

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 11 novembre 2022

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
M. Neu, juge, et M. Oppikofer, assesseur
Greffier : M. Favez

Cause pendante entre :

R. _____, à [...], recourant, représentée par le Syndicat E. _____, à [...],

et

A. _____ **SA**, à [...], intimée.

Art. 9 al. 2 LAA

E n f a i t :

A. R._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 196[...], a travaillé à 85 % pour S._____ en qualité de caissière depuis le 4 janvier 1999. A ce titre elle était assurée obligatoirement contre les accidents professionnels et non professionnels et contre les maladies professionnelles auprès de A._____ SA (ci-après : A._____ SA ou l'intimée).

Le 1^{er} août 2004, l'assurée a perdu l'équilibre en descendant d'une voiture et s'est retenue des deux mains à la portière ouverte de la voiture. Des douleurs sont apparues, surtout dans l'épaule droite. Elle a repris le travail le lendemain.

Dans un rapport du 16 août 2004, le Dr L._____, spécialiste en médecine interne générale, a posé le diagnostic de distorsion de l'épaule droite avec une bursite sous-acromiale et une tendinite du long chef du biceps. L'assurée s'est trouvée en incapacité totale de travail dès le 17 août 2004. Elle a pu reprendre son activité à 50 % à partir du 7 septembre 2004, puis à 100 % à partir du 21 septembre 2004.

A la suite d'une rechute signalée à A._____ SA le 22 septembre 2005, une IRM réalisée le 28 septembre 2005 a révélé une tendinopathie du supra-épineux intact ainsi que du sous-scapulaire.

A._____ SA a pris en charge l'évènement du 1^{er} août 2004 et la rechute du 22 septembre 2004 au titre de l'assurance-accidents, ce jusqu'à la reprise du travail.

B. En raison de douleurs à l'épaule, l'assurée s'est retrouvée en arrêt de travail depuis le 18 février 2019.

L'assurée a consulté le Y._____. Dans un rapport du 20 mars 2019, la Dre C._____, spécialiste en médecine du travail, a posé

le diagnostic principal de rupture de la coiffe des rotateurs à droite et, à titre de comorbidités, de syndrome du canal carpien bilatéral opéré en 1995, d'arthrodèse des deux pouces et de cure d'un kyste synovial au quatrième doigt de la main gauche, d'épicondylite du coude droit opéré, de scoliose et de spondylarthrose étagée de L4 à S1 avec arthrose des apophyses postérieures. Elle a fait savoir ce qui suit :

R._____ exerce un métier où les sollicitations biomécaniques sont nombreuses. En effet, les mouvements répétés pour scanner les marchandises ainsi que la posture assise maintenue et la posture debout en piétinant lors de la gestion des caisses en libre-service à disposition des clients sont des expositions biomécaniques repérées dès l'interrogatoire.

Une littérature abondante relie ces contraintes biomécaniques avec certains des troubles musculo-squelettiques que R._____ a présenté, comme le syndrome du canal carpien bilatéral et l'épicondylite droite ainsi que l'atteinte de la coiffe des rotateurs bilatérale que R._____ présente. En effet, à droite R._____ présente une tendinopathie du sus et du sous épineux alors qu'à gauche elle présente déjà une rupture de la coiffe des rotateurs.

Compte tenu du fait que les troubles musculo-squelettiques sont souvent associés à des situations de souffrance et travail, il me paraît utile que certains aménagements du poste de travail soient proposés à l'employeur en amont de tout retour au poste. La possibilité de prendre des pauses serait à discuter de même qu'un aménagement limitant la station debout ou la position assise prolongée. De même la question des cadences est à discuter de sorte à ne pas augmenter les douleurs chez R._____. Au cas où ces aménagements ne seraient pas possibles, cette discussion avec l'employeur, compte tenu de la taille de l'entreprise, pourrait s'orienter vers une mutation de R._____ vers un poste de travail moins sollicitant.

Dans un rapport du 28 mars 2019, la Dre T._____, spécialiste en médecine interne générale, a posé les diagnostics de scapulalgies bilatérales au mois de juin 2017, de tendinite du sus-épineux à l'épaule droite avec un épanchement de la bourse sous-acromio-détoïdienne, de rupture du sus-épineux à l'épaule gauche avec un épanchement de la bourse sous-acromio-détoïdienne, d'arthropathie inflammatoire sévère de l'articulation acromio-claviculaire, de bursite sous acromio-détoïdienne réactionnelle et de tendinopathie du sous épineux de la partie postérieure de ce tendon. Elle a estimé que l'activité actuelle n'était plus exigible, mais qu'une activité adaptée était envisageable à 50 %.

Dans une procédure séparée, l'assurée a déposé, le 10 mai 2019, une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI).

Dans un rapport du 15 août 2019, [...], ergonomiste mandaté par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI), a exposé ce qui suit :

« **1.1. Remarque initiale**

Il n'y a pas de lien évident entre l'activité et les douleurs qui sont décrites comme présentes en continu.

La sous-activité des bras semble permettre une réduction des douleurs.

Dans ce contexte, il est difficile de cerner des pistes d'amélioration étant donné que la suppression du geste de caisse (activité bimanuelle répétitive avec port de charge et force de glissement) n'est pas garante d'une amélioration de la situation douloureuse.

(...)

1.3. L'activité

L'observation de l'activité indique que R. _____ travaille debout, en alternance avec la position assise.

La posture de travail et la gestuelle est tout à fait adaptée à l'activité en caisse et ne peut être modifiée.

Un siège qui permettrait un soutien dorsal, et donc une réduction de l'activité musculaire des épaules, n'est pas indiqué étant donné le travail principalement effectué debout.

Il n'y a pas de modification possible au niveau de l'activité en terme de fréquence gestuelle ou au niveau de l'environnement. »

Le 27 août 2019, l'employeur de l'assurée a adressé une déclaration de sinistre LAA à A. _____ SA en faisant état d'une suspicion de maladie professionnelle dans le cadre d'une coordination avec l'assureur maladie perte de gains.

Dans un rapport du 7 octobre 2019, la Dre C. _____ d'Y. _____ a posé le diagnostic de maladie professionnelle en raison de troubles musculo-squelettiques étagés multiples et bilatéraux des membres supérieurs accompagnés de comorbidités ostéoarticulaires rachidiennes et confirmé sa précédente appréciation.

A._____ SA a interrogé l'assurée le 18 octobre 2019. Au moment de préciser les circonstances auxquelles elle attribuait ses douleurs, l'assurée a répondu qu'elle a commencé à ressentir des douleurs dans les épaules à la fin de l'année 2018. Au départ plus accentuées à droite, celles-ci s'étaient propagées à l'épaule gauche. Dès le mois de janvier 2019, les douleurs étaient stationnaires, localisées dans les épaules et estimées à 7-8/10. A cette époque, l'intéressée a fait état de reproches concernant son rendement. En février 2019 L'assurée a constaté une aggravation progressive et intense de ses douleurs jusqu'à la faire pleurer de souffrance avec des pics cotés à 10/10 dès le mois de février 2019. Elle a précisé qu'elle avait consulté son médecin le 17 février 2019. L'assurée a indiqué que le mouvement effectué, la sollicitation du membre, la position du corps et le poids de la charge étaient à l'origine des troubles.

Dans un rapport du 28 novembre 2019, la Dre T._____ a posé le diagnostic principal, pour l'épaule gauche, d'arthrose évoluée acromio-claviculaire et de fissure partielle intratendineuse de la partie antérieure et distale du tendon sus-épineux, et pour l'épaule droite, d'arthrose évoluée au niveau acromio-claviculaire, de bursite sous acromio-deltoïdienne et de tendinopathie de grade 2 1/3 distal du tendon sus-épineux. Elle a apprécié la situation comme il suit :

« La répétition des gestes en caisse depuis 20 ans a certainement provoqué l'arthrose de ses deux épaules ainsi que les problèmes musculo-tendineux associés. Je pense que l'activité professionnelle a exclusivement, à 98 %, provoqué tous ces troubles actuels ; je réserve 2 % pour l'usure naturelle. J'attire l'attention que la patiente a démarré tous ces troubles bien avant sa ménopause. »

A._____ SA a soumis le dossier à son médecin conseil, le Dr I._____, spécialiste en médecine interne générale et en médecine du travail, qui a émis une appréciation le 21 avril 2020. Ce spécialiste a confirmé les diagnostics retenus par la Dre T._____ dans son rapport du 28 novembre 2019 (p. 2, ch. 2.1). Il a répondu comme il suit aux questions de A._____ SA (traduction libre de l'allemand) :

1.1 Appréciation générale (Anamnèse, affection préexistante/pathologie, constatations médicales, désavantage persistant, limitation fonctionnelle).

(...)

R. _____ présente un nombre élevé de comorbidités. Ainsi, le rapport médical du 20.03.2019 de la Dre C. _____, (...) mentionne un diabète de type II, une hypertension artérielle, une obésité (BMI>40), un syndrome du canal carpien opéré des deux côtés, une épicondylite droite opérée, une scoliose, une spondylarthrose de la colonne vertébrale, des problèmes psychiques, une hernie hiatale, une diverticulose, une sigmoïdite et un status après ablation de la vésicule biliaire.

(...)

1.2 Les lésions constatées peuvent-elles naître spontanément (sans la survenance d'un événement traumatique, suite à un effort, une surcharge, à l'exercice de l'activité professionnelle) ? Des problèmes/facteurs à caractère pathologique ont-ils joué un rôle dans la genèse des lésions constatées ? Si oui, lesquels ? Ces facteurs ont-ils eu uniquement une influence désavantageuse ou ont-ils été à l'origine de l'atteinte ? Votre appréciation médicale.

Les douleurs d'épaule avec limitation des mouvements sont fréquentes, surtout avec l'âge. Elles apparaissent en effet très souvent sans cause déclenchante précise. La plupart du temps, elles sont d'abord unilatérales, puis rapidement bilatérales. Les femmes sont plus souvent touchées que les hommes. Il n'y a pas d'accumulation dans un groupe professionnel, les employés de commerce sont tout aussi touchés que les coiffeurs ou les ouvriers de la construction. Il semble qu'il n'y ait un lien qu'en cas de travail prolongé avec les bras au-dessus de la tête et de travail pénible.

Les processus dégénératifs entraînent des irritations et des inflammations des tissus mous autour de l'articulation de l'épaule, notamment de la coiffe des rotateurs. Il en résulte des phénomènes de pincement, des inflammations des bursites, des déchirures de tendons et de l'arthrose.

Si l'épaule est maintenue au repos en raison de la douleur, c'est-à-dire qu'elle ne bouge presque plus, la capsule articulaire se restreint et finit par former ce que l'on appelle une "épaule gelée". C'est exactement ce qui semble s'être passé chez l'assurée.

Les comorbidités mentionnées au point 1.1 ont une influence sur l'apparition des atteintes aux épaules. Selon des études, les troubles de l'épaule sont plus fréquents en cas de diabète sucré et d'obésité. L'assurée souffre également de maladies rhumatismales telles que le syndrome du canal carpien, l'épicondylite, la spondylarthrose et la scoliose. Ces comorbidités ont à la fois un effet négatif et un effet causal. »

(...)

3. Nature de la lésion et cause imputable

3.1 Sommes-nous en présence de lésions inhérentes à l'accident du 01.08.2004 ? Quels troubles/atteintes sont à imputer avec un degré de vraisemblance prépondérante à un événement accidentel ? Est-ce que l'accident (l'événement) du 01.08.2004 est une cause des troubles constatés ? à préciser

La réponse à cette question est "non". Selon les documents en ma possession, l'accident du 01.08.2004 était un traumatisme léger de l'épaule droite sans lésion des structures anatomiques. Un an plus tard, l'assurée a de nouveau ressenti des douleurs à l'épaule droite, prises en charge comme séquelles de l'accident. A cette époque, l'IRM n'avait révélé qu'une tendinopathie et tous les tendons étaient intacts. L'amélioration a été rapide. Par la suite, l'assurée n'a plus souffert de douleurs jusqu'à fin 2017.

La rupture partielle du tendon du supra-épineux constatée lors l'IRM du mois de novembre 2019 se situe du côté gauche. Les douleurs actuelles de l'épaule sont de nature dégénérative et n'ont aucun lien avec l'accident de 2004.

3.2. Existe-t-il une atteinte selon la liste exhaustive suivante mentionnée à l'art. 6, al. 2 LAA

(...)

Si non, pour quelles raisons ?

La réponse à cette question est également "non". D'après les documents dont je dispose, les douleurs sont apparues lentement et ont augmenté avec le temps. Aucun traumatisme n'est décrit, ni aucun événement significatif.

3.3 L'atteinte dans sa globalité peut-elle être à l'origine imputée de manière prépondérante (> 50 %) à une usure ou à une maladie? Nous vous prions de justifier votre réponse.

Comme indiqué dans les réponses ci-dessus, il s'agit d'une atteinte dégénérative.

(...)

4.2 Maladies selon l'article 9 alinéa 1 LAA : S'agit-il d'une affection de la liste exhaustive des substances nocives et travaux concernés selon l'article 14 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA), à l'annexe 1 de ladite ordonnance. Laquelle ? à préciser

Dans le cas présent, il s'agit de savoir si le travail de caissière a provoqué les troubles. Aucune substance chimique n'est en cause. Comme cette activité ne figure pas dans la liste, le cas doit être examiné selon l'art. 9.2 LAA.

4.3 Maladies selon l'article 9 alinéa 2 LAA : S'agit-il d'une maladie due exclusivement ou de manière nette prépondérante à l'activité professionnelle ? Estimez-vous que la relation de cause à effet (activité professionnelle/affection) est: certaine (100 %) ? fortement vraisemblable (supérieure ou égale à 75 %) ? possible (inférieure ou égale à 50 %) ? à préciser.

Voir également mes réponses aux questions 1.1 et 1.2.

A mon avis, la charge professionnelle ne représente qu'une partie restreinte de l'ensemble des causes. Comme indiqué aux points 1.1 et 1.2, d'autres facteurs prédominent. Dans le cas de l'assurée, il s'agit en particulier du sexe, de l'âge, des maladies métaboliques (obésité, diabète) et des autres maladies rhumatismales préexistantes (syndrome du tunnel carpien, épicondylite, douleurs dorsales), dont font également partie ces types de douleurs à l'épaule, ce qui permet de conclure à une prédisposition correspondante.

Dans l'activité de caissière, les épaules sont sans aucun doute sollicitées, mais pas de manière excessive ou dans une position anatomique défavorable. Comme nous l'avons dit, il s'agirait d'un travail permanent au-dessus de la tête ou d'un travail lourd avec des poids élevés.

En cas de lien évident avec le travail, nous nous attendrions à une amélioration des troubles en cas d'arrêt de l'activité. Or, ce n'est pas le cas de R._____, comme l'indique entre autres le rapport du 15 août 2019 de l'ergonome [de l'AI]. Il a examiné le poste de travail avec l'assurée et a appris qu'une réduction du travail n'avait pas apporté d'amélioration et qu'il n'y avait pas de lien entre les activités et les douleurs. Les périodes d'incapacité de travail n'ont guère apporté d'amélioration non plus.

Il ne faut pas oublier que l'épaule est également sollicitée en dehors du travail. D'une part, dans les activités liées au ménage (étendre le linge, nettoyer les vitres, faire les courses, cuisiner, passer l'aspirateur, etc.), et d'autre part, dans « l'aide importante apportée à sa fille avec quatre enfants" mentionnée dans le rapport de la Dre C._____.

Il est certain que la charge de travail en tant que caissière doit être considérée comme une cause partielle, mais jamais à plus de 75 %. (...).

A._____ SA a communiqué les résultats de ses investigations à l'assurée le 4 mai 2020, l'invitant à présenter d'éventuelles observations.

L'assurée, désormais représentée par le syndicat E._____, a présenté ses objections le 15 juillet 2020. Se fondant sur un rapport du 8 juin 2020 du Dr X._____, spécialiste en rhumatologie, elle s'est prévalu d'une incapacité de travail de 50 %. Fondée sur le rapport du 28 novembre 2019 de la Dre T._____, elle a soutenu que les atteintes à la santé affectant les épaules étaient dues, à 98 %, à son activité professionnelle.

Par décision du 20 août 2020, A._____ SA a refusé l'octroi de prestations de l'assurance-accidents. La caisse a nié que les conditions d'une rechute étaient réunies, indiquant que les atteintes à la santé n'étaient pas en lien de causalité avec l'accident du 1^{er} août 2004. Elle n'a pas retenu de lésions assimilées à un accident, estimant que les atteintes étaient dues, au moins de manière prépondérante (c'est-à-dire à raison de plus de 50 %), à l'usure. Enfin, les conditions requises pour la reconnaissance d'une maladie professionnelle n'étaient pas réunies.

L'assurée, par son syndicat, s'est opposée le 21 septembre 2020 à cette décision. Elle a demandé la prise en charge des atteintes à la santé, alléguant qu'elles étaient consécutives à une maladie professionnelle.

Sollicité pour avis, le Dr I. _____ a répondu comme il suit aux questions de A. _____ SA dans une appréciation du 11 décembre 2020 (traduction libre de l'allemand) :

« 1. Compte tenu des nouveaux rapports médicaux, il se pose la question, si vous maintenez votre prise de position du 21.04.2020 ? Qu'est-ce que les faits médicaux changent-ils ? Merci de détailler votre réponse.

Les nouveaux rapports ne modifient pas ma prise de position du 21.04.2020. Dans le rapport du Dr X. _____ du 08.06.2020, il est tout d'abord fait mention d'une gonarthrose, c'est-à-dire d'une arthrose de l'articulation du genou, des deux côtés, ainsi que d'anticorps antinucléaires. Ces derniers indiquent un processus auto-immun, c'est-à-dire que des anticorps sont produits contre soi-même. Il relate en outre d'un syndrome de douleur chronique, à savoir une fibromyalgie. Ces éléments appuient la thèse du précédent avis selon laquelle les douleurs à l'épaule ne sont pas causées par le travail de caissière, mais possèdent une cause endogène.

2. De plus il se pose la question si son activité de caissière avait comme résultat une aggravation de l'état préexistant ? Si oui, est-ce que cette aggravation est due au moins le 75 % à son activité professionnelle ? Merci de détailler votre réponse.

Les atteintes dégénératives débutent lentement et progressent. Au début, elles ne provoquent pas de troubles tels qu'une limitation des mouvements, des douleurs ou des paresthésies. Ce n'est qu'à partir d'un certain moment que ces troubles apparaissent. (...)

Il en va de même pour les douleurs à l'épaule de l'assurée. Les douleurs ont été remarquées à un moment ou à un autre, peut-être en raison de l'activité déployée pour S. _____, mais peut-être aussi lors d'une autre activité. L'activité de caissière n'a guère entraîné d'aggravation, ou alors dans une moindre mesure. Selon toutes évidences, les douleurs étaient présentes au travail et perçues comme plus douloureuses lors de mouvements, mais évitées dans la vie quotidienne.

La réponse à votre question est donc négative. »

A. _____ SA a en outre recueilli des renseignements auprès de l'office AI. Dans un rapport du 23 février 2021, à l'issue d'un examen clinique, le Dr D. _____, spécialiste en rhumatologie et en médecine

physique et réadaptation, médecin au Service médical régional de l'AI, a posé les diagnostics suivants (p. 8) :

« Avec répercussion durable sur la capacité de travail

DIAGNOSTIC PRINCIPAL

- **LOMBALGIES CHRONIQUES, NON DÉFICITAIRES, DANS UN CONTEXTE DE PROTRUSION FORAMINALE G EN L4-L5, TROUBLES DÉGÉNÉRATIFS ARTICULAIRES POSTÉRIEURS ÉTAGÉS PRÉDOMINANT EN L5-S1.**

(...)

DIAGNOSTICS ASSOCIÉS

- **TENDINOPATHIE BILATÉRALE DU SUPRA-ÉPINEUX, ARTHROSE BILATÉRALE ACROMIO-CLAVICULAIRE.**

Sans répercussion sur la capacité de travail

- **FIBROMYALGIE.**
- **CERVICALGIES COMMUNES DANS UN CONTEXTE DE TROUBLES DÉGÉNÉRATIFS DÉBUTANTS.**
- **STATUS POST-ARTHRODÈSE DES DEUX POUCES.**
- **ANTÉCÉDENTS PERSONNELS D'ÉPICONDYLITE D OPÉRÉE. »**

Le Dr D. _____ a apprécié le cas en ces termes (pp. 9-10) :

« L'examen clinique montre une femme de 57 ans avec un état de santé général que nous qualifions de conservé, l'assurée a un surplus pondéral important, elle a une obésité de classe II avec un BMI à 39.4. Sa TA diastolique est à la limite supérieure, alors que l'assurée a pris son traitement antihypertenseur, il n'y a pas d'insuffisance cardiaque. Nous conseillons à l'assurée de contrôler sa tension à domicile et d'informer son MT en cas de persistance de valeurs élevées.

L'examen neurologique est normal, il n'y a pas de déficit sensitivomoteur en relation avec d'éventuels troubles dégénératifs du rachis. Il n'y a pas de sciatgie irritative.

Au niveau des épaules, nous constatons une trophicité de la coiffe des rotateurs normale, une adiposité au niveau des bras, l'assurée a une limitation modérée de l'abduction, douloureuse ddc ; les quatre tests de la coiffe des rotateurs sont tenus contre une résistance modérée, nous faisant conclure que la coiffe des rotateurs est compétente ; il n'y a pas de signe de conflit sous-acromial ; le test d'adduction forcée mettant sous contrainte l'acromio-claviculaire est négatif, déclenche à D une douleur du trapèze, mais pas de douleurs au niveau de l'acromio-claviculaire ; la palpation est douloureuse sur toute la tête humérale D, sur le tubercule majeur G (lieu d'insertion du supra-épineux) et sur l'acromio-claviculaire D. La gestuelle spontanée est conservée au niveau des MS, l'assurée a des

amplitudes normales lorsqu'elle se rhabille, elle utilise normalement ses mains.

Il n'y a plus de signe d'épicondylite, l'étirement des muscles radiaux, la contraction contre résistance de ces muscles sont indolores. L'assurée a ddc une douleur à la palpation de l'épitrôchlée et de l'épicondyle.

(...)

En raison du diagnostic de fibromyalgie évoqué dans le dossier par le Dr B. _____ et par le Dr X. _____, nous recherchons une fibromyalgie selon les nouveaux critères de 2016 de Wolfe et collaborateurs. Les critères sont positifs avec un score SS1 de 6 points, un score SS2 de 1 point et un VVPI de 8/19 points. La fibromyalgie ressort également à la palpation avec un trapèze D très douloureux, de même qu'une région rétro-trochantérienne D très douloureuse ddc ou encore des épicondyles douloureux, de même qu'un gril costal antérieur douloureux.

Les IRM des épaules montrent des troubles dégénératifs de gravité modérée avec des signes de tendinopathie chronique du supra-épineux à D, une fissure partielle du supra-épineux à G, ainsi qu'une arthrose acromio-claviculaire modérée. Il n'y a pas d'omarthrose, pas de signe pour un conflit sous-acromial.

(...).

L'assurée a eu comme complément, en janvier 2021, une IRM cervico-dorso-lombaire qui montre des troubles dégénératifs débutants au niveau cervical et un début d'ostéophytose antérieure peu significatifs au niveau dorsal moyen. Cet examen permet notamment d'exclure un rhumatisme inflammatoire et ne montre pas de tassement vertébral. Nous constatons une augmentation de la cyphose dorsale. »

Par décision sur opposition du 8 juin 2021, A. _____ SA a maintenu sa position et rejeté l'opposition, retenant en substance que les troubles dont souffrait l'assurée ne relevaient pas de la notion de maladie professionnelle. Se fondant sur les rapports de son médecin-conseil, A. _____ SA a retenu que l'activité professionnelle ne représentait qu'une partie des causes des atteintes présentées par l'assurée, le genre, l'âge, les maladies telles que le diabète et l'obésité et les autres affections rhumatologiques préexistantes (syndrome du tunnel carpien, épicondylite et dorsalgies) jouant un rôle dans les douleurs aux épaules. De plus, elle était d'avis que l'activité déployée pour la S. _____ n'exigeait pas de mouvements susceptibles de conduire à des lésions arthrosiques. Dans ces circonstances, A. _____ SA a nié que les atteintes en question avaient été causées exclusivement ou de manière nettement prépondérante par le travail accompli par l'assurée.

C. Par acte du 8 juillet 2021, R._____, représentée par E._____, a recouru contre cette décision sur opposition auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Elle a conclu principalement à sa réforme dans le sens d'une reconnaissance de sa maladie professionnelle et de l'octroi d'une rente d'invalidité de l'assurance-accidents de 50 %. Subsidiairement, elle a conclu à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à A._____ SA pour instruction complémentaire avant nouvelle décision. Elle a fait valoir qu'elle présentait de nombreuses limitations fonctionnelles (limitations importantes de la mobilité des membres supérieurs, port de charges très limité, force insuffisante, limitation de station debout et assise prolongée, absence de rythme de travail suffisamment rentable, résistance insuffisante des membres supérieurs) qui ne lui permettaient pas de répondre aux exigences des milieux économiques et de se réinsérer dans le circuit économique ordinaire. En outre, la recourante n'avait pas de perspectives d'emploi dans le secteur tertiaire vu son niveau de compétences. Elle a critiqué l'avis du Dr I._____, se référant aux avis de la Dre T._____, laquelle estimait que les troubles étaient causés à 98 % par son activité professionnelle, et de la Dre C._____, laquelle imputait ses troubles musculosquelettiques aux contraintes biomécaniques de l'emploi de caissière avec des gestes répétitifs du bras et de l'épaule délétères durant plus de vingt ans. Enfin, elle a requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire.

Dans sa réponse du 17 août 2021, A._____ SA a proposé le rejet du recours. Elle a contesté l'existence d'un lien de causalité entre l'activité lucrative passée de l'assurée et les troubles musculosquelettiques sur la base des conclusions du Dr I._____. A._____ SA a relevé que la recourante n'apportait aucun élément médical objectif permettant de douter de la pertinence des conclusions de son médecin-conseil. Dans ces circonstances, elle a maintenu que les troubles musculosquelettiques n'avaient pas été causés exclusivement ou de manière nettement prépondérante par le travail déployé par l'assurée pour S._____.

Par réplique du 1^{er} novembre 2021, l'assurée a maintenu ses conclusions. Elle s'est prévalué d'un arrêt du Tribunal fédéral reconnaissant le caractère de maladies professionnelles à une épicondylite radiale et à une neuropathie du nerf radial du bras droit présentées par une monteuse au service d'une chaîne de télévision qui travaillait sur une machine. Elle en a déduit que sa situation, à savoir un emploi, durant plus de vingt ans, avec une répétition des mouvements en caisse ou lors du port de charge, était en tout point assimilable au cas traité par le Tribunal fédéral. Elle a en outre reproché à l'intimée de ne pas avoir procédé à une analyse de risque pour l'activité spécifique de caissière dès lors que ce travail nécessitait des mouvements impactant fortement sur l'appareil locomoteur. Elle a par conséquent réaffirmé que le lien de causalité entre les mouvements répétés et la sursollicitation de l'appareil locomoteur avec l'épicondylite de l'assuré était établi et les conditions de reconnaissance d'une maladie professionnelle étaient réunies.

Dans sa réplique du 29 novembre 2021, A._____ SA a observé que son assurée ne souffrait pas que d'une épicondylite, rappelant que, dans son rapport du 20 mars 2019, la Dre C._____ avait retenu le diagnostic principal de rupture de la coiffe des rotateurs droite avec des comorbidités (syndrome du canal bilatéral opéré en 1995, arthrodèse des deux pouces et cure d'un kyste synovial au quatrième doigt de la main gauche, épicondylite du coude droit opérée, scoliose et spondylarthrose étagée de L4 à S1, arthrose des apophyses postérieures) et, dans son rapport du 7 octobre 2019, le diagnostic de maladie professionnelle en raison de troubles musculo-squelettiques étagés multiples et bilatéraux des membres supérieurs accompagnés de comorbidités ostéoarticulaires rachidiennes. Faisant remarquer que l'épicondylite du coude droit avait été opérée en 1998 et que le syndrome du canal carpien bilatéral existait déjà avant le 4 janvier 1999, date d'engagement auprès de S._____, elle a maintenu sa position quant à la valeur probante des conclusions du Dr I._____. A._____ SA a enfin relevé que l'analyse ergonomique du poste de travail réalisée sous l'égide de l'AI avait porté sur l'activité de caissière et sur les activités ménagères.

Il ressortait cependant du rapport du 15 août 2019 que les douleurs étaient présentes en continu, ce qui n'accréditait pas une origine professionnelle.

La recourante a maintenu sa position aux termes de son courrier du 23 décembre 2021.

E n d r o i t :

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

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

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents, singulièrement sur le caractère de maladie professionnelle des troubles musculo-squelettiques présentés par la recourante.

3. a) Les prestations de l'assurance-accidents sont en principe allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle (art. 6 al. 1 LAA).

b) En l'occurrence, seule demeure litigieuse le caractère de maladie professionnelle des troubles musculo-squelettiques présentés par

la recourante, cette dernière ne soutenant pas que les atteintes ont pour origine une rechute (art. 6 al. 1 LAA ; cf. aussi art. 11 OLAA [ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]) ou une lésion assimilée à un accident (art. 6 al. 2 LAA).

4. a) Selon l'art. 9 al. 1 LAA, sont réputées maladies professionnelles les maladies (art. 3 LPGA) dues exclusivement ou de manière prépondérante, dans l'exercice de l'activité professionnelle, à des substances nocives ou à certains travaux; le Conseil fédéral établit la liste de ces substances ainsi que celle de ces travaux et des affections qu'ils provoquent. Faisant usage de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a énuméré à l'annexe 1 de l'OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202), à laquelle renvoie l'art. 14 OLAA, les substances nocives et les maladies dues à certains travaux au sens de l'art. 9 al. 1 LAA (ATF 114 V 109 consid. 2a p. 110). Cette énumération est exhaustive (arrêt 8C_117/2016 du 27 janvier 2017 consid. 3.2.1; RAMA 1988 n° U 61, p. 447 consid. 1a).

5. a) Aux termes de l'art. 9 al. 2 LAA, sont aussi réputées maladies professionnelles les autres maladies dont il est prouvé qu'elles ont été causées exclusivement ou de manière nettement prépondérante par l'exercice de l'activité professionnelle. Il s'agit là d'une clause générale visant à combler les lacunes qui pourraient résulter de ce que la liste dressée par le Conseil fédéral à l'annexe 1 de l'OLAA ne mentionne pas soit une substance nocive qui a causé une maladie, soit une maladie qui a été causée par l'exercice de l'activité professionnelle (ATF 119 V 200 consid. 2b ; 117 V 354 consid. 2b ; 114 V 109 consid. 2b et les références ; TF 8C_516/2020 du 3 février 2021 consid. 3.2.1).

b) Selon la jurisprudence, la condition d'un lien exclusif ou nettement prépondérant au sens de l'art. 9 al. 2 LAA – parfois appelé causalité qualifiée – n'est réalisée que si la maladie a été causée à 75 % au moins par l'exercice de l'activité professionnelle (ATF 126 V 183 consid. 2b ; 119 V 200 consid. 2b ; 116 V 136 consid. 5a ; 114 V 109 consid. 3 et les références). Le Tribunal fédéral a précisé que ce taux de 75 % signifie,

pour certaines affections qui ne sont pas typiques d'une profession déterminée, qu'il doit être démontré, sur la base des statistiques épidémiologiques ou des expériences cliniques, que les cas de lésions pour un groupe professionnel déterminé sont quatre fois plus nombreux que ceux enregistrés dans la population en général (ATF 126 V 183 consid. 4c ; 116 V 136 consid. 5c ; RAMA 2000 n° U 408 p. 407 ; TF 8C_516/2020 du 3 février 2021 consid. 3.2.2 ; 8C_757/2018 du 28 mars 2019 consid. 4.2 ; TFA U 235/99 du 22 septembre 2000 consid. 1a).

c) Le Tribunal fédéral a relevé que, compte tenu du caractère empirique de la médecine, lorsqu'une preuve directe ne peut pas être apportée à propos d'un état de fait médical, il est nécessaire de procéder à des comparaisons avec d'autres cas d'atteinte à la santé, soit par une méthode inductive ou par l'administration de la preuve selon ce mode. Dans ce cadre, la question de savoir si et dans quelle mesure la médecine peut, au regard de l'état des connaissances dans le domaine particulier, donner ou non d'une manière générale des informations sur l'origine d'une affection médicale joue un rôle décisif dans l'admission de la preuve dans un cas concret. S'il apparaît comme un fait démontré par la science médicale qu'en raison de la nature d'une affection particulière, il n'est pas possible de prouver que celle-ci est due à l'exercice d'une activité professionnelle, il est hors de question d'apporter la preuve, dans un cas concret, de la causalité qualifiée (ATF 126 V 183 consid. 4c ; TF 8C_516/2020 du 3 février 2021 consid. 3.2.2 ; 8C_215/2018 du 4 septembre 2018 consid. 3.2 ; TFA U 381/01 du 20 mars 2003 consid. 3.3).

d) Il découle de ce qui précède (cf. consid. 5c) que, dans la mesure où la preuve d'une relation de causalité qualifiée (proportion d'au moins 75 %) selon l'expérience médicale ne peut pas être apportée de manière générale (par exemple en raison de la propagation d'une maladie dans l'ensemble de la population, qui exclut la possibilité que la personne assurée exerçant une profession particulière soit affectée par une maladie au moins quatre fois plus souvent que la population moyenne), l'admission de celle-ci dans le cas particulier est exclue (ATF 126 V 183 consid. 4c ; 116 V 136 consid. 5c). En revanche, si les connaissances médicales

générales sont compatibles avec l'exigence légale d'une relation causale nettement prépondérante, voire exclusive entre une affection et une activité professionnelle déterminée, il subsiste alors un champ pour des investigations complémentaires en vue d'établir, dans le cas particulier, l'existence de cette causalité qualifiée (ATF 126 V 183 consid. 4c ; 116 V 136 consid. 5d ; TF 8C_516/2020 du 3 février 2021 consid. 3.2.4 ; 8C_620/2018 du 15 janvier 2019 consid. 2.2 ; TFA U 381/01 précité consid. 3.3).

e) Dans un arrêt du 27 janvier 2017, le Tribunal fédéral a rappelé, en se référant à différents précédents, qu'en l'état actuel des connaissances médicales, il n'était pas possible d'exclure de manière générale le caractère de maladie professionnelle à l'épicondylite, de sorte que la question devait être appréciée de cas en cas en fonction de différents critères d'évaluation. Si une expertise pouvait ainsi le cas échéant permettre d'établir le caractère de maladie professionnelle d'une telle affection dans un cas concret, on ne pouvait pas pour autant en déduire un droit inconditionnel à la mise en œuvre d'une expertise médicale pour chaque cas d'épicondylite ou de troubles du même type (TF 8C_516/2020 du 3 février 2021 consid. 3.2.5 ; 8C_117/2016 du 27 janvier 2017 consid. 6).

6. a) 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 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées).

b) Selon l'art. 61 let. c LPGA, le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves (principe de la libre appréciation des preuves). Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

c) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

7. **a)** S'appuyant sur les rapports de la Dre T._____ et de la Dre C._____, la recourante soutient que les troubles musculo-squelettiques dont elle souffre fonderaient une prise en charge par l'intimé sur la base de l'art. 9 al. 2 LAA. Elle conteste que le diabète et l'obésité

soient à l'origine de ses douleurs à l'épaule au motif que les prises de position du Dr I. _____ ne seraient pas étayées. Elle soutient que son état de santé se serait amélioré durant les arrêts de travail en 2019, ceci quand bien même elle effectuait des tâches ménagères à cette époque. Se référant en particulier au rapport du 28 novembre 2019 de la Dre T. _____, elle est d'avis que les troubles musculo-squelettiques sont causés à 98% par l'activité professionnelle déployée pour S. _____ et à 2 % par l'usure naturelle. Elle ajoute que les conclusions de la Dre C. _____, qui relie les contraintes biomécaniques de l'emploi de caissière avec les troubles musculo-squelettiques vont dans le même sens. S'appuyant sur une publication médicale (Rogier M van Rijn, Bionka Ma Huisstede, Bart W Koes, Alex Burdorf, *Associations between work-related factors and specific disorders of the shoulder - a systematic review of the literature*, Scand J Work Environ Health 2010 May ; 36[3]:189-201), la recourante estime que l'activité professionnelle serait la cause nettement prépondérante des troubles musculo-squelettiques dont elle souffre. En ce qui concerne l'épicondylite, la recourante soutient que celle-ci constitue une maladie professionnelle sur la base d'un arrêt du Tribunal fédéral du 10 novembre 2009 (8C_410/2009) concernant une monteuse au service d'une chaîne de télévision. D'après elle, sa situation, avec une répétition des mouvements en caisse ou de port de charge durant plus de vingt ans, serait en tout point assimilable et justifierait des prestations LAA.

b) Se fondant sur le rapport du Dr I. _____, l'intimée a nié que les troubles musculo-squelettiques présentés par la recourante ont été causés de manière exclusive ou nettement prépondérante par l'exercice de l'activité professionnelle pour S. _____. L'intimée a retenu que l'activité professionnelle déployée par la recourante n'était que très partiellement à l'origine des troubles constatés. Selon A. _____ SA, il convenait aussi de prendre en compte le genre, l'âge, les maladies (diabète, obésité et les autres maladies rhumatologiques préexistantes) qui jouaient un rôle dans les douleurs aux épaules. L'intimée a aussi relevé que l'activité de caissière ne demandait pas de travaux effectués au-dessus de la tête ou la manipulation de charges lourdes qui induisaient des gestes anatomiques inappropriés et excessifs, susceptible de conduire

à des lésions arthrosiques. Elle s'appuie d'une part sur les rapports de son médecin-conseil, le Dr I._____, mais aussi sur une étude de la Dre Sophie Rusca, spécialiste en médecine du travail (Caduceus Express, Publication de l'Institut central [Hôpital du Valais] à l'intention du corps médical [décembre 2013, vol. 15, n° 11]) selon laquelle les troubles musculo-squelettiques constituent une pathologie très répandue et sont à l'origine d'un tiers des consultations chez les médecins de premier recours et surviennent en fonction de facteurs de risque individuels (âge, genre, latéralité et antécédents médicaux) et environnementaux (contraintes biomécaniques dues à l'activité professionnelle, facteurs psychosociaux liés au travail ou extra-professionnels). L'intimée a enfin relevé que les autres études versées au dossier ne contenaient aucun élément susceptible de remettre en cause les publications précitées. Elle rappelle enfin que la recourante a bénéficié d'une intervention chirurgicale pour l'épicondylite du coude droit à l'âge de 35 ans, soit en 1998, si bien qu'à l'instar du syndrome du canal carpien bilatéral, cette comorbidité l'affectait déjà avant son engagement à S._____.

8. En l'espèce, il n'est pas contesté que, comme l'a constaté l'intimée, les troubles musculo-squelettiques annoncés par la recourante dans sa déclaration de sinistre et dans les rapports médicaux au dossier ne figurent pas dans la liste exhaustive des affections dues au travail contenue à l'annexe 1 de l'OLAA, de sorte que l'art. 9 al. 1 LAA ne saurait trouver application.

Cela étant constaté, il convient d'examiner si les troubles musculo-squelettiques présentés par la recourante ont été causés exclusivement ou de manière nettement prépondérante par l'exercice de l'activité professionnelle qu'elle a déployé pour S._____ (art. 9 al. 2 LAA).

9. a) En l'espèce, la recourante souffre de scapulalgies bilatérales, de tendinite du sus-épineux à l'épaule droite avec un épanchement de la bourse sous-acromio-détoïdienne, de rupture du sus-épineux à l'épaule gauche avec un épanchement de la bourse sous-

acromio-détoïdienne, d'arthropathie inflammatoire sévère de l'articulation acromio-claviculaire, de bursite sous acromio-détoïdienne réactionnelle et de tendinopathie du sous épineux de la partie postérieure de ce tendon. Elle présente des comorbidités sous la forme d'un diabète de type II, d'une hypertonie artérielle, d'une obésité (BMI>40), d'un syndrome du canal carpien bilatéral opéré en 1995, d'arthrodèse des deux pouces et de cure d'un kyste synovial au quatrième doigt de la main gauche, d'épicondylite du coude droit opéré, de lombalgies chroniques, non déficitaires, dans un contexte de protrusion foraminale à gauche en L4-L5, de troubles dégénératifs articulaires postérieurs étagés prédominant en L5-S1, de fibromyalgie et de cervicalgies communes dans un contexte de troubles dégénératifs débutants (rapport du 20 mars 2019 de la Dre C._____, rapport du 28 mars 2019 de la Dre T._____, et rapport du 23 février 2021 du Dr D._____).

b) Il n'y a pas lieu de remettre en cause les avis du Dr I._____ qui a rédigé ses conclusions en toute connaissance du dossier de l'assurée. Il a en effet tenu compte des informations communiquées par les médecins traitants et par l'ergonome de l'AI (rapport du 15 août 2019). Il a en outre analysé les plaintes de la recourante et les déclarations faites à A._____ SA lors de l'entretien du 18 octobre 2019. Le Dr I._____ a indiqué, pour chacune des atteintes présentées par la recourante, les facteurs en faveur et en défaveur d'une origine professionnelle. Ses conclusions sont en outre bien détaillées et motivées.

En ce qui concerne les atteintes aux épaules, le Dr I._____ a expliqué de manière convaincante que la charge professionnelle ne représentait qu'une partie restreinte de l'ensemble des causes. Ce spécialiste a expliqué de manière convaincante pour quelles raisons le genre, l'âge, les maladies métaboliques (obésité, diabète) et les autres maladies rhumatismales préexistantes constituaient des prédispositions pour le développement des atteintes aux épaules. De plus, l'évolution décrite par le Dr I._____ dans son appréciation du 21 avril 2020 (maintien de l'épaule au repos en raison de la douleur, rétractation de la capsule articulaire aboutissant à une épaule « gelée ») correspond aux

plaintes que la recourante a exprimé lors de l'audition du 18 octobre 2019 (aggravation progressive des douleurs fin 2018 qui se propagent aux deux côtés avec un maximum algique atteint en février 2019 entraînant un arrêt de travail et aucune amélioration subséquente).

On observe d'abord que les troubles de la recourante sont pour partie rattachés à une atteinte organique, mais également lié à la fibromyalgie (appréciation du 11 décembre 2020 du Dr I._____, ch. 1 ; rapport SMR du 23 février 2021 du Dr D._____, pp. 9-10). A l'instar de ce qu'a expliqué le médecin-conseil de l'intimée, il ressort des études produites en procédure que les atteintes musculo-squelettiques sont très répandues dans la population active, indépendamment de l'activité professionnelle des personnes concernées. La contribution de la Dre Rusca sur laquelle s'appuie la recourante (Caduceus Express, Publication de l'Institut central [Hôpital du Valais] à l'intention du corps médical [décembre 2013, vol. 15, n° 11]) ne permet d'ailleurs pas d'arriver à une autre conclusion. Celle-ci identifie des facteurs individuels tels que les antécédents médicaux, des facteurs environnementaux et psychosociaux. Or, le Dr I._____ a soigneusement mis en évidence les nombreux facteurs non professionnels qui entrent en considération dans le cas de la recourante. Il en va ainsi du genre, de l'âge, du diabète, de l'obésité et des atteintes rhumatologiques préexistantes qui causent les atteintes aux épaules et les aggravent (appréciation du 21 avril 2020 du Dr I._____, ch. 1.2). S'agissant de la contribution de Rogier M. van Rijn et coll. (Rogier M. van Rijn, Bionka Ma Huisstede, Bart W Koes, Alex Burdorf, *Associations between work-related factors and specific disorders of the shoulder - a systematic review of the literature*, Scand J Work Environ Health 2010 May ; 36[3] :189-201), elle a permis d'identifier des corrélations entre les activités professionnelles lourdes et la survenance des conflits sous acromiaux, respectivement des tendinopathies, aucun des éléments analysés par Rogier M. van Rijn et coll. ne permettant de retenir de corrélation entre les lésions de la coiffe des rotateurs et le travail pour S._____.

Par ailleurs, d'autres facteurs permettent de nier la causalité exclusive ou nettement prépondérante de l'activité de caissière dès lors que l'activité en question ne sollicite pas les épaules de manière excessive ou dans une position anatomiquement défavorable, que les arrêts de travail n'ont pas permis d'amélioration sensible, que les résultats de l'étude ergonomique de sa place de travail et de ses activités à domicile montrent l'existence de tensions d'origine non professionnelle dans les épaules (rapport ergonomique à l'attention de l'AI du 15 août 2019) et que l'on se trouve dans un contexte de fibromyalgie venant accentuer les plaintes algiques ceci alors même que le Dr D. _____ ne retient, sur le vu des IRM des épaules, que des troubles dégénératifs de gravité modérée (rapport du 23 février 2021 du Dr D. _____).

Il découle de ces exposés concordants - dont la pertinence dans le cas d'espèce est confirmée par les constatations du Dr I. _____ - que l'activité professionnelle est certes fréquemment une cause de troubles musculo-squelettiques, mais sans que l'on puisse pour autant y reconnaître un lien de causalité qualifié d'au moins 75% exigé par la jurisprudence.

c) C'est en outre à juste titre que le Dr I. _____ a exclu une causalité du fait d'un travail avec les bras au-dessus de la tête ou pénible, contraintes qui ne se retrouvent pas au niveau du poste de travail occupé par la recourante au service de S. _____ pour lequel les épaules étaient sollicitées, mais pas de manière excessive ou dans une position anatomique défavorable (appréciation le 21 avril 2020 du Dr I. _____, ch. 4.3 ; cf. aussi le rapport d'ergonomie du 15 août 2019 destiné à l'office AI, spéc. ch. 1.3).

d) En ce qui concerne l'épicondylite du coude droit, le Dr I. _____ a examiné de manière détaillée le lien de causalité entre cette pathologie et l'activité exercée, parvenant à la conclusion que l'absence d'un lien temporel ne permettait raisonnablement pas de retenir une origine professionnelle à ce diagnostic (appréciation le 21 avril 2020, ch. 1.2). Il s'agissait d'une comorbidité qui possédait à la fois un effet

négatif et causal sur l'apparition des atteintes aux épaules (ibid.). La recourante relève que la jurisprudence a reconnu l'origine professionnelle d'une telle atteinte (cf. réplique du 1^{er} novembre 2021). Toutefois, le fait qu'une épicondylite ait été considérée comme une maladie professionnelle dans un cas (TF 8C_410/2009 du 10 novembre 2009 ; le Tribunal fédéral l'a toutefois nié dans d'autres cas, cf. TF 8C_757/2018 du 28 mars 2019 consid. 4.3) n'est pas déterminant puisqu'il s'agit d'examiner, dans le cas de la recourante, si l'on peut conclure que l'activité exercée constitue de manière nettement prépondérante la cause de cette atteinte. Tel n'est pas le cas selon les conclusions du Dr I._____, dont il n'y a aucune raison de s'écarter. De plus, force est de constater que l'épicondylite a été opérée en 1998 et que lors de l'examen clinique au SMR, le Dr D._____ n'a pas observé de signes inquiétants à ce niveau, l'étirement des muscles radiaux et la contraction contre résistance de ces muscles étant indolores (rapport du 23 février 2021, p. 9). Quant à la contribution intitulée « EPICONDYLITE » des Drs Grégoire Schick et Pierre-Alain Plan, tous deux spécialistes en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur ainsi qu'en chirurgie de la main, elle n'évoque pas une activité de caissière comme potentielle cause de cette affection (p. 2).

e) C'est en vain que la recourante se prévaut de l'avis de sa médecin traitante, la Dre T._____, qui se borne à affirmer de manière nullement étayée que l'arthrose des épaules ainsi que des problèmes musculo-tendineux associés ont été provoqués à 98 % par la répétition des gestes en caisse depuis vingt ans, les 2 % restant étant attribués à l'usure. Comme on l'a cependant vu ci-dessus, les avis médicaux du Dr I._____, qui concluent qu'il n'est pas possible de retenir un lien de causalité nettement prépondérant entre l'activité professionnelle de la recourante et les troubles annoncés par celles-ci, satisfont entièrement aux exigences posées par la jurisprudence pour admettre la valeur probante de rapports médicaux (cf. consid. 5 et 8b ci-dessus). Or, dans la mesure où l'avis non étayé de la Dre T._____ n'est pas propre à mettre en doute, même de façon minime, la fiabilité et la pertinence des constatations du Dr I._____, l'intimée était fondée à ne pas accorder de

valeur probante aux conclusions de la médecin traitante dans un contexte asséculoologique.

Quant à l'avis de la Dre C._____, d'Y._____, il ne peut pas être retenu pour établir que les troubles musculo-squelettiques présentés par la recourante ont été causés exclusivement ou de manière nettement prépondérante par l'exercice de l'activité professionnelle pour S._____. Dans son premier rapport du 20 mars 2019, la Dre C._____ avance qu'une « littérature abondante » relierait les contraintes biomécaniques professionnelles avec certains troubles musculo-squelettiques présentés par la recourante. Elle énonce ensuite les exemples du syndrome du canal carpien bilatéral et de l'épicondylite droite, ainsi que l'atteinte de la coiffe des rotateurs bilatérale. Cependant, la Dre C._____ perd de vue, s'agissant du syndrome du canal carpien bilatéral et de l'épicondylite droite, que ces troubles dataient de 1995 et 1998 (rapport SMR du 23 février 2021 du Dr D._____, pp. 1 et 4). Or, la recourante n'a œuvré pour S._____ en qualité de caissière que depuis le 4 janvier 1999, si bien qu'il n'est pas possible de les imputer de manière prépondérante à une activité qui a débuté postérieurement. Pour le surplus, les rapports de la Dre C._____ ne prennent pas en compte l'ensemble de la situation. Cette spécialiste ne justifie pas ses conclusions et ne fournit pas d'argumentaire scientifique. Le caractère prépondérant ou exclusif de la causalité n'est nullement discuté dans le cadre d'une consultation largement orientée vers les questions d'adaptation du poste de travail. Cette spécialiste ne se prononce pas sur la pondération des causes, si bien que son avis n'est pas exploitable dans le contexte litigieux.

S'agissant enfin du Dr X._____, ce dernier ne s'est pas prononcé quant à l'origine des troubles dans son rapport du 8 juin 2020 adressé à l'office AI.

f) En définitive, il est démontré, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les troubles musculo-squelettiques présentés par la recourante ne résultent pas, exclusivement ou de manière nettement

prépondérante, de l'exercice de l'activité professionnelle. Ils ont pour origine une atteinte à la santé malade et dégénérative.

10. Le dossier est complet. Il permet ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a pas lieu de donner suite à la requête d'expertise judiciaire de la recourante. En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents sur le plan médical ayant pu être constatés à satisfaction de droit dans le cadre de l'expertise judiciaire mise en œuvre et ayant pu être librement appréciés par la présente juridiction (appréciation anticipée des preuves ; ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 141 I 60 consid. 3.3).

11. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f^{bis} LPGA).

La recourante, qui n'obtient pas gain de cause, n'a pas droit à des dépens, pas plus que l'intimée en sa qualité d'assureur social (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 8 juin 2021 par A. _____ SA 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 :

- E. _____ (pour la recourante),
- A. _____ SA (intimée),
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :