accepter la mission d'expert et précisé qu'il rendrait son rapport d'ici la fin du mois d'avril 2019. La juge instructrice a confirmé le mandat d'expertise le 5 février 2019.

Le 3 juin 2021, la juge instructrice a informé les parties que son dernier courrier du 26 avril 2021 au Prof. P.\_\_\_\_\_ étant de nouveau resté sans réponse et celui-ci n'ayant déployé aucune activité malgré les nombreuses relances, elle n'avait d'autre choix que de mettre fin audit mandat d'expertise et de désigner un nouvel expert. Un délai a été imparti aux parties pour déposer leurs éventuelles objections.

Le 29 juin 2021, la juge instructrice a mis fin au mandat d'expertise confié plus de deux ans avant au Prof. P.\_\_\_\_\_.

Par courrier du 9 novembre 2021, la juge instructrice a informé vouloir désigner comme expert le Dr A.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, à défaut un chirurgien orthopédiste du Centre d'expertise Médicale [...], et de soumettre à l'expert qui serait désigné le questionnaire qui avait été envoyé au Prof. P.\_\_\_\_\_.

Invitée à se déterminer sur les propositions d'experts, la partie recourante n'a pas fait valoir d'objections. Quant à la partie intimée, elle a proposé de confier l'expertise au Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en orthopédie et traumatologie de l'appareil locomoteur, en exposant que le Dr A.\_\_\_\_\_ était plutôt spécialiste de la hanche et du genou.

Par courrier du 23 décembre 2021, la juge instructrice a informé les parties qu'elle proposait de désigner le Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en orthopédie et traumatologie de l'appareil locomoteur, en qualité d'expert. Les parties ont adhéré à cette manière de procéder.

Le 17 janvier 2022, la juge instructrice a nommé le Dr L.\_\_\_\_\_ expert. Celui-ci a répondu, par courrier du 19 janvier 2022, qu'il refusait d'exécuter le mandat proposé.

Par courrier du 27 janvier 2022, la juge instructrice a désigné le Dr A.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie et traumatologie, en qualité d'expert. Une copie de cette lettre a été envoyée aux parties.

Le 18 février 2022, le Dr A.\_\_\_\_\_ a informé la Cour de céans, avec copie aux parties, qu'il acceptait le mandat d'expert et proposait de recevoir l'assurée dans ses locaux le 19 avril 2022.

L'expertise orthopédique a été réalisée le 19 avril 2022. Le Dr A.\_\_\_\_\_ a déposé son rapport le 12 juillet 2022. Il a notamment indiqué que son expertise se basait sur l'anamnèse et l'examen réalisés le jour de l'expertise, sur la base des documents qui lui avaient été remis par la Cour de céans ainsi que sur les documents radiologiques fournis par l'expertisée et les différents services de radiologie, et, enfin, sur la littérature médicale en lien avec l'atteinte au membre supérieur droit.

On extrait en outre de ce rapport ce qui suit (sic) :

« [...]

### **1.5 Synthèse du dossier**

L'assurée présente des séquelles de l'évènement accidentel du 10.11.2012. Cet accident a conduit à une fracture complexe de l'olécrâne gauche avec des séquelles fonctionnelles et douloureuses reconnues et indemnisées en conséquence. Objectivement, le taux d'invalidé s'élève à 38% et l'IPAI à 23,5%. Subjectivement, l'assurée s'estime invalide à 100% principalement en raison des limitations fonctionnelles du membre supérieur gauche mais aussi en raison de douleur de l'épaule droite qu'elle attribue à une surcharge d'utilisation par compensation. En ce qui concerne le membre supérieur gauche, les décisions d'invalidité et d'IPAI sont définitives et ne font pas l'objet de recours. En revanche, reste ouverte la question de l'atteinte de l'épaule droite. Il s'agit de déterminer si les douleurs de l'épaule droite trouvent un substrat anatomopathologique permettant de poser un diagnostic. Il s'agit également de déterminer si ce diagnostic est en lien de causalité probable ou certain avec l'évènement annoncé ou si au contraire, la pathologie de l'épaule droite est d'origine dégénérative en lien de causalité exclu ou tout au plus possible avec l'évènement annoncé.

## **2. ENTRETIEN**

### **2.1 Indications fournies spontanément par l'assuré dans le**

## **cadre d'un entretien**

L'expertisée se plaint essentiellement de douleurs et d'une perte de force associées à des fourmillements du membre supérieur gauche avec une impossibilité de l'utiliser dans les activités quotidiennes. Elle doit faire appel à l'aide de son mari pour couper les aliments, s'habiller pour sortir, faire les courses et faire son ménage. Elle arrive toutefois à s'habiller seule pour autant que les habits soient amples. Elle mentionne que les symptômes sont stables voire s'aggravent depuis 4 à 5 ans. Elle n'a plus de traitement actuel et consomme 1 à 3 comprimés par semaine de Tramai 100 mg Retard.

Mme G. \_\_\_\_\_ déclare se sentir extrêmement diminuée par les limitations fonctionnelles et les douleurs de son membre supérieur gauche et me dit ne pas être d'accord avec le taux d'invalidité de 38% estimant à son avis, être invalide à 100%.

L'entretien spontané se focalise essentiellement sur le membre supérieur gauche et les plaintes du membre supérieur droit ne sont évoquées qu'à une seule reprise.

## **2.2 Affection actuelle**

L'affection actuelle remonte au 10.11.2012, date à laquelle l'assurée est victime d'une chute dans les escaliers. Cette chute provoque une fracture complexe de l'olécrâne qui a été traitée en urgence par une immobilisation plâtrée. Secondairement, le 13.11.2012, le Dr [...] [...], médecin cadre du service d'orthopédie et de traumatologie du D. \_\_\_\_\_, procède à une réduction sanglante et ostéosynthèse de l'olécrâne gauche par embrochage et haubanage. Les suites sont marquées par des douleurs du coude et de l'épaule gauche avec des troubles neurologiques sensitifs dans le territoire du nerf ulnaire et médian gauche. Le 09.09.2013 le Dr [...] retire le matériel d'ostéosynthèse au coude gauche. En raison de la persistance des plaintes neurologiques, l'assurée est prise en charge chirurgicalement le 30.06.2014 par le service de chirurgie plastique et de la main du D. \_\_\_\_\_ avec une transposition du nerf ulnaire au coude gauche et une cure de tunnel carpien gauche. Les suites sont marquées par une amélioration des troubles sensitifs dans le territoire du nerf médian mais par la persistance de dysesthésies dans le 4<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup> doigt de la main gauche. Pour cette raison, la Dre J. \_\_\_\_\_ procède le 09.10.2014 à l'ouverture de la loge de Guyon à gauche et révisé le nerf ulnaire au coude gauche le 16.03.2015.

Dans son rapport du 22.09.2015, la Dre J. \_\_\_\_\_ signale que l'assurée se plaint d'une cervico brachialgie droite depuis environ 18 mois. Elle note dans son examen clinique du 03.09.2015 une force au Jamar au membre supérieur droit à 15kg pour 2 kg à gauche. Lors de l'examen clinique à la SUVA le 16.03.2015, il est noté une mobilité complète de l'épaule droite.

Les douleurs cervico brachiales droites et de l'épaule droite ont été investiguées par une IRM cervicale le 18.11.2014 et une IRM de l'épaule droite le 29.10.2015. Ces examens sont décrits plus loin.

En dirigeant les questions, l'assurée décrit dès janvier 2014 des douleurs diffuses du membre supérieur droit partant de la région

para cervicale droite et irradiant vers le moignon de l'épaule droite. Les douleurs apparaissent la journée parfois la nuit. Il n'y a pas de paresthésie ni de sensation de perte de force. Il n'y a pas d'amélioration ni d'aggravation sensible entre 2014 et aujourd'hui.

### **3. Anamnèse**

[...]

### **4. CONSTATATIONS**

[...]

#### *Membre supérieur droit*

La mobilisation active de l'épaule droite s'élève pour la flexion à 170°, l'abduction à 170°, la rotation externe à 60° et la rotation interne pouce-L3. Le test de Lift-off, le Hawkins, le Palm-up test, le test de Jobe sont tous négatifs. La force du sus-épineux, du sous-épineux et du sous-scapulaire est conservée. La palpation de l'articulation acromioclaviculaire est indolore. Il n'y a pas de tuméfaction ni de fausse mobilité de cette articulation.

La mobilité du coude droit montre une flexion/extension de 140°-0-0°. La pronosupination est à 80°-0-80°. La flexion dorsale palmaire radio-carpienne s'élève à 80°-0-80°. L'inclinaison radio-cubitale à 30°-0-35°.

La mobilité métacarpo-phalangienne, interphalangienne proximale et distale des doigts et interphalangienne du pouce est physiologique.

[...]

### **5. INFORMATIONS ÉVENTUELLES FOURNIES PAR DES TIERS** (y c. médecins traitants)

#### **5.1 Bilan radiologique**

Seuls les examens radiologiques en relation avec les plaintes du membre supérieur droit sont décrits ici.

*·Radiographies standards de la colonne cervicale en position assise du 06.11.2014:* Toutes les vertèbres cervicales jusqu'à D1 sont bien visibles avec un alignement harmonieux des murs postérieurs et conservation de la lordose cervicale physiologique. Sur l'incidence de face, on retrouve une discrète inclinaison latérale droite.

*·IRM de la colonne cervicale du 18.11.2014:* L'examen est fait en position couchée. De ce fait, il n'est pas possible d'analyser les courbures physiologiques et en particulier la lordose. L'alignement vertébral reste cependant harmonieux. Il n'y a pas de discopathie ni de protrusion discale. Toutes les émergences radiculaires sont libres. L'axe médullaire est intact. Cette IRM cervicale peut être considérée comme normale.

• *IRM de l'épaule Gauche du 12.03.2013:* Arthrose acromioclaviculaire modérée. Boursite sous acromiale modérée.

Présence d'un petit ostéophyte sous acromial faisant une empreinte sur la partie supérieure du tendon du sous épineux. Présence d'une tendinopathie du tendon du sus épineux. Les tendons du sus épineux, du sous épineux et du sous scapulaire sont continus, sans rupture transfixiante ni rétraction. Amyotrophie type Goutalier I du corps musculaire du sus épineux.

*·IRM de l'épaule **droite** du 29.10.2015:* Présence d'une arthrose acromio-claviculaire inflammatoire, d'une tendinose du sus épineux avec une bursite sous acromiale et un ostéophyte sous acromial. Présence d'une tendinite modérée du sous scapulaire. Il n'y a pas d'atrophie des corps musculaires des tendons de la coiffe. Le tendon du long chef du biceps est bien positionné dans sa gouttière.

## **6. DIAGNOSTICS**

[...]

## **7. ÉVALUATION DE LA COHÉRENCE ET DE LA PLAUSIBILITÉ**

En ne tenant compte que de l'épaule droite, on constate que l'assurée a commencé à se plaindre de douleurs de la région cervico brachiale droite en janvier 2014 soit plusieurs mois après l'accident de novembre 2012.

L'étiologie de douleurs de la région de l'épaule ou cervico brachiale peuvent trouver leur origine dans une pathologie rachidienne provoquant des douleurs d'irradiation ou dans des pathologies de la ceinture scapulaire. A juste titre, des examens complémentaires ont été pratiqués.

Les radiographies standards de la colonne cervicale du 06.11.2014 et l'IRM du rachis cervical du 18.11.2014 sont décrites comme normales et ne démontrent aucune pathologie ni traumatique ni dégénérative pouvant expliquer les symptômes décrits par l'assurée. L'examen direct des images confirme l'absence de pathologie. En particulier, on ne retrouve aucune compression radiculaire qui aurait pu provoquer une irradiation douloureuse dans le membre supérieur droit. On peut donc exclure des douleurs d'origine cervicale.

En l'absence de pathologie rachidienne cervicale, une IRM de l'épaule droite est effectuée le 29.10.2015. Cette IRM démontre la présence d'une arthrose acromio-claviculaire, d'une tendinite du tendon du sus épineux, d'une bursite sous acromiale et d'un ostéophyte sous acromial.

Parmi les pathologies de la ceinture scapulaire, différentes structures peuvent être responsables de douleurs. Il peut s'agir d'une atteinte de l'articulation glénohumérale, une atteinte de l'articulation acromio-claviculaire ou encore d'une lésion de la coiffe des rotateurs.

L'IRM de l'épaule droite du 29.10.2015 démontre l'absence de lésion ostéoarticulaire glénohumérale. Si tel était le cas nous devrions observer cliniquement une diminution des amplitudes articulaires. Lors de l'examen de la SUVA du 01.06.2015 comme lors de mon examen clinique, les amplitudes articulaires de l'épaule droite dans son ensemble sont physiologiques. De ce point de vue, aussi bien le bilan radiologique que l'examen clinique répété et superposable à 7 ans d'intervalle permettent d'exclure une pathologie soit

dégénérative soit traumatique de l'articulation glénohumérale droite. Une atteinte de l'articulation acromio-claviculaire peut provoquer des douleurs d'irradiation dans le moignon de l'épaule. La lésion la plus fréquente est une lésion dégénérative liée à l'âge.

Il peut arriver cependant, qu'une arthrose acromio-claviculaire se développe plusieurs années après un traumatisme. Le mécanisme lésionnel est le plus souvent un choc direct contre le moignon de l'épaule provoquant soit une luxation acromio-claviculaire soit une fracture distale de la clavicule. La chute du 11.12.2012 ne concernait que le membre supérieur gauche. L'IRM de l'épaule droite du 29.10.2015 démontre la présence d'une arthrose acromio-claviculaire droite. Ni l'anamnèse ni l'examen clinique ni les examens radiologiques ne permettent de relier cette arthrose à un ancien traumatisme, antérieur ou contemporain de l'évènement du 12.11.2012. L'origine dégénérative est donc probable voire certaine. Les lésions de la coiffe des rotateurs sont très souvent responsables de douleurs de la région de l'épaule. Ces douleurs sont généralement localisées au moignon de l'épaule, irradient sur la partie antérieure et latérale du bras, parfois proximatement en direction de la nuque et parfois distalement en direction du coude. Les lésions de la coiffe se présentent sous forme de tendinite ou de rupture partielle ou totale des tendons. Les ruptures peuvent être soit traumatiques, consécutives à une chute ou à un mouvement brusque et violent de traction sur le bras, soit dégénératives consécutives à un conflit chronique au passage du tendon dans le défilé sous acromial. Cette dernière pathologie est liée à l'âge, à la morphologie du défilé sous acromial ou à des configurations tridimensionnelles osseuses particulières de l'omoplate en générale et de la glène en particulier. La présence d'un ostéophyte sous acromial traduit la modification morphologique dégénérative du défilé sous acromial provoquant une diminution de l'espace de glissement du tendon. Il s'en suit une irritation chronique et répétée de tendon qui s'enflamme. Le développement d'une telle pathologie est progressif. Les douleurs surviennent après les modifications structurelles du tendon dans un délai variable d'un individu à l'autre.

L'IRM de l'épaule droite du 29.10.2015 démontre la présence d'une tendinite du sus-épineux, d'une bursite sous acromial et d'un petit ostéophyte sous acromial. On retrouve aussi une tendinite du sous scapulaire. On ne retrouve pas de lésions traumatiques récentes ou anciennes.

Il convient de déterminer si ces lésions étaient préexistantes à l'évènement ou si elles sont apparues à la suite de l'évènement, respectivement provoquées ou révélées par l'utilisation plus importante et compensatoire du membre supérieur droit comme annoncé par l'assurée.

Parmi les éléments objectifs il faut retenir que l'assurée est droitère, âgée de 48 ans au moment de l'accident et de 51 ans au moment de l'IRM de l'épaule droite, que les lésions décrites à l'IRM de l'épaule droite du 29.10.2015 se retrouvent de manière similaire mais dans une moindre proportion à l'IRM de l'épaule gauche du 12.03.2013.

La problématique des atteintes de l'épaule, et en particulier de la coiffe des rotateurs, est traitée abondamment dans la littérature médicale.

La prévalence de lésions asymptomatiques de la coiffe des rotateurs varie selon les populations entre 17% et 40% (1). Sher et col (2)

démontrent déjà en 1995 la présence de lésions dégénératives de la coiffe des rotateurs chez des patients asymptomatiques. Needle et col (3) en 1996 ont démontré la présence à l'IRM de lésion type tendinite de la coiffe chez un grand nombre de patients asymptomatiques.

Selon Teunis et al (4), il existe des lésions de la coiffe dans un peu moins de 10% de la population âgée de 20 ans. Selon ce même auteur, la prévalence des lésions asymptomatiques de la coiffe augmente avec l'âge pour atteindre 67% de la population âgée de 80 ans.

N. Mail et col (5) rapportent dans leur étude de 2010 que des lésions asymptomatiques de la coiffe des rotateurs deviennent symptomatiques entre 4 mois et 4 ans entre le moment où les lésions dégénératives sont mises en évidence radiologiquement et les douleurs. Cette évolution est notée pour près de 60% des patients suivis.

Stenlund (6) a analysé l'apparition de tendinite de la coiffe des rotateurs chez des sportifs de haut niveau pratiquant des sports à risque tels que le handball, l'haltérophilie ou la natation de compétition. Il retrouve une augmentation du risque de développer une tendinite de la coiffe d'un facteur de 4 à 9 pour autant que le sport à risque soit pratiqué plus de 8 heures par semaine durant 20 ans.

Gumina et col (7) a analysé le risque de développer d'une tendinite de la coiffe des rotateurs d'une épaule saine dans le cas extrême de surutilisation chez des amputés de l'autre bras. Cet article démontre que ce risque n'est pas supérieur pour un amputé que pour la population normale.

A la lumière de la littérature médicale, nous retiendrons que Madame G. \_\_\_\_\_ utilise certes le membre supérieur droit de manière plus importante qu'une personne valide de l'autre bras. Nous constatons cependant

- qu'elle n'a pas d'activité physique à risque.
- que les douleurs sont apparues dans un laps de temps relativement bref comparativement à ce que dit la littérature (6).
- que les douleurs sont apparues dans un délai compatible avec un état préexistant mais qui était asymptomatique (5).
- qu'elle fait partie de la catégorie d'âge à risque de présenter une tendinite dégénérative de la coiffe des rotateurs. Preuve en est, la présence de signes similaires à l'IRM de l'épaule gauche.
- que les modifications morphologiques visibles à l'IRM du 29.10.2015 sont des facteurs favorisant le développement d'une tendinite.

Pour toutes ces raisons, il est probable, voire certain, que l'assurée présentait le jour de l'accident voire avant l'évènement annoncé, des modifications morphologiques du défilé sous acromial et des signes radiologiques de tendinite de la coiffe des rotateurs. Il s'agit de lésions dégénératives. L'utilisation plus intense du membre supérieur droit consécutive à l'atteinte traumatique du membre supérieur gauche n'a fait que révéler une pathologie préexistante. Cette pathologie serait probablement devenue symptomatique quelques mois plus tard en l'absence de cet évènement accidentel déclencheur.

## **8. RÉPONSES AUX QUESTIONS DU MANDANT**

### **8.1 Quels diagnostics retenez-vous au niveau du membre supérieur droit ?**

- Tendinite chronique du sus épineux.
- Tendinite chronique du sous scapulaire.
- Bursite sous acromiale.
- Arthrose acromio-claviculaire.

### **8.2 Parmi les atteintes à la santé diagnostiquées au membre supérieur droit, quelles sont celles qui, au moins au degré de la vraisemblance prépondérante, sont en relation de causalité avec l'accident assuré ? Veuillez svp, à cet effet, confronter les différents avis des docteurs H.\_\_\_\_\_, E.\_\_\_\_\_ et J.\_\_\_\_\_.**

Tous les diagnostics retenus ci-dessus correspondent à des atteintes dégénératives. Leur lien de causalité avec l'évènement annoncé n'est que possible voire exclu.

En effet comme expliqué au point 7, une tendinite de la coiffe des rotateurs est une lésion fréquente liée à l'âge avec un substrat anatomique qui précède généralement l'apparition des douleurs. Dans le cas présent, nous retrouvons les mêmes modifications anatomopathologiques dégénératives sur les deux épaules, ce qui renforce l'idée que l'atteinte correspond à une évolution naturelle d'une lésion dégénérative aussi bien pour l'arthrose acromio-claviculaire que pour la tendinite de la coiffe. De plus, même si des tendinites de la coiffe sont décrites à la suite d'une activité physique intense mettant spécifiquement à contribution les membres supérieurs, ces lésions n'apparaissent qu'après plus de 20 ans de pratique de l'activité à risque. Dans le cas de l'assurée les plaintes sont survenues un peu plus d'une année après le début de la sur utilisation du membre supérieur droit. Ni en termes de durée ni en termes de type d'activité nous ne pouvons retenir l'apparition de la tendinite de la coiffe comme en lien avec une surutilisation du bras droit. Nous ne sommes même pas dans la situation extrême d'une amputation du membre supérieur gauche. L'anamnèse et l'examen clinique nous rappellent que l'assurée utilise un minimum le bras gauche. Rappelons que Gumina et col (7) ont démontré que le risque de développer une tendinite du membre sain n'est pas plus élevé pour un amputé que pour la population normale.

Le Dr H.\_\_\_\_\_ a analysé la situation sous le même angle. Il a fait référence aux données de la littérature sans en mentionner les auteurs. Son analyse est pertinente. Ses conclusions sont conformes et tiennent compte de l'histoire naturelle des atteintes dégénératives de la coiffe des rotateurs.

Dans son rapport du 22.09.2015, la Dre J.\_\_\_\_\_ décrit que l'assurée présente depuis 18 mois environ des cervico brachialgies qu'elle traite par des séances de physiothérapie. La Dre J.\_\_\_\_\_ ne donne pas plus de détails quant à l'étiologie de cette cervico brachialgie droite. Le terme « cervico brachialgie » correspond plus à une constatation voire un symptôme qu'à un diagnostic. La Dre J.\_\_\_\_\_ ne fait donc qu'évoquer sans étayer

le fait que les cervico brachialgies sont la conséquence d'une surutilisation du membre supérieur droit en lien avec la perte de fonction du membre supérieur gauche. Rien n'indique dans le rapport de la Dre J. \_\_\_\_\_ qu'un substrat anatomopathologique puisse être mis en avant pour étayer un quelconque lien de causalité entre les douleurs du membre supérieur droit et l'évènement du 10.11.2012. Le rapport de la Dre J. \_\_\_\_\_ ne contredit pas non plus le fait que l'utilisation plus fréquente du membre supérieur droit ait pu révéler une pathologie préexistante, dégénérative jusqu'alors asymptomatique.

Le rapport du Dr E. \_\_\_\_\_ du 12.01.2016 est plus détaillé. Il décrit l'examen clinique du membre supérieur droit, analyse les examens complémentaires et pose le diagnostic de périarthrite scapulo-humérale droite et d'arthrose acromio-claviculaire droite. Le diagnostic de périarthrite scapulo humérale est un terme générique qui englobe toutes les pathologies de l'épaule dont les tendinites de la coiffe des rotateurs. Dr E. \_\_\_\_\_ précise que les douleurs de l'épaule droite sont consécutives à l'évènement traumatique. Rien n'indique que les pathologies sous-jacentes, soit la périarthrite scapulo-humérale et l'arthrose acromio-claviculaire, aient été provoqués par la surutilisation du membre supérieur droit. Le Dr E. \_\_\_\_\_ ne développe pas cet aspect et n'argumente pas une éventuelle relation de causalité. Le Dr E. \_\_\_\_\_ ne contredit pas non plus le fait que les douleurs de l'épaule aient été révélées par la surutilisation provoquée par la perte de fonction du membre controlatéral.

Ces trois rapports ont en point commun le fait que les douleurs de l'épaule droite sont apparues après l'évènement traumatique de 2012.

Ces rapports divergent dans l'argumentation du lien de causalité.

Ni la Dre J. \_\_\_\_\_ ni le Dr E. \_\_\_\_\_ ne posent de diagnostics traumatiques ni ne démontrent le lien de causalité entre les plaintes et l'évènement de 2012. La Dre J. \_\_\_\_\_ comme le Dr E. \_\_\_\_\_ traduisent une sorte de logique médicale par le fait que les douleurs de la région de la ceinture scapulaire respectivement les cervico-brachialgies soient consécutives à l'évènement accidentel. L'absence d'argumentation et de diagnostic ne permet pas d'exploiter ces rapports. Aucune démonstration n'est faite entre l'apparition d'une tendinite de la coiffe, la surutilisation du membre supérieur droit, l'accident de 2012 et ses conséquences sur le membre supérieur gauche.

Le Dr H. \_\_\_\_\_ reconnaît la présence d'une tendinite de la coiffe et la présence d'une arthrose acromio-claviculaire. En revanche, son argumentaire est parfaitement exploitable et démontre que les douleurs de l'épaule droite sont consécutives à la tendinite de la coiffe. Il démontre également que la tendinite de la coiffe n'est pas liée à la surutilisation du membre supérieur droit mais liée à l'évolution naturelle d'une pathologie dégénérative préexistante à l'évènement accidentel qui était restée asymptomatique jusqu'en janvier 2014.

### **8.3 Parmi les atteintes à la santé que vous avez constatées, quelles sont celles qui, au moins au degré**

**de la vraisemblance prépondérante, reposent sur un substrat organique ?**

Les diagnostics retenus au point 8.1 reposent sur un substrat organique.

**8.4 Quelles constatations permettent d'objectiver ce substrat organique ?**

Les diagnostics retenus au point 8.1 reposent sur des modifications anatomopathologiques démontrées par l'imagerie radiologique décrite au point 5.

**8.5 L'état de santé est-il influencé par des facteurs étrangers à l'accident ? Si ou, lesquels ?**

Considérant uniquement les plaintes du membre supérieur droit, tous les diagnostics retenus sont étrangers à l'accident de 2012. Les plaintes du membre supérieur gauche sont en lien de causalité probable voire certain avec l'évènement annoncé.

**8.6 Dans le cas où vous estimez que le lien de causalité naturelle est donné, confirmez-vous les limitations fonctionnelles déjà retenues par les spécialistes ? Veuillez motiver.**

Les limitations fonctionnelles du membre supérieur gauche telles que retenues par les différents spécialistes sont conformes à la situation clinique actuelle. La situation est stabilisée et les taux d'IPAI sont conformes aux tables de la SUVA. Ne tenant compte que de l'atteinte du membre supérieur gauche, la capacité de travail peut effectivement être totale dans une activité adaptée. Considérant l'atteinte malade supplémentaire du membre supérieur droit, la réduction de la capacité de travail dans une activité adaptée à 50% est également conforme à la situation médicale de l'assurée.

**8.7 Des traitements sont-ils nécessaires à la conservation ou à l'amélioration de la capacité résiduelle de gain ? Des traitements sont-ils nécessaires au maintien de l'état de santé actuel ? Cas échéant quels traitements préconisez-vous ?**

En ce qui concerne le membre supérieur gauche, la situation est stabilisée et il n'y a aucun traitement qui ne permettraient d'améliorer la capacité résiduelle de gain.

Des exercices personnels simples d'entretien de la mobilité résiduelle de l'épaule gauche et du coude gauche permettent de maintenir l'état de santé actuel.

En ce qui concerne le membre supérieur droit, nous constatons que les amplitudes articulaires ne se sont pas aggravées durant les 7 dernières années alors que la force au test de Jamar montre une amélioration (15kg en 2015 pour 28 kg en 2022) alors qu'aucun traitement spécifique n'a été entrepris. Nous retiendrons que l'histoire naturelle des tendinites de la coiffe se fait généralement vers l'aggravation. On peut s'attendre à l'avenir à

des poussées douloureuses qui pourraient conduire à de nouvelles incapacités transitoires de travail, à la prise plus régulière d'antalgique, à des infiltrations cortisonées, voire même en dernier lieu à une intervention chirurgicale.

**8.8 Les atteintes à la santé au membre supérieur droit dues à l'accident constituent-elles une atteinte à l'intégrité physique importante et durable ?**

L'atteinte du membre supérieur droit n'est pas en lien de causalité avec l'accident. Aucune atteinte à l'intégrité n'est justifiée pour le membre supérieur droit. »

**D.** Par déterminations du 10 août 2022, l'intimée a indiqué ne voir aucun motif objectif valable pour s'écarter des conclusions de l'expertise, lesquelles confirment que les troubles au membre supérieur droit ne sauraient être mis en relation de causalité avec l'accident du 10 novembre 2012. Elle relève que, singulièrement, littérature médicale à l'appui, l'expert considère comme probable, voire certain que la recourante présentait le jour de l'accident, voire avant l'événement annoncé, des modifications morphologiques, soit des lésions dégénératives, et que « *[l]'utilisation plus intense du membre supérieur droit consécutive à l'atteinte traumatique du membre supérieur gauche n'a fait que révéler une pathologie préexistante. Cette pathologie serait probablement devenue symptomatique quelques mois plus tard en l'absence de cet événement accidentel déclencheur* ». Indiquant que la qualité formelle du rapport d'expertise ne saurait être remise en cause, dès lors qu'il répond aux critères dégagés par la jurisprudence pour se voir reconnaître pleine valeur probante (ATF 134 V 231 consid. 5.1), l'intimée souligne encore que l'expert s'est prononcé, en réponse à la question 8.6, sur le statut clinique global de la recourante, considérant l'atteinte malade supplémentaire du membre supérieur droit. Elle rappelle que pour les seules conséquences de l'accident du 10 novembre 2012, ne tenant compte que de l'atteinte du membre supérieur gauche, la capacité de travail est considérée comme totale dans une activité adaptée. En définitive, l'atteinte au membre supérieur droit n'étant pas en lien de causalité avec l'accident du 10 novembre 2012, au degré de la vraisemblance prépondérante, elle ne saurait être à charge de l'assurance-accidents, de sorte que la décision sur opposition du 11 janvier 2016 doit être confirmée.

Par déterminations du 13 octobre 2022, la recourante indique avoir été surprise à la lecture du rapport d'expertise du 12 juillet 2021. Elle déclare avoir été très affectée de constater que les plaintes qu'elle a exprimées n'ont pas été entendues par l'expert, alors que, raisonnablement elle n'a pu que constater l'apparition de ses douleurs au bras droit conséquemment aux problèmes rencontrés avec son bras gauche. Elle fait valoir avoir été en bonne santé avant l'accident, de nature plutôt souple, d'où la fluidité de ses mouvements et insiste sur le fait qu'elle « n'est pas du genre à se plaindre » et que si elle présente des douleurs aux membres, c'est que celles-ci sont présentes. Concernant la cohérence de ses plaintes et de son comportement, elle se réfère à l'avis des médecins de la Clinique romande de réadaptation qui avaient loué son esprit résilient et le fait qu'elle ne se plaint pas « dans le vide ». La recourante dit en outre avoir été frappée, lors de l'expertise, par le fait que l'expert n'a posé pratiquement aucune question sur le bras droit, alors que c'était le sujet de l'expertise, et que c'est elle qui a dû expliquer ce qu'il en était. Ce n'est qu'à la toute fin de l'expertise que le Dr A. \_\_\_\_\_ a déclaré que le bras accidenté – soit le gauche – ne l'intéressait pas, alors que, lors de toute l'expertise la plupart des questions étaient orientées sur ce dernier uniquement. Elle conteste que ce soit l'expert qui ait investigué en « dirigeant les questions », faisant valoir que c'est elle qui a dû faire état exhaustivement de son état de santé pour que l'expert ait une vue d'ensemble. Enfin, l'assurée indique qu'il lui a « avoué » être très régulièrement mandaté par la CNA, ce qu'elle estime regrettable dans la mesure où il aurait été « souhaité » qu'un expert « totalement neutre » soit nommé. Pour l'ensemble de ces motifs, la recourante conteste les conclusions de l'expertise.

### **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).

La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

**b)** En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2. a)** En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1).

**b)** En l'espèce, est seule litigieuse la question du taux de la rente d'invalidité et l'étendue de l'atteinte à l'intégrité, plus particulièrement l'existence d'un lien de causalité entre l'accident du 10 novembre 2012 et les troubles au membre supérieur droit que présente la recourante.

En effet, l'assurée ne conteste pas l'évaluation médicale de l'atteinte au membre supérieur gauche et les conséquences sur sa capacité de travail, de même que le taux d'invalidité et de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI) qui découlent de cette seule atteinte. Elle reproche uniquement à l'intimée d'avoir nié l'existence d'un lien de causalité entre l'atteinte à son membre supérieur droit et l'accident assuré et, partant, de ne pas avoir tenu compte de dite atteinte pour calculer le taux d'invalidité et le montant de l'IPAI.

**c)** Les modifications introduites par la novelle du 25 septembre 2015, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2017 et modifiant diverses dispositions de la LAA, ne sont pas applicables au cas d'espèce, vu la date de l'accident assuré (cf. ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification [RO 2016 4388]). De même, ce sont les dispositions de la LPGA en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020 qui sont applicables.

**3. a)** Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

**b)** Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière sans l'événement accidentel. 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 la personne assurée, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 ; 142 V 435 consid. 1 et les références).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références). Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1).

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement *post hoc ergo propter hoc* ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C\_140/2021 du 3 août 2021 consid. 3.5). 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 (TF 8C\_117/2020 du 4 décembre 2020 consid. 3.1).

**c)** 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).

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 (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références ; TF 8C\_733/2020 du 28 octobre 2021 consid. 3.3).

**4.** Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; ATF 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 264 consid. 3).

Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. 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\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

**5.** En l'espèce, la Cour de céans constate que, conformément aux exigences jurisprudentielles en la matière, la question du lien de causalité entre l'événement du 10 novembre 2012 et l'atteinte à l'épaule droite que présente la recourante a fait l'objet d'une étude circonstanciée de la part de l'expert judiciaire. Son rapport se fonde sur des examens complets et prend en considération les plaintes exprimées par l'assurée. Il a été établi en pleine connaissance du dossier (soit notamment l'anamnèse, les rapports médicaux des Drs E.\_\_\_\_\_, J.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_, ainsi les examens radiologiques [IRM] pertinents figurant au dossier) et décrit avec précision le contexte médical. L'appréciation de la situation médicale est claire et détaillée et enfin les conclusions sont bien motivées. Ceci étant, il y a lieu de reconnaître au rapport d'expertise du Dr A.\_\_\_\_\_ du 12 juillet 2022 une pleine valeur probante, nonobstant les griefs de la recourante.

En effet, contrairement à ce que soutient l'assurée, l'expert a pour l'essentiel fait porter l'expertise sur la question du lien de causalité naturelle entre l'accident du 10 novembre 2012 et les troubles que la recourante a développés au membre supérieur droit à partir de 2014 (cf. rapport d'expertise, pp. 2-4). Il a lui-même dirigé les questions sur les douleurs et les atteintes au membre supérieur et à l'épaule droits, alors que la recourante se plaignait et se focalisait essentiellement sur l'épaule gauche et indiquait ne pas être d'accord avec le taux d'invalidité et l'IPAI concernant le membre supérieur gauche (cf. rapport, p. 5).

Questionnée sur l'atteinte au membre supérieur droit, la recourante a décrit des douleurs diffuses partant de la région para cervicale droite et irradiant vers le moignon de l'épaule droite. Il n'y avait pas de paresthésie ni de sensation de perte de force. Il n'y avait pas d'amélioration ni d'aggravation sensible entre 2014 et aujourd'hui selon l'expertisée.

Le Dr A. \_\_\_\_\_ a procédé à un examen clinique approfondi du membre supérieur droit. Il a également vérifié la mobilité des deux membres supérieurs et examiné avec soin les rapports radiographiques (IRM) figurant au dossier. Au point 7 du rapport relatif à l'évaluation de la cohérence et de la plausibilité, il a clairement décrit le processus pouvant mener à des pathologies de la ceinture scapulaire, expliquant que différentes structures pouvaient être responsables de douleurs. Il a exclu de manière motivée, à l'aide des bilans radiologiques et de l'examen clinique, une pathologie soit dégénérative, soit traumatique de l'articulation glénohumérale droite. Il a toutefois constaté que l'IRM de l'épaule droite montrait la présence d'une arthrose acromio-claviculaire droite.

Concernant l'atteinte à l'épaule litigieuse, l'expert a posé les diagnostics de tendinite chronique du sus épineux, de tendinite chronique du sous scapulaire, de bursite sous acromiale et d'arthrose acromio-claviculaire. Il a examiné si ces lésions étaient préexistantes à l'événement ou si elles étaient apparues à la suite de l'événement assuré, respectivement provoquées ou révélées par l'utilisation plus importante et compensatoire du membre supérieur droit comme annoncé par l'assurée. Après avoir étudié de manière particulièrement fouillée la littérature médicale sur le sujet, il a conclu que la recourante présentait le jour de l'accident, voire avant l'événement annoncé, des modifications morphologiques du défilé sous acromial et des signes radiologiques de tendinite de la coiffe des rotateurs à l'épaule droite. Il a expliqué en détail pour quels motifs on devait admettre qu'il s'agissait de lésions dégénératives, tant en raison des données scientifiques à disposition qu'au vu des IRM respectives des deux épaules. Toujours en se fondant

sur son examen clinique, sur l'examen des IRM des deux épaules et de la littérature médicale, l'expert a également expliqué pourquoi l'utilisation plus intense du membre supérieur droit consécutive à l'atteinte traumatique du membre supérieur gauche n'avait fait que révéler une pathologie préexistante, laquelle serait probablement devenue symptomatique quelques mois plus tard, en l'absence de cet événement accidentel déclencheur. Il a exposé minutieusement les motifs pour lesquels ni l'anamnèse, ni l'accident, ni l'examen clinique, ni les examens radiologiques ne permettaient de relier les atteintes à l'épaule droite à un ancien traumatisme, antérieur ou contemporain à l'événement du 12 novembre 2012 (cf. rapport pp. 13-16). Relevant que s'il était vrai que la recourante utilisait le membre supérieur droit de manière plus importante qu'une personne valide de l'autre bras et notamment exclu que la surutilisation du bras droit soit en lien de causalité avec la tendinite de la coiffe, il a conclu à l'origine dégénérative probable voire certaine de l'atteinte à l'épaule droite. Pour ce faire, toujours à la lumière de la littérature médicale, il a observé que la recourante n'avait pas d'activité physique à risque, que ses douleurs étaient apparues dans un laps de temps relativement bref comparativement à ce que dit la littérature et dans un délai compatible avec un état préexistant qui était asymptomatique, qu'elle faisait partie de la catégorie d'âge à risque de présenter une tendinite dégénérative de la coiffe des rotateur (présence de signes similaires à l'IRM de l'épaule gauche) et que les modifications morphologiques visibles à l'IRM de l'épaule droite du 29 octobre 2015 étaient des facteurs favorisant le développement d'une tendinite.

Enfin, l'expert a confronté de manière convaincante les différents avis des Drs H.\_\_\_\_\_, E.\_\_\_\_\_ et J.\_\_\_\_\_ et conclu que l'atteinte à l'épaule droite n'est pas en lien de causalité avec l'accident, ce que les Drs E.\_\_\_\_\_ et J.\_\_\_\_\_ n'avaient pas démontré dans leurs rapports respectifs, plutôt descriptifs de ladite atteinte. Ses réponses aux questions posées par les parties sont claires et précises.

Au vu de ce qui précède, il y a lieu de reconnaître à l'expertise judiciaire une pleine valeur probante. C'est en vain que la recourante fait

valoir qu'elle aurait souhaité qu'un expert totalement neutre soit nommé dans la mesure où celui-ci lui aurait indiqué être régulièrement mandaté par la CNA. En effet, si elle entendait faire valoir un motif de récusation à l'égard de cet expert, il convient de constater que celui-ci est tardif car la recourante a eu à tout le moins à deux reprises la possibilité de faire valoir ses objections à la désignation de cet expert. Elle avait également la possibilité de poser des questions complémentaires, ce qu'elle n'a pas fait. De même, les critiques de la recourante à l'égard du déroulement de l'expertise ne sauraient être considérées comme crédibles dans la mesure où ce n'est qu'à réception du rapport d'expertise qu'elle les a émises. Si elle estimait, lorsqu'elle a été examinée par l'expert le 19 avril 2022, que celui-ci n'était pas à son écoute et ne se préoccupait que de l'épaule gauche - laquelle n'est pas en cause dans la présente procédure de recours -, il lui était loisible de faire part à la Cour de céans de ses doléances, ce qu'elle n'a pas fait.

**6.** L'expertise judiciaire ayant pleine valeur probante, il y a lieu de retenir que l'atteinte à l'épaule droite n'est pas en lien de causalité avec l'accident assuré. Cela étant, la décision sur opposition rendue par l'intimée le 11 janvier 2016 doit être confirmée. En effet, l'absence de lien de causalité entre l'atteinte à l'épaule droite et l'événement du 10 novembre 2012 ne permet pas de revoir le taux de la rente d'invalidité ni celui de l'IPAI alloués en raison de la seule atteinte au membre supérieur gauche, la recourante n'ayant pas contesté ce dernier point.

**7. a)** En conclusion, le recours doit être rejeté. La décision sur opposition rendue par l'intimée le 11 janvier 2016 est confirmée.

**b)** Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020 et art. 1 LAA), ni d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA a contrario).

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

- I.** Le recours est rejeté.
  
- II.** La décision sur opposition rendue par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents le 11 janvier 2016 est confirmée.
  
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Flore Primault, avocate à Lausanne (pour la recourante),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, Division juridique, à Lucerne,
- Office fédéral de la santé publique, à Berne,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :