

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 11 novembre 2025

Composition : Mme PASCHE, présidente
MM. Neu, juge, et Oppikofer, assesseur
Greffier : M. Varidel

Cause pendante entre :

M. _____, à [...], recourante, représentée par Me Yero Diagne, avocat à Lausanne,

et

K. _____, à [...], intimée.

Art. 4 LPGA et 6 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. M. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], travaillait en qualité d' [...], à un taux de 60 %, pour le compte de la [...] et était, à ce titre, assurée à titre obligatoire contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de K. _____ (ci-après : K. _____ ou l'intimée).

Le 28 septembre 2023, l'assurée a subi un accident de voiture sur la voie publique, décrit en ces termes (cf. déclaration de sinistre LAA remplie par l'employeur le 5 octobre 2023) : « la conductrice après avoir passé le rond-point - est arrivée au passage piéton ; elle s'est arrêtée pour laisser passer un/des piéton.s. Le conducteur derrière n'a pas vu qu'elle s'était arrêtée, ne s'est pas stop à temps et a foncé dans l'arrière du véhicule. La conductrice a subi un « coup du lapin » qui nécessite un arrêt de travail et un traitement adapté ».

Le même jour, l'assurée a consulté le service des urgences de [...]. Dans son rapport daté du lendemain, le Dr V. _____, médecin chef de clinique, a posé le diagnostic de cervicalgies post-traumatiques. Lors de l'accident, la patiente avait légèrement tapé la tête, sans toutefois présenter de plaie, ni de perte de connaissance, d'étourdissement ou de vomissements. Elle se plaignait de douleurs cervicales, avec contracture des deux trapèzes supérieurs, sans déficits neurologiques distaux. Une radiographie de la colonne cervicale réalisée le même jour n'avait par ailleurs pas permis de déceler de lésion osseuse ou de perte de la lordose cervicale. Il est en outre mentionné que l'assurée souffrait de diabète insulino-dépendant.

Le cas a été pris en charge par K. _____ (cf. courrier du 10 octobre 2023).

Dans un rapport médical initial LAA du 20 octobre 2023, le Dr V. _____ a fait état d'une contracture musculaire des deux trapèzes, sans lésion osseuse.

Aux termes d'un rapport d'IRM (imagerie par résonance magnétique) de la colonne cervico-dorsale du 24 octobre 2023, le Dr X._____, spécialiste en radiologie, a constaté que hormis une discrète [discopathie] débutante en C3-C4 non formellement conflictuelle, le reste de l'imagerie cervico-dorsale était dans les limites de la norme.

Selon une note d'entretien téléphonique du 29 novembre 2023, l'assurée a fait savoir à une spécialiste de K._____ que son évolution n'était pas favorable. Elle ressentait beaucoup de douleurs, au niveau des vertèbres et du bras gauche, et un rendez-vous chez un spécialiste était prévu. Sur le déroulé de l'accident, l'intéressée a expliqué qu'elle regardait vers l'avant lors du choc, qu'elle n'avait pas tapé le volant avec la tête, mais avec le bras gauche, dans lequel elle n'avait pas ressenti de blessure immédiatement, mais par la suite. Elle avait en revanche eu directement mal à la tête après le choc, avec la tête qui tourne, toutefois sans nausée ou vomissement. Elle avait été emmenée à l'hôpital par une amie, dès lors que ni la police, ni les services ambulanciers n'étaient intervenus sur place.

Le dossier de l'assurée a été soumis au médecin-conseil de K._____, le Dr H._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans son rapport du 22 décembre 2023, il a constaté qu'à la suite de l'évènement du 28 septembre 2023, aucune lésion structurelle d'origine traumatique n'avait été démontrée. Pour le praticien, l'entorse cervicale subie par l'assurée était bénigne et le lien de causalité avec l'accident en cause restait probable durant les trois mois suivant celui-ci. Il fixait le *statu quo sine* à douze semaines de l'évènement accidentel.

Dans un rapport d'IRM de l'épaule gauche du 3 janvier 2024, le Dr U._____, spécialiste en radiologie, a conclu à un aspect en faveur d'une capsulite rétractile.

Par décision du 25 janvier 2024, K._____, se fondant sur l'avis du Dr H._____, a mis un terme au versement des prestations de l'assurance-accidents au 28 décembre 2023, au motif qu'il n'existait plus, au-delà de cette date, de lien de causalité naturelle entre les troubles de l'assurée et l'accident du 28 septembre 2023, qui avait entraîné une aggravation temporaire d'un état maladif préexistant.

Par pli du 22 février 2024, l'assurée, représentée par Me Yero Diagne, a formé opposition à cette décision et sollicité l'octroi d'un délai pour produire de nouveaux documents.

Le 29 avril 2024, l'assurée a complété son opposition et produit notamment les pièces suivantes :

- un rapport du 6 février 2024 de la Dre S._____, spécialiste en anesthésiologie, retenant un diagnostic de *whiplash associated disorder* (ou coup du lapin), accompagné de douleurs au niveau de l'épaule et d'une mobilité restreinte. L'assurée avait été reçue en consultation de neurochirurgie, qui n'avait mis en évidence aucune radiculopathie et proposé une consultation orthopédique, à l'issue de laquelle le diagnostic de capsulite rétractile avait été posé et une infiltration de cortisone proposée. La Dre S._____ préconisait pour sa part un traitement conservateur, ainsi qu'un traitement par appareil de stimulation percutanée, voire, si nécessaire, une infiltration non cortisonée compte tenu du diabète de l'assurée ;
- un rapport du 12 mars 2024 de la physiothérapeute J._____, par lequel elle exposait ne pas adhérer aux conclusions du Dr H._____ et expliquait que la posture en légère cyphose de la colonne dorsale avait pu contribuer aux discrets signes discaux vus à l'IRM, mais n'était pas responsable de toute la symptomatologie présentée par l'assurée ;
- un rapport du 24 mars 2024 de la Dre C._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitante, dans lequel elle mentionnait le diagnostic de capsulite rétractile de l'épaule gauche, sans toutefois se prononcer sur l'appréciation du Dr H._____ qui, pour elle, relevait de la sphère orthopédique.

Le dossier médical de l'assurée a été soumis à l'appréciation de la nouvelle médecin-conseil de K._____, la Dre L._____, spécialiste en médecine interne générale et médecine intensive. Dans son rapport du 29 mai 2024, elle a retenu les diagnostics de *whiplash* (entorse cervicale bénigne) et de capsulite rétractile de l'épaule gauche. S'agissant de la première atteinte, elle a adhéré aux constats du Dr H._____, estimant que les différents examens effectués ne permettaient pas de s'en écarter. Elle relevait, en outre, que la prise en charge actuelle ne concernait plus le *whiplash*, qui n'était plus symptomatique, mais l'atteinte à l'épaule gauche, ce qui tendait à confirmer la guérison de l'entorse cervicale au 28 décembre 2023 au plus tard. S'agissant de la capsulite rétractile, la praticienne a estimé qu'un lien de causalité entre cette atteinte et l'accident survenu le 28 septembre 2023 était tout au plus possible. Elle a exposé, à cet égard, que ledit diagnostic avait été posé en janvier 2024, soit à presque quatre mois du traumatisme initial, et a observé par ailleurs que les plaintes de l'assurée ne concernaient alors que la nuque, le rapport des urgences ayant certes mentionné un choc au bras gauche, mais aucune lésion cutanée. La Dre L._____ a ensuite expliqué que la capsulite rétractile pouvait survenir soit des suites d'un traumatisme, soit de manière spontanée, pour laquelle certains facteurs de risque étaient identifiés, à savoir le sexe féminin, le diabète et la dyslipidémie, en l'occurrence tous remplis par l'assurée. Ces facteurs, additionnés à l'intervalle de quatre mois entre le traumatisme et le diagnostic, ainsi qu'à un probable facteur de stress socioprofessionnel, la conduisait à retenir une étiologie malade.

Par décision sur opposition du 6 juin 2024, K._____ a rejeté l'opposition de l'assurée et confirmé sa décision du 25 janvier 2024 en se référant à l'appréciation des Drs H._____ et L._____.

B. Par acte du 4 juillet 2024, M._____, toujours représentée par Me Diagne, a formé recours contre cette décision sur opposition auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à sa réforme, en ce sens que l'intimée était tenue de prêter au-delà du 28 décembre 2023 pour les conséquences de l'accident

du 28 septembre 2023, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause pour complément d'instruction et nouvelle décision. En substance, la recourante a fait valoir qu'une expertise au sens de l'art. 44 LPGA était nécessaire dans la mesure où les avis médicaux sur lesquels s'était fondée l'intimée étaient insuffisants. Elle s'est par ailleurs plainte d'une violation de son droit d'être entendue, au motif que la décision attaquée ne traitait pas le moyen qu'elle avait soulevé en lien avec l'art. 36 LAA.

Dans sa réponse du 18 juillet 2024, l'intimée a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision sur opposition attaquée, en renvoyant pour l'essentiel aux motifs de celle-ci.

En réplique, le 26 septembre 2024, la recourante a produit notamment les pièces suivantes à l'appui de ses conclusions :

- un rapport du 7 décembre 2023 de la Dre D._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, dans lequel elle faisait état du diagnostic d'omalgie gauche post-traumatique et exposait que l'assurée avait présenté initialement des cervicalgies, qui avaient cédé après quelques jours. Selon la spécialiste, la patiente présentait actuellement une omalgie gauche persistante, ainsi qu'un tableau compatible avec une possible atteinte de la coiffe des rotateurs. Par ailleurs, le bilan iconographique par IRM cervicale n'avait pas mis en évidence de lésion pouvant expliquer ces symptômes ;
- un rapport du 17 janvier 2024 du Dr P._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, dans lequel il retenait les diagnostics de *Frozen Shoulder* (capsulite) secondaire en phase I/II et de dyskinésie scapulothoracique ;
- un rapport du 2 septembre 2024 du Dr W._____, spécialiste en neurologie, posant les diagnostics de syndrome cervico-vertébral chronique dans le cadre d'une discopathie modérée C3-C4, de capsulite rétractive [*recte* : rétractile] de l'épaule gauche et de status post accident sur la voie publique le 28 septembre 2023 avec coup du lapin. Il faisait état de sensations étranges de picotement au niveau de la partie antérieure du bras gauche, ainsi que des paresthésies au niveau de la

main gauche. Selon ce praticien, l'IRM réalisée le 13 août 2024, qui avait mis en évidence une discopathie dégénérative C3-C4 modérée avec une sténose foraminale sans réelle compression radiculaire, ne permettait pas d'expliquer les sensations ressenties par l'assurée au niveau du bras gauche. Il en concluait que la symptomatologie provenait principalement de l'épaule ;

- un rapport du 5 septembre 2024 du Dr R. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, selon lequel l'assurée avait présenté d'emblée des douleurs au dos et aux cervicales, puis, un mois plus tard, des douleurs à l'épaule gauche, avec perte de mobilité. Selon ce praticien, les symptômes à l'épaule gauche étaient probablement d'origine traumatique, dans la mesure où l'IRM pratiquée le 3 janvier 2024 n'avait montré aucune autre lésion, hormis la capsulite rétractile.

Dupliquant le 22 octobre 2024, l'intimée a, à son tour, maintenu sa position.

Dans de nouvelles déterminations du 13 novembre 2024, la recourante a derechef maintenu ses conclusions.

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 point de savoir si l'intimée était fondée à mettre un terme au versement de ses prestations au 28 décembre 2023 pour les suites de l'événement du 28 septembre 2023, singulièrement sur la question du lien de causalité naturelle entre l'événement précité et l'atteinte à l'épaule gauche dont la recourante souffre au-delà du 28 décembre 2023.

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

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose 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 citées).

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 citées). 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).

c) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 et les références citées).

En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 140 V 356 consid. 3.2 et la référence citée ; TF 8C_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.2).

d) En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Cependant, lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas ou plus la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). À 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 citées ; TF 8C_331/2024 du 29 novembre 2024 consid. 4.2).

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

b) 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).

c) aa) Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C_615/2021 du 31 mars 2022 consid. 3.2).

bb) Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise externe, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires. En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGA (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.4 ; TF 8C_673/2020 du 25 juin 2021 consid. 3.5).

Lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 précité consid. 4.6 et 4.7 ; voir aussi TF 8C_208/2023 du 19 mars 2024 consid. 4.2).

5. Dans un grief d'ordre formel qu'il convient d'examiner en premier lieu, la recourante se plaint d'une violation de son droit d'être entendue, au motif que la décision attaquée ne traite pas le moyen qu'elle a soulevé en lien avec l'art. 36 LAA.

a) Aux termes de l'art. 49 al. 3 LPGA, l'assureur doit motiver ses décisions si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. Cette obligation, qui découle également du droit d'être entendu, garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), a pour but que la personne destinataire de la décision puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et que l'instance de recours soit en mesure, si elle est saisie, d'exercer pleinement son contrôle. Pour répondre à ces exigences, l'autorité doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière à ce que la personne concernée puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Elle n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et arguments invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue de la procédure (ATF 146 II 335 consid. 5.1 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 et les références citées). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (ATF 141 V 557 consid. 3.2). En revanche, une autorité se rend coupable d'un déni de justice formel prohibé par l'art. 29 al. 2 Cst. si elle omet de se prononcer sur des allégués et arguments qui présentent une certaine pertinence ou de prendre en considération des allégués et arguments importants pour la décision à rendre (ATF 142 III 360 consid. 4.1.1 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 ; 133 III 235 consid. 5.2).

Le droit d'être entendu est une garantie de nature formelle, dont la violation entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recours sur le fond (ATF 144 I 11 consid. 5.3 ; 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.2). Selon la

jurisprudence, sa violation peut cependant être réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 145 I 167 consid. 4.4 ; 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2). Toutefois, une telle réparation doit rester l'exception et n'est admissible, en principe, que dans l'hypothèse d'une atteinte qui n'est pas particulièrement grave aux droits procéduraux de la partie lésée ; cela étant, une réparation de la violation du droit d'être entendu peut également se justifier, même en présence d'un vice grave, lorsque le renvoi constituerait une vaine formalité et aboutirait à un allongement inutile de la procédure, ce qui serait incompatible avec l'intérêt de la partie concernée à ce que sa cause soit tranchée dans un délai raisonnable (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2 et les références citées).

b) En l'occurrence, la recourante a été en mesure de contester la décision attaquée et de faire valoir ses griefs dans le cadre d'un recours auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Au surplus, l'intimée a mentionné l'art. 36 LAA dans la partie « en droit » de la décision attaquée, puis a motivé, au moins succinctement, sa position, de sorte que l'on ne discerne pas ici de violation du droit d'être entendue de l'intéressée.

Quant à l'argumentation de la recourante selon laquelle une expertise au sens de l'art. 44 LPGa aurait dû être mise en œuvre, elle sera examinée avec le fond du litige.

6. a) À titre liminaire, il sied de relever que l'événement du 28 septembre 2023 constitue un accident au sens de l'art. 4 LPGa. Il a été reconnu comme tel par l'intimée, qui a pris en charge le cas.

b) aa) En l'espèce, il est constant que l'accident susmentionné a causé une entorse cervicale à la recourante, laquelle a été prise en charge par l'intimée. En revanche, est litigieuse la question du lien de causalité entre cet événement accidentel et les douleurs de l'intéressée

au niveau de l'épaule gauche qui ont persisté au-delà du 28 décembre 2023.

Pour nier l'existence de ce lien de causalité, l'intimée s'est fondée sur l'appréciation de ses médecins-conseil, ressortant des rapports du 22 décembre 2023 du Dr H. _____ et du 29 mai 2024 de la Dre L. _____. La recourante, quant à elle, se prévaut de l'opinion de ses médecins traitants, en particulier celui des Drs R. _____ et W. _____.

En l'occurrence, il n'est pas contesté que la recourante a été victime le 28 septembre 2023 d'une entorse cervicale. L'IRM du 24 octobre 2023 est revenue dans les limites de la norme, laissant apparaître uniquement une discrète discopathie débutante non formellement conflictuelle - sous la forme d'une dessiccation du disque intervertébral en C3-C4 - à savoir une atteinte dégénérative. Quant à l'IRM cervicale du 13 août 2024 mentionnée dans le rapport du 2 septembre suivant du Dr W. _____, elle a mis en évidence une discopathie modérée en C3-C4 avec une très discrète sténose foraminale C3-C4 bilatérale mais sans réelle compression. Cette imagerie n'indiquait, pour le reste, pas de hernie discale ou de myélopathie, ni d'atteinte ligamentaire ou de fracture.

bb) La question qui se pose toutefois est celle de savoir si la capsulite rétractile mise en évidence par l'IRM de l'épaule gauche du 3 janvier 2024 et les douleurs en découlant sont en lien de causalité avec l'événement accidentel. L'intimée l'a nié, en se fondant sur le rapport de la Dre L. _____ du 29 mai 2024, selon lequel l'existence d'un lien de causalité était tout au plus possible, puisque le diagnostic avait été posé à presque quatre mois du traumatisme initial, sans qu'une lésion cutanée ne soit mentionnée lors de la visite aux urgences le jour de l'accident. Pour la Dre L. _____, la capsulite rétractile pouvait survenir des suites d'un traumatisme, ou de manière spontanée. Dans le cas de la recourante, certains facteurs de risque avaient été identifiés, à savoir : sexe féminin, diabète et dyslipidémie. A cela s'ajoutait l'intervalle de temps entre le traumatisme initial et le diagnostic, qui rendait le lien de causalité tout au plus possible.

Or l'appréciation de la Dre L._____ est contredite par plusieurs éléments du dossier. On lit, en particulier, dans le rapport du 7 décembre 2023 de la Dre D._____ qu'initialement [réd : dans les suites de l'accident], la patiente s'était plainte de cervicalgies qui cédaient progressivement et que, depuis, elle présentait une omalgie gauche importante irradiant parfois sur la face antérieure, respectivement sur la face postérieure du bras, les douleurs étant constantes sur la face supérieure de l'épaule et de l'omoplate. La Dre D._____ a dès lors posé le diagnostic d'omalgie gauche post-traumatique. L'IRM pratiquée le 3 janvier 2024 a ensuite permis de mettre en évidence une capsulite rétractile. Ainsi, si ledit diagnostic a bien été posé à un peu plus de trois mois de l'accident, la recourante présentait déjà, depuis plus d'un mois, *a minima*, des douleurs au niveau de l'épaule gauche. L'assurée déclarait d'ailleurs déjà ressentir des douleurs dans le bras gauche au mois de novembre 2023 (cf. note d'entretien téléphonique du 29 novembre 2023), avant que l'assureur-accidents ne lui signifie la fin de sa prise en charge. Dans son rapport du 2 septembre 2024, le Dr W._____ a, pour sa part, observé que les sensations que la patiente ressentait au niveau du bras gauche n'étaient pas expliquées par l'IRM cervicale du 13 août 2024. Pour ce praticien, la symptomatologie venait principalement de l'épaule. Dans le même sens, le Dr R._____ a estimé que l'atteinte à l'épaule gauche était probablement d'origine traumatique, dans la mesure où l'IRM réalisée le 3 janvier 2024 n'avait montré aucune lésion autre que la capsulite rétractile, et évaluait l'existence d'un lien de causalité entre cette atteinte et l'accident en cause comme au moins probable (cf. rapport du 5 septembre 2024).

On relèvera encore que, dans son rapport du 22 décembre 2023, le Dr H._____ ne fait aucune mention de capsulite rétractile ou douleurs à l'épaule gauche dans son appréciation.

c) Au vu de ce qui précède, et bien qu'il s'agisse d'un cas limite, il y a lieu de constater qu'il existe des doutes sur les conclusions des médecins d'assurance, en particulier quant à la date d'apparition des

symptômes au niveau de l'épaule gauche. Or c'est essentiellement en se fondant sur le temps écoulé entre l'accident et le diagnostic de capsulite rétractile que la Dre L._____ a estimé que le lien de causalité entre l'événement accidentel et l'atteinte à l'épaule n'était que possible. Ce constat est toutefois mis à mal par les éléments du dossier exposés ci-avant.

Dans ces conditions, l'intimée ne pouvait, sans mettre en œuvre une expertise au sens de l'art. 44 LPGA, mettre un terme à ses prestations au 28 décembre 2023. En conséquence, il se justifie d'annuler la décision sur opposition du 6 juin 2024 et de renvoyer la cause à l'intimée, à qui il appartient au premier chef d'instruire (art. 43 al. 1 LPGA ; ATF 132 V 368 consid. 5 ; 8C_404/2020 du 11 juin 2021 consid. 6.4 ; TF 8C_412/2019 du 9 juillet 2020 consid. 5.4 ; TF 8C_401/2019 du 9 juin 2020 consid. 5.3.3 et les références citées), afin qu'elle mette en œuvre une expertise (art. 44 LPGA), à réaliser par un médecin indépendant, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Cet expert aura notamment pour tâche de se déterminer, au degré de la vraisemblance prépondérante, sur l'existence d'un lien de causalité entre l'événement accidentel précité et les lésions à l'épaule de l'assurée et, le cas échéant, sur la date du *statu quo sine vel ante*. A réception du rapport d'expertise, il appartiendra à l'intimée de statuer à nouveau sur les prétentions de la recourante. Dans cette mesure, le recours se révèle bien fondé.

7. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision sur opposition attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimée pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.

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

c) Vu le sort de ses conclusions, la partie recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son

conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 2'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre intégralement à la charge de la partie intimée (art. 55 al 2 LPA-VD).

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

- I. Le recours est admis.
- II. La décision sur opposition rendue le 6 juin 2024 par K. _____ est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.
- IV. K. _____ versera à M. _____ une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Yero Diagne, pour M. _____,
- K. _____,
- 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 :