

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 10 mars 2015

---

Présidence de Mme DI FERRO DEMIERRE  
Juges : Mmes Röthenbacher et Brélaz Braillard, juges  
Greffière : Mme Barman Ionta

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**X.**\_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Pierre-Alain Killias,  
avocat à Lausanne,

et

**T.**\_\_\_\_\_, à [...], intimée.

---

**Art. 6 al. 1 et 2 LAA ; 9 al. 2 OLAA**

**E n f a i t :**

**A.** X.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), née en 1963, travaille comme enseignante pour le compte de l'Etat de Vaud. A ce titre, elle est assurée contre le risque d'accident et de maladie professionnelle auprès de T.\_\_\_\_\_, [...].

Le 1<sup>er</sup> février 2010, l'assurée s'est blessée à l'épaule droite. Dans la déclaration d'accident du 22 mars 2010, il est précisé qu'en voulant ouvrir une baie vitrée en imposte, cette dernière est sortie des rails et est tombée sur l'épaule droite de l'assurée.

Une arthro-IRM de l'épaule droite réalisée le 2 juillet 2010 a révélé une tendinopathie du sus-épineux sans déchirure ni atrophie, une tendinopathie versus déchirure partielle de la portion supérieure du tendon sous-scapulaire et une discrète arthropathie acromio-claviculaire droite. Le 29 novembre suivant, le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a procédé à une arthroscopie de l'épaule droite avec réparation du sous-scapulaire et du sus-épineux.

T.\_\_\_\_\_ a pris en charge cette opération.

**B.** Par déclaration d'accident du 13 octobre 2010, l'employeur de l'assurée a annoncé à T.\_\_\_\_\_ un accident survenu le 10 octobre précédent. Il était décrit qu'une branche s'était placée dans les rayons de la roue avant de son vélo, bloquant cette dernière et « faisant faire un soleil » à l'assurée. L'événement a entraîné un traumatisme multiple des deux côtés.

Une arthro-IRM de l'épaule gauche a été réalisée le 12 novembre 2010. Dans son rapport établi le jour même, le Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, écrivait ce qui suit :

« Infiltration adjacente à l'articulation acromio-claviculaire avec œdème en distalité de la clavicule et dans une moindre mesure de l'extrémité de l'acromion. Ces lésions sont compatibles avec une atteinte traumatique ou inflammatoire de l'articulation acromio-claviculaire. Pas de liquide dans la bourse sous-acromio-deltoïdienne.

Pas de lésion du tendon sus-épineux ; la trophicité de ce muscle est conservée et il ne présente pas d'infiltration adipeuse.

Pas de lésion du tendon et du chef musculaire du sous-épineux et du petit rond.

Pas de lésion décelable du tendon et du chef musculaire du sous-scapulaire.

Le long chef du biceps est en place dans sa gouttière, sans lésion y compris dans son trajet intra-articulaire. Pas d'image suspecte de SLAP ni d'autre lésion du labrum.

Pas de lésion des différents ligaments gléno-huméraux.

Conclusion :

Arthropathie acromio-claviculaire pouvant être dégénérative ou inflammatoire voire correspondre à un status post-traumatique.

Pas de lésion des tendons de la coiffe, en particulier du sus-épineux et du sous-scapulaire. »

Dans un courrier du 18 novembre 2010 adressé au médecin traitant de l'assurée et en copie au médecin-conseil de T.\_\_\_\_\_, le Dr F.\_\_\_\_\_ s'est prononcé sur les atteintes aux deux épaules dont souffrait l'intéressée depuis les événements de janvier et octobre 2010. Le status ne montrait pas d'amyotrophie ni de douleur à la palpation de l'articulation acromio-claviculaire des deux côtés. L'arc était douloureux des deux côtés. Il n'y avait pas de raideur et la force était bonne en rotation externe avec le coude au corps et une bonne mobilité. En dépit des rapports radiologiques, le Dr F.\_\_\_\_\_ estimait que la patiente présentait à peu près les mêmes lésions à gauche qu'à droite. Une intervention opératoire était d'abord prévue pour l'épaule droite, vu que les lésions étaient plus anciennes, et son évolution déterminerait l'intervention pour l'épaule gauche.

T.\_\_\_\_\_ a informé le Dr F.\_\_\_\_\_ que compte tenu de la complexité du cas, son médecin-conseil ne pouvait se déterminer sur la base des éléments en sa possession ; elle mettait dès lors en œuvre une expertise médicale.

L'expertise a été réalisée le 3 février 2011 par le Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et le rapport établi le 11 février suivant. Le Dr W.\_\_\_\_\_ a relaté des douleurs diffuses de l'épaule droite irradiant sur le bras droit et au niveau du coude, une raideur de cette épaule ainsi que de la main droite, plus particulièrement du 4<sup>e</sup> rayon de la main droite (l'accident du 10 octobre 2010 ayant notamment entraîné une fracture déplacée du 4<sup>e</sup> métacarpien), ainsi que des douleurs plutôt supérieures de l'épaule gauche, irradiant légèrement latéralement, avec légères limitations de la rotation externe et une mobilité encore relativement bien conservée. Il exposait en outre ce qui suit :

« Madame X.\_\_\_\_\_ est victime, le 1<sup>er</sup> février 2010, d'un traumatisme en hyper-extension, rotation externe de l'épaule D en retenant une baie vitrée de plus de 150 kg, traumatisme relativement conséquent qui a abouti à un agent vulnérant antéro-supérieur au niveau de l'articulation de l'épaule D.

Il faut préciser que cette épaule D était totalement asymptomatique au moment de l'accident. [...]

Dans les suites de l'accident, la patiente développe des douleurs et un hématome de la face antérieure du bras et de l'avant-bras D, motivant plusieurs consultations et aboutissant à des investigations par arthro-IRM. Cette arthro-IRM démontre une tendinopathie voire versus déchirure de la partie haute du sous-scapulaire et d'une tendinopathie du sus-épineux.

Ces lésions se manifestent par des douleurs, mais surtout par une raideur progressive, raideur soulignée également par le Dr [...] dans son rapport de déclaration d'accident du 24 septembre 2010. Il se pose la question d'une éventuelle capsulite rétractile (épaule gelée).

Le 10 octobre 2010, la patiente chute à vélo et se réceptionne sur l'épaule G, le bras le long du corps, avec une torsion de la main D. Elle consulte à l'Hôpital de [...] pour des douleurs de l'épaule G et de la main D. On met en évidence une fracture déplacée du 4<sup>ème</sup> métacarpien traité conservativement et une contusion de l'épaule G. Les radiographies ne démontrent pas de fracture au niveau de l'épaule G.

Dans les suites, la patiente est vue par le Dr F.\_\_\_\_\_ qui s'intéresse dans un premier temps à l'épaule D, en examinant les images d'IRM. Il annonce à la patiente qu'il faut vraisemblablement opérer cette épaule. Il demande une arthro-IRM de l'épaule G. Cet examen ne démontre aucune lésion de la coiffe, mais uniquement une atteinte acromio-claviculaire. Il annonce à la patiente qu'il faut également procéder à la même intervention à G.

Le 29 novembre 2010, le Dr F. \_\_\_\_\_ procède à une réparation chirurgicale de la partie haute du sous-scapulaire, la partie antérieure du sus-épineux et une ténodèse du long chef du biceps. Les suites sont marquées par une très forte raideur de l'épaule D, encore présente actuellement, associée à des douleurs.

Le Dr F. \_\_\_\_\_ effectue une réparation des lésions partiellement mises en évidence par l'arthro-IRM. Ces lésions de l'épaule D (partie haute du sous-scapulaire, partie ant. du sus-épineux et sub-luxante du long chef du biceps) correspondent à la résultante du traumatisme décrit par la patiente (réception sur le bras en hyper-extension, rotation externe). En effet, la tête humérale a été projetée antéro-supérieurement, venant buter sur cette rupture et ayant engendré les déchirures décrites. Dans ce cas-là, le lien de causalité est certainement lié à l'événement traumatique du 1<sup>er</sup> février 2010.

En ce qui concerne l'épaule G, Madame X. \_\_\_\_\_ présente une entorse acromio-claviculaire stade II. Ce diagnostic-là est en relation directe également certaine avec l'événement traumatique du 10 octobre 2010. Pour cette lésion, je ne préconise aucune intervention chirurgicale pour le moment. Je poursuivrais un traitement antalgique. Si ces douleurs venaient à persister plus d'une année, on pourrait être amené à procéder à une résection de la clavicule distale. Bien entendu, il faudrait s'assurer par une infiltration de l'articulation acromio-claviculaire D que les symptômes proviennent bien de ce site.

En tous cas, à l'examen clinique du jour, je n'ai aucun signe d'irritation de la coiffe des rotateurs et encore moins des signes de rupture. »

Une nouvelle arthro-IRM de l'épaule gauche a été pratiquée le 12 août 2011. Il résultait du rapport du Dr C. \_\_\_\_\_ qu'entre l'arthrographie et l'IRM, du contraste fusait entre les fibres du sous-scapulaire et l'écaille de l'omoplate. Il apparaissait une discrète tendinopathie de la zone critique du sus-épineux. La trophicité du sus-épineux était conservée, il n'y avait pas d'infiltration adipeuse de ce muscle. Il n'y avait pas de lésion des tendons ni des chefs musculaires des muscles sous-épineux et petit rond. L'hypersignal et la tuméfaction de la portion supérieure du tendon sous-scapulaire suggérait une déchirure partielle de ce tendon ; la trophicité du sous-scapulaire était toutefois préservée. Une petite quantité de contraste dans la portion antérieure de la bourse sous-acromio-deltaïdienne suggérait une déchirure transfixiante de la portion supérieure du sous-scapulaire. Il n'y avait pas de lésion démontrable de l'intervalle des rotateurs et le long chef du biceps était dans sa gouttière, sans lésion y compris dans son trajet intra-articulaire.

La comparaison à l'arthro-IRM du 12 novembre 2010 révélait une régression de l'infiltration adjacente à l'articulation acromio-claviculaire. En conclusion, il était retenu une déchirure partielle probablement transfixiante de la portion supérieure du tendon sous-scapulaire, une minime tendinopathie du tendon sus-épineux sans signes de déchirure et une trophicité des tendons de la coiffe préservée.

Le 29 novembre 2011, le Dr F.\_\_\_\_\_ a effectué une arthroscopie de l'épaule gauche, une ténodèse puis ténotomie du long chef du biceps, une refixation de la déchirure du tendon sus-épineux et une refixation du tendon sous-scapulaire. Il a constaté une micro-instabilité post-traumatique de type III selon Habermeyer du long chef du biceps, une déchirure partielle post-traumatique de la partie haute du tendon sous-scapulaire ainsi que de la partie antérieure du tendon sus-épineux.

T.\_\_\_\_\_ a confié au Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, le soin de réaliser une nouvelle expertise médicale tendant à définir la relation de causalité entre l'événement du 10 octobre 2010 et les troubles à l'épaule gauche.

Le rapport a été établi le 29 décembre 2011, l'expertise ayant été réalisée le 22 novembre précédent. Interprétant les résultats de l'IRM du 12 novembre 2010 après avoir fait visionner l'imagerie à un spécialiste en radiologie, le Dr L.\_\_\_\_\_, le Dr B.\_\_\_\_\_ a retenu que l'image de l'articulation acromio-claviculaire était tout à fait compatible avec l'image classiquement vue à partir de la cinquantaine chez un homme ou une femme, c'est-à-dire quelques signes d'arthropathie dégénérative. Il y avait peu de signes pour des séquelles traumatiques. Le Dr B.\_\_\_\_\_ a également repris l'étude des images de l'arthro-IRM du 12 juillet [recte : août] 2011 avec le Dr L.\_\_\_\_\_, constatant une tendinopathie du sus-épineux qui n'était pas présente, de même qu'un discret hypersignal un peu plus marqué qu'en novembre 2010 au niveau de la partie supérieure du tendon du sous-scapulaire. L'expert se posait dès lors la question de la causalité entre l'événement d'octobre 2010 et la mise en évidence de ces

lésions, de type tendinopathie partiellement rompue du sous-scapulaire, faiblement suspectées sur l'IRM de novembre 2010, un peu plus marquées sur celle d'août 2011, de même que l'apparition de lésions du tendon du sus-épineux en août 2011, non présentes en novembre 2010. Après un exposé sur la lésion de la coiffe des rotateurs, l'expert s'est prononcé comme suit :

« Dans le cas de Madame X. \_\_\_\_\_, on a un traumatisme à moyenne énergie, avec répartition de l'impact sur l'épaule gauche, mais aussi sur la main droite puisqu'il a entraîné une fracture du 4<sup>ème</sup> métacarpien. Il n'a pas été mis en évidence de lésion osseuse d'emblée, et le bilan par arthro-IRM à un mois n'a pas montré franchement de rupture tendineuse qu'elle soit partielle ou totale. Sa chute n'a entraîné qu'une contusion de l'épaule gauche mais n'a pas entraîné de rupture tendineuse. La fonction de l'épaule gauche n'a pas été si mauvaise, puisque le Dr F. \_\_\_\_\_ a proposé une intervention à l'épaule droite, immobilisant donc complètement pour une durée d'un minimum trois mois, voire fonctionnellement trois à six mois l'épaule droite par une intervention chirurgicale, dont on sait que quel que soit les techniques, l'évolution postopératoire est longue, douloureuse, ce qui a été le cas.

En février 2011, lors de l'expertise du Dr W. \_\_\_\_\_, on constate une bonne fonction de l'épaule gauche dont les tests sont négatifs, avec une mobilité pratiquement complète peu douloureuse. Le membre supérieur droit est non fonctionnel, les activités usuelles de la vie courante sont faites avec le membre supérieur gauche avec parallèlement et ceci est bien décrit lors de mon expertise, apparition des douleurs de plus en plus importantes, qui sont liées à l'utilisation préférentielle de l'épaule gauche.

Je pense que c'est l'utilisation préférentielle de cette épaule gauche qui a déclenché la symptomatologie douloureuse persistante, qui a été manifestement plus importante à la fin de l'été 2011 et en août 2011 qu'au début, correspondant à l'utilisation excessive de l'épaule gauche ayant entraîné les discrètes lésions visualisées à l'IRM de juillet [recte : août] 2011, très peu présentes en novembre 2010, qui sont peu importantes et relativement fréquentes dans cette classe d'âge, mais parfois douloureuses, et qui répondent souvent très bien à un traitement à la fois physiothérapeutique, associé à une infiltration cortisonique, traitement dont elle n'a pas bénéficié.

En date de mon expertise, la fracture du 4<sup>ème</sup> métacarpien droit est guérie, elle n'a plus de plainte, et les contusions de la face sont guéries. Il existe des plaintes concernant des douleurs mécaniques de l'épaule gauche, en relation avec une tendinopathie modérée non rompue du tendon du sus-épineux gauche, de même qu'une tendinopathie partielle non rompue du sous-scapulaire gauche, lésions qui sont survenues par une utilisation excessive durant une année, et qui n'étaient pas présentes initialement.

Sur le plan de la causalité naturelle, les lésions à la main droite et les lésions de la face sont guéries, de même que la contusion

acromio-claviculaire de l'épaule gauche. Je fixerai un statu quo sine à dix mois de l'événement du 10 octobre 2010, soit fin août 2011, date au-delà de laquelle les contusions et plaies de la face sont guéries, la fracture de la main droite est guérie, et date au-delà de laquelle la persistance et surtout l'augmentation des douleurs à l'épaule gauche sont en relation de causalité avec une tendinopathie non rompue du sus-épineux et du sous-scapulaire, maladie dégénérative classique, connue et fréquente à partir de la 4<sup>ème</sup> et plus de la 5<sup>ème</sup> décennie et non plus avec les suites de l'événement du 10 octobre 2010.

[...]

Question 3 : Diagnostics ?

- Fracture du 4<sup>ème</sup> métacarpien droit.
- Contusions et plaies de la face
- Entorse acromio-claviculaire stade II de l'épaule gauche.
- Tendinopathie non-rompue du sous-scapulaire et sus-épineux gauche.
- Tendinopathie partielle non rompue du sous-scapulaire droit et du sus-épineux droit, et du long chef du biceps droit (sans rapport avec l'événement du 10.10.10). »

Par décision du 17 février 2012, déclarant se fonder sur les conclusions du Dr B.\_\_\_\_\_, T.\_\_\_\_\_ a mis fin à ses prestations résultant de l'événement du 10 octobre 2010, plus aucune prestation n'étant versée à ce titre dès le 23 novembre 2011 (au lendemain de l'expertise du Dr B.\_\_\_\_\_). L'assureur a retenu en substance qu'il n'y avait plus de lien de causalité entre les troubles de l'épaule gauche et l'événement assuré au-delà du 30 août 2011, date à laquelle les conséquences de l'événement précité avaient au plus tard définitivement pris fin ; il prenait toutefois à sa charge, à bien plaisir, les frais médicaux jusqu'à la date de l'expertise auprès du Dr B.\_\_\_\_\_.

L'assurée s'est opposée à la décision précitée le 2 mars 2012, contestant l'appréciation émise par le Dr B.\_\_\_\_\_, arguant que les troubles à son épaule gauche étaient la conséquence de sa chute en vélo survenue le 10 octobre 2010.

Le Dr F.\_\_\_\_\_ s'est prononcé sur l'expertise du Dr B.\_\_\_\_\_ dans un avis du 10 avril 2012 adressé à l'assurée. Après citation abondante de la littérature médicale relative aux déchirures de la coiffe

des rotateurs et leur étiologie, le Dr F. \_\_\_\_\_ s'est exprimé notamment comme suit :

« Dans son expertise, le Dr B. \_\_\_\_\_ affirme un certain nombre de choses qui me laissent perplexe.

Parlons tout d'abord de l'articulation acromio-claviculaire. A la page 9 de son expertise, le Dr B. \_\_\_\_\_ affirme : « *L'image de l'articulation acromio-claviculaire est tout à fait compatible avec l'image classiquement vue à partir de la cinquantaine chez un homme ou une femme, c'est-à-dire quelques signes d'arthropathie dégénérative. Il y a peu de signes pour des séquelles traumatiques...* ». Plus loin, à la page 13, le Dr B. \_\_\_\_\_ parle de : « *... contusion acromio-claviculaire de l'épaule gauche* ». S'agit-il d'une arthropathie dégénérative ou d'une contusion acromio-claviculaire ? Je crois que les IRM parlent d'elles-mêmes. En effet, dans la deuxième arthro-IRM de l'épaule gauche, on voit une régression de l'œdème adjacent à l'articulation acromio-claviculaire. C'est bien le signe que la contusion de l'articulation acromio-claviculaire, consécutive à l'accident du 10 octobre 2010, est en voie de régression. S'il s'agissait d'une arthropathie dégénérative, il n'y a aucune raison que l'œdème régresse. D'ailleurs, dans son expertise, le Dr W. \_\_\_\_\_ parle d'entorse acromio-claviculaire, ce qui confirme qu'il pense qu'il s'agit bien d'une lésion traumatique à ce niveau.

A la page 10 de son expertise, le Dr B. \_\_\_\_\_ dit : « *Concernant l'épaule gauche, le traitement est conservateur, mais le Dr F. \_\_\_\_\_ opère l'épaule droite le 29 novembre 2010...* ». Pense-t-il qu'on puisse opérer les deux épaules en même temps et par voie de conséquence immobiliser les deux membres supérieurs simultanément ? En cas de déchirure traumatique de la coiffe des rotateurs, la littérature conseille d'opérer rapidement, selon certains articles dans les 3 semaines [...], pour d'autres dans les 3 mois suivant le traumatisme [...]. Comme l'accident ayant provoqué la déchirure de la coiffe à l'épaule droite était plus ancien que celui de l'épaule gauche, et qu'il datait du 1<sup>er</sup> février 2010, il était impératif d'opérer cette épaule en premier, ce que j'ai fait le 29 novembre 2010. Il était clair que nous allions opérer l'épaule gauche dans un deuxième temps, une fois que l'épaule droite aurait récupéré.

Le Dr B. \_\_\_\_\_ semble dire, à la page 13, que les lésions constatées à votre épaule gauche sont liées à une sur-utilisation de celle-ci, en raison du fait que vous deviez ménager votre épaule droite précédemment opérée. Il précise que c'est ceci qui a déclenché la symptomatologie persistante. Il a certainement oublié que vous étiez à l'arrêt de travail en raison des suites de l'opération de l'épaule droite et que vous n'aviez donc pas de sollicitations excessives de votre épaule gauche. En plus, je vous ai toujours dit, depuis la première fois que je vous ai vue, le 5 novembre 2010, sur la base de mon examen clinique, que vous aviez une déchirure de la coiffe aux deux épaules.

[...]

A la page 14, le Dr B. \_\_\_\_\_ donne les diagnostics suivants :

« - Tendinopathie non rompue du sous-scapulaire et sus-épineux gauche. »

« - Tendinopathie partielle non rompue du sous-scapulaire droit et du sus-épineux droit, et du long chef du biceps droit (sans rapport avec l'événement du 10.10.10). »

J'imaginai que T. \_\_\_\_\_ ne lui avait pas fourni mes protocoles opératoires, mais en relisant son expertise on comprend qu'il les a reçus. Je ne comprends pas très bien la démarche du Dr B. \_\_\_\_\_. Pourquoi parle-t-il, dans les diagnostics, de tendinopathie non rompue, alors que mes protocoles opératoires parlent de déchirures partielles (il mentionne d'ailleurs ceci plus haut dans son expertise) ? Pense-t-il que j'ai inventé ces déchirures... ? J'ai des images prises pendant les arthroscopies montrant les lésions. En plus, le Dr B. \_\_\_\_\_ parle de tendinopathie partielle, qu'est-ce que ça veut dire ? Ou bien il y a une tendinopathie, ou bien il n'y en a pas. Il n'existe pas de tendinopathie partielle !

Pour résumer, non seulement les déchirures traumatiques de la coiffe des rotateurs ne sont pas rares [...], mais elles peuvent survenir suite à un traumatisme même à basse énergie [...]. Vous n'avez aucun facteur prédisposant, professionnel ou autre, pouvant favoriser la survenue d'une déchirure de la coiffe. Il est donc certain que la déchirure de la coiffe des rotateurs au niveau de votre épaule gauche est consécutive à l'accident que vous avez subi, le 10 octobre 2010, comme d'ailleurs la déchirure de la coiffe des rotateurs à votre épaule droite est aussi consécutive à l'accident que vous avez subi, le 1<sup>er</sup> février 2010. »

Dans un courrier du 25 avril 2012 adressé à T. \_\_\_\_\_, le Dr B. \_\_\_\_\_ a indiqué qu'aucun élément probant ressortant de l'avis du Dr F. \_\_\_\_\_ ne justifiait un changement de son appréciation donnée dans l'expertise du 22 novembre 2011.

Par décision sur opposition du 19 février 2013, T. \_\_\_\_\_ a confirmé sa position et rejeté l'opposition formée par l'assurée.

**C.** X. \_\_\_\_\_ a formé recours contre la décision sur opposition précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 22 mars 2013, en concluant à sa réforme en ce sens que les traitements dispensés en lien avec les lésions subies à l'épaule gauche lors de l'accident du 10 octobre 2010 sont pris en charge par T. \_\_\_\_\_. Elle se fonde sur les avis du Dr F. \_\_\_\_\_, de l'expert W. \_\_\_\_\_ et du radiologue C. \_\_\_\_\_ pour affirmer que le traumatisme subi lors de l'accident de vélo a causé les lésions aux tendons sus-épineux et sous-scapulaire de l'épaule gauche. Elle fait grief à l'intimée de fonder son refus de prise en charge sur le fait que les lésions post-traumatiques aux

tendons n'auraient pas été clairement établies lors de l'arthro-IRM de novembre 2010, relevant que selon la littérature médicale citée par le Dr F.\_\_\_\_\_, il existe une majorité de cas dans lesquels l'arthro-IRM ne permet pas de réaliser ce constat à 100%. Elle souligne finalement ne jamais avoir eu d'antécédents en lien avec des problèmes de tendons et que durant l'année précédent l'opération de son épaule gauche, elle était en arrêt de travail. A titre de mesures d'instruction, la recourante sollicite l'audition de différents médecins, d'un physiothérapeute ainsi que la mise en œuvre d'une nouvelle expertise.

Dans sa réponse du 25 avril 2013, l'intimée conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée.

La recourante réplique le 2 septembre 2013, faisant valoir que le Dr W.\_\_\_\_\_ et le Dr F.\_\_\_\_\_ ont tous deux admis un lien de causalité naturelle entre les troubles et l'accident du 10 octobre 2010 ; elle s'étonne dès lors que l'intimée ait requis une nouvelle expertise alors qu'elle admet dans sa réponse le caractère complet et détaillé de l'expertise du Dr W.\_\_\_\_\_. Elle reproche également à l'assureur de fonder sa décision sur le seul avis du Dr B.\_\_\_\_\_ quand bien même deux autres médecins, dont l'un également expert dans le présent litige, sont d'avis contraire. Elle considère que les faits amènent à émettre des doutes quant à l'objectivité du Dr B.\_\_\_\_\_ et à l'exactitude de son expertise, de sorte qu'il doit être procédé à une nouvelle expertise médicale. Elle produit en outre un courrier du Dr F.\_\_\_\_\_, daté du 18 juin 2013 et dont la teneur est notamment la suivante :

« Vous êtes venues pour la première fois à ma consultation le 5 novembre 2010, soit presque un mois après le dernier accident. Lors de l'anamnèse, vous avez mentionné avoir eu une impotence fonctionnelle immédiate de l'épaule gauche, suite à la chute en VTT survenue lors de l'accident du 10 octobre 2010. Ce fait n'a jamais été mentionné, ni par T.\_\_\_\_\_, ni par les Drs W.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_, mais il a une grande importance. En effet, l'impotence fonctionnelle (ou *pseudoparalysis* en anglais) est un signe de déchirure aiguë de la coiffe des rotateurs [...].

Lors de mon examen clinique du même jour, le 5 novembre 2010, j'ai pu retrouver entre autres des tests de Belly-press résisté et Bear-hug positifs, ainsi qu'un test de Jobe positif. Les deux premiers

témoignent de la présence d'une déchirure du tendon sous-scapulaire et le dernier de la présence d'une déchirure du tendon sus-épineux [...]. Je n'ai pas d'explications sur le fait que le Dr W. \_\_\_\_\_ n'ait pas retrouvé le même examen clinique que moi lors de son évaluation du 3 février 2011. Par contre, si on relit l'expertise du Dr B. \_\_\_\_\_, on constate qu'à la page 7, il note que : « Le Jobe est positif à gauche, négatif à droite, Lift-off de Gerber positif à gauche, négatif à droite, Belly-press positif à gauche, négatif à droite... Les tests de force isométrique... montrent clairement une nette diminution de la force globale pour le sous-épineux et le sous-scapulaire à gauche, pas à droite ». Il a donc retrouvé les mêmes tests positifs que moi à l'épaule gauche, qui sont des tests démontrant des déchirures du sous-scapulaire et du sus-épineux, mais il n'arrive néanmoins pas à la même conclusion que moi. Cela est assez étonnant !

[...]

On peut faire toutes les tergiversations que l'on veut sur la présence ou non d'une déchirure partielle de la coiffe des rotateurs sur la base d'une IRM ou d'une arthro-IRM. Mais, en finalité, l'examen le plus fiable pour les détecter est l'arthroscopie. Je joins en annexe, deux images de l'arthroscopie de votre épaule gauche, effectuée le 29 novembre 2011. Celles-ci montrent clairement une déchirure partielle intra-articulaire du tendon sus-épineux avec subluxation du long chef du biceps, et une déchirure partielle du tendon sous-scapulaire.

En ce qui concerne le mécanisme accidentel, il n'est pas nécessaire d'avoir un traumatisme très violent pour provoquer une déchirure de la coiffe. Le plus souvent les traumatismes décrits sont rarement à haute énergie, mais plutôt liés à un traumatisme à basse énergie, même chez les patients jeunes [...]. Habituellement, les patients signalent une chute de leur hauteur avec un choc direct sur l'épaule, un choc indirect avec une chute sur la main ou sur le coude, ou un étirement du bras [...]. Il faut néanmoins souligner que votre chute en VTT a été suffisamment violente pour provoquer une fracture spiroïde déplacée du 4<sup>ème</sup> métacarpien de la main droite. Le mécanisme accidentel était donc suffisant pour provoquer une déchirure traumatique de la coiffe.

Je ne crois pas que les Drs W. \_\_\_\_\_ et B. \_\_\_\_\_ contestent la notion d'accident, car ils conviennent tous les deux sur le fait que vous avez eu une entorse acromio-claviculaire gauche post-traumatique. Il faut rappeler à ce propos, la fréquence des lésions intra-articulaires accompagnant les entorses acromio-claviculaires. [...] »

Le 24 septembre 2013, T. \_\_\_\_\_ a maintenu ses conclusions.

Le juge instructeur a tenu audience le 3 avril 2014 ; il a été constaté que le Dr B. \_\_\_\_\_ n'avait pas connaissance des images

d'arthroscopie et du protocole opératoire du 29 novembre 2011 lors de son expertise.

Les documents précités ainsi que le courrier du Dr F. \_\_\_\_\_ du 18 juin 2013 ont été soumis au Dr B. \_\_\_\_\_. L'expert s'est prononcé le 10 juillet 2014. Il souligne la faible spécificité des tests cliniques de l'épaule, qui ne permettent pas de différencier une lésion post-traumatique d'une lésion dégénérative. Le Dr B. \_\_\_\_\_ rejoint par ailleurs le Dr F. \_\_\_\_\_ sur son diagnostic ; cependant, selon son interprétation, le mot « post-traumatique » signifie que la lésion a été mise en évidence après un événement, mais absolument pas que l'événement est la cause de la lésion. Partant, le courrier du Dr F. \_\_\_\_\_ ne modifie en rien son avis d'expertise du 29 décembre 2011.

Le 16 octobre 2014, la recourante produit un courrier du Dr F. \_\_\_\_\_ du 10 octobre 2014. Ce dernier convient que les images de l'arthro-IRM de l'épaule gauche du 12 novembre 2010 sont compatibles avec une entorse acromio-claviculaire de grade II mais relève que selon la littérature, les atteintes intra-articulaires sont fréquemment associées aux entorses acromio-claviculaires, qui peuvent être des déchirures de la coiffe des rotateurs, des lésions SLAP ou d'autres atteintes du long chef du biceps. Selon le Dr F. \_\_\_\_\_, la position du Dr B. \_\_\_\_\_ n'est pas défendable, la rupture partielle des tendons étant la conséquence de l'accident ; avant l'accident, l'assurée n'avait jamais eu de douleurs à l'épaule gauche et celles-ci ont persisté jusqu'à l'opération.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, sous réserve de dérogations expresses (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 sont sujettes à recours

(art. 56 LPGA). Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD ; RSV 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).

En l'espèce, la recourante est domiciliée dans le canton de Vaud ; son recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et satisfait aux autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA notamment). Il est donc recevable.

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c, 110 V 48 consid. 4a).

**b)** Le litige porte sur le point de savoir si c'est à bon droit que T.\_\_\_\_\_ a mis fin à ses prestations le 23 novembre 2011 pour les suites de l'événement du 10 octobre 2010, au motif que les troubles présentés par la recourante à l'épaule gauche n'étaient plus en relation de causalité avec l'événement au-delà du 30 août 2011.

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

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration 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 l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 402 consid. 4.3.1, 119 V 335 consid. 1, 118 V 286 consid. 1b et les références).

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 réduites 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 tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*) ; 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 événement (raisonnement « *post hoc ergo propter hoc* » ; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C\_42/2009 du 1<sup>er</sup> octobre 2009 consid. 2.2). *A contrario*, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (TF 8C\_373/2013 du 11 mars 2014 consid. 3.2).

Le droit à des prestations découlant d'un accident suppose en outre un lien de causalité adéquate entre l'évènement dommageable et l'atteinte à la santé. Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, cependant, en cas d'atteinte à la santé physique, la causalité adéquate se recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle (cf. ATF 118 V 286 consid. 3a et 117 V 359 ; cf. TF 8C\_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1).

**b)** L'art. 6 al. 2 LAA permet au Conseil fédéral d'inclure dans l'assurance-accidents des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. En vertu de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 9 al. 2 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202), selon lequel, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, les lésions corporelles suivantes, dont la liste est exhaustive, sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire, les fractures (let. a), les déboîtements d'articulations (let. b), les déchirures du ménisque (let. c), les déchirures de muscles (let. d), les élongations de muscles (let. e), les déchirures de tendons (let. f), les lésions de ligaments (let. g) et les lésions du tympan (let. h).

La notion de lésion corporelle assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. L'assureur-accidents doit ainsi assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait souvent être couvert par l'assurance-maladie. Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA sont assimilées à un accident même si elles ont, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, tout au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 129 V 466, 123 V 43 consid. 2b, 116 V 145 consid. 2c, 114 V 298 consid. 3c). Il faut qu'un facteur extérieur soit une cause possible de la lésion, au moins à titre partiel, pour qu'une lésion assimilée à un accident soit admise (TF 8C\_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 4.2 et les références).

La jurisprudence a précisé les conditions d'octroi des prestations en cas de lésion corporelle assimilée à un accident, en prévoyant qu'à l'exception du caractère extraordinaire de la cause extérieure, toutes les autres conditions constitutives de la notion d'accident doivent être réalisées (cf. art. 4 LPGGA). En particulier, en l'absence d'une cause extérieure - soit d'un événement similaire à un accident, externe au corps humain, susceptible d'être constaté de manière objective et présentant une certaine importance -, fût-ce comme simple facteur déclenchant des lésions corporelles énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA, les troubles constatés sont à la charge de l'assurance-maladie (ATF 129 V 466 consid. 4 ; TF 8C\_35/2008 du 30 octobre 2008 consid. 2.1).

Le Tribunal fédéral a en outre précisé, dans le cadre de l'art. 9 OLAA, qu'on ne peut admettre qu'une lésion assimilée - malgré son origine en grande partie dégénérative - a fait place à l'état de santé dans lequel se serait trouvé l'assuré sans l'accident (*statu quo sine*), tant que le caractère désormais exclusivement maladif ou dégénératif de l'atteinte à la santé n'est pas clairement établi. A défaut, en effet, on se trouverait à nouveau confronté, immédiatement après avoir admis l'existence d'une lésion assimilée à un accident, à la difficulté de distinguer entre l'origine

dégénérative ou accidentelle de cette lésion (TF 8C\_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 2 ; TFA U 220/02 du 6 août 2003 consid. 2).

On ne recherche pas si les lésions constatées sont d'origine uniquement accidentelle, mais, inversement, si elles sont d'origine exclusivement dégénérative. Le fait que ces lésions ont au moins été favorisées par des atteintes dégénératives ne suffit pas à exclure le droit aux prestations. C'est précisément dans de tels cas de figure, où l'influence d'un facteur extérieur, soudain et involontaire ne peut être clairement exclue, que l'art. 9 al. 2 OLAA impose d'assimiler les lésions tendineuses à un accident. Le but est ainsi d'éviter de mener systématiquement de longues procédures et expertises médicales en vue d'établir la question de la causalité naturelle en cas d'atteintes figurant dans la liste de cette disposition, étant admis qu'un certain nombre de cas en soi du ressort de l'assurance-maladie sont mis à la charge de l'assurance-accidents (ATF 129 V 466 consid. 3 ; TF U 162/06 du 10 avril 2007 consid. 5.2.1 et 5.3).

**c)** L'art. 6 al. 3 LAA prévoit que l'assurance-accidents alloue ses prestations à l'assuré victime d'un accident pour les lésions causées lors du traitement médical pris en charge au titre de l'art. 10 LAA. Les prestations pour soins sont des prestations en nature fournies par l'assurance-accidents, qui exerce un contrôle sur le traitement (art. 48 LAA). Le corollaire en est que l'assurance-accidents supporte les conséquences d'une lésion survenue lors du traitement en question, indépendamment du point de savoir si cette lésion constitue elle-même un accident ou résulte d'une violation des règles de l'art par le médecin traitant. L'ouverture du droit aux prestations implique toutefois un rapport de causalité naturelle et adéquate entre la lésion constatée et le traitement médical des suites de l'accident. Une atteinte à la santé résultant d'un acte médical ou d'une omission de poser un tel acte, dans le cadre du traitement d'une maladie sans rapport avec les prestations pour soins allouées conformément à l'art. 10 LAA, n'entre pas dans le champ d'application de l'art. 6 al. 3 LAA.

L'art. 6 al. 3 LAA s'applique aussi bien en cas de traitement de lésions causées par un accident au sens de l'art. 6 al. 1 LAA, que de lésions assimilées à un accident au sens des art. 6 al. 2 LAA et 9 al. 1 OLAA. Dans l'un et l'autre cas, le rapport de causalité entre le traitement et l'atteinte à la santé doit être établi au degré de la vraisemblance prépondérante.

**4.** Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs 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 permette de mettre en doute leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré.

Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

**5.** En l'occurrence, la recourante soutient que les lésions constatées sur les tendons de son épaule gauche sont en lien de causalité naturelle avec l'accident du 10 octobre 2010 ; elle reproche à l'intimée de nier, à tort, l'existence d'un tel lien.

Il sied de relever que T. \_\_\_\_\_ n'a pas nié le lien de causalité entre l'accident de vélo et les atteintes présentées par l'assurée à l'épaule gauche, mais retenu que les troubles présentés n'étaient plus en relation de causalité avec l'événement survenu le 10 octobre 2010, au-delà du 30 août 2011.

Le rapport de causalité a ainsi été admis durant une certaine période consécutive à l'accident. Il ressort en effet des expertises des Drs W. \_\_\_\_\_ et B. \_\_\_\_\_ que l'événement traumatique du 10 octobre 2010 a causé une entorse acromio-claviculaire de stade II de l'épaule gauche. De l'avis du Dr B. \_\_\_\_\_, cette entorse justifiait que l'assureur-accidents verse ses prestations jusqu'au 30 août 2011 - soit dix mois après l'accident -, date à laquelle il estime que le *statu quo sine* est atteint ; la persistance et l'augmentation des douleurs à l'épaule gauche sont, par la suite, en relation de causalité avec une tendinopathie non rompue du sus-épineux et du sous-scapulaire, maladie dégénérative classique, connue et fréquente à partir de la quarantaine/cinquantaine, et non plus avec les suites de l'événement du 10 octobre 2010.

**a)** L'arthro-IRM de l'épaule gauche réalisée le 12 novembre 2010 ne révèle aucune lésion des tendons de la coiffe, en particulier du sus-épineux et du sous-scapulaire, mais une arthropathie acromio-claviculaire pouvant être, selon le radiologue, dégénérative ou inflammatoire voire correspondre à un status post-traumatique. Le Dr W. \_\_\_\_\_ considère que l'examen radiologique ne démontre pas de fracture au niveau de l'épaule gauche, ni aucune lésion de la coiffe, mais

uniquement une atteinte acromio-claviculaire ; il retient le diagnostic d'entorse acromio-claviculaire stade II, en relation directe avec l'accident du 10 octobre 2010. A l'examen clinique, l'expert ne constate aucun signe d'irritation de la coiffe des rotateurs et encore moins des signes de ruptures. L'examen de la force du sus-épineux, du sous-épineux et du sous-scapulaire ne démontre aucun déficit et est totalement indolore. S'agissant des plaintes, il constate que les douleurs sont modérées et apparaissent lorsque l'assurée se couche sur l'épaule gauche. Seul un traitement antalgique est prévu, aucune intervention chirurgicale n'étant préconisée pour l'heure.

L'arthro-IRM réalisée le 12 août 2011, soit dix mois après la chute à vélo, par le radiologue ayant déjà exécuté l'arthro-IRM du 12 novembre 2010, révèle la disparition de l'œdème de l'articulation acromio-claviculaire, la présence d'une tendinopathie partielle, probablement transfixiante du sous-scapulaire, associée à une minime tendinopathie du sus-épineux. Le Dr C. \_\_\_\_\_ note un hypersignal et une tuméfaction de la portion supérieure du tendon sous-scapulaire suggérant une déchirure partielle de ce tendon. L'arthroscopie réalisée le 29 novembre 2011 par le Dr F. \_\_\_\_\_ confirme la déchirure partielle de la partie haute du tendon sous-scapulaire ainsi que de la partie antérieure du tendon sus-épineux. A la lecture du protocole opératoire, le Dr B. \_\_\_\_\_ convient que l'assurée présente une déchirure partielle des tendons sous-scapulaire et du sus-épineux de l'épaule gauche ; toutefois, cette déchirure n'est, selon l'expert, pas en lien de causalité avec l'accident du 10 octobre 2010.

Le Dr B. \_\_\_\_\_ aurait certes pu, dans ses déterminations, motiver d'avantage les motifs pour lesquels la déchirure partielle des tendons n'était pas, selon lui, en lien de causalité avec l'événement assuré ; on peut toutefois en déduire que les motifs sont les mêmes que ceux niant le lien de causalité entre la tendinopathie et l'accident.

**b)** Tous les médecins consultés s'accordent pour retenir que l'accident du 10 octobre 2010 a provoqué une entorse acromio-claviculaire

de grade II ; seul le Dr F. \_\_\_\_\_ soutient que l'accident a provoqué à la fois une entorse et une déchirure des tendons. De l'avis de ce chirurgien, les deux épaules présentaient dès le départ les mêmes lésions et ceci en dépit de l'avis contraire du radiologue. Il se fonde notamment sur différentes études pour retenir que des déchirures partielles du tendon sous-scapulaire ainsi que du tendon sus-épineux sont souvent associées à des entorses acromio-claviculaires.

Or l'avis du Dr F. \_\_\_\_\_, fondé sur la littérature médicale, ne saurait être probant. Il appert en effet que les examens réalisés peu de temps après l'accident n'ont pas révélé de rupture des tendons de la coiffe des rotateurs. La déchirure partielle du tendon sous-scapulaire et du tendon sus-épineux n'est démontrée que lors de l'arthroscopie du 29 novembre 2011, sans avoir été préalablement révélée par l'arthro-IRM du 12 novembre 2010. Il appert ainsi un intervalle de treize mois entre la constatation de la déchirure et l'accident, au cours duquel on peut retenir, selon toute vraisemblance, une utilisation préférentielle du membre supérieur gauche (cf. consid. 5c et d *infra*). La déchirure des tendons est donc intervenue après l'accident, probablement dans le courant de l'été 2011 (cf. expertise du Dr B. \_\_\_\_\_ du 29 décembre 2011). Cela étant, il convient d'examiner si l'événement assuré a toutefois pu provoquer ces déchirures.

**c)** Aux termes de l'expertise du Dr B. \_\_\_\_\_, il n'a pas été mis en évidence de lésion osseuse d'emblée lors de l'accident et le bilan par arthro-IRM à un mois n'a pas montré franchement de rupture tendineuse, qu'elle soit partielle ou totale. La chute n'a entraîné qu'une contusion de l'épaule gauche mais non une rupture tendineuse. L'expert relève que l'image de l'articulation acromio-claviculaire du 12 novembre 2010 est tout à fait compatible avec l'image classiquement vue à partir de la cinquantaine chez un homme ou une femme, c'est-à-dire quelques signes d'arthropathie dégénérative ; il y a peu de signes pour des séquelles traumatiques que l'on voit souvent sous forme d'œdème osseux et/ou un important épanchement voire une disjonction avec lésion ligamentaire. Selon le Dr B. \_\_\_\_\_, lors de l'expertise du Dr W. \_\_\_\_\_ en février 2011,

il est constaté une bonne fonction de l'épaule gauche dont les tests sont négatifs, avec une mobilité pratiquement complète peu douloureuse. Le membre supérieur droit étant non fonctionnel eu égard à l'intervention du 29 novembre 2010, immobilisé complètement pour une durée d'un minimum de trois mois, les activités usuelles de la vie courante sont donc faites avec le membre supérieur gauche, avec parallèlement l'apparition de douleurs de plus en plus importantes liées à l'utilisation préférentielle de l'épaule gauche. Partant, le Dr B. \_\_\_\_\_ considère que la sollicitation de cette épaule a déclenché la symptomatologie douloureuse persistante, qui a été manifestement plus importante à la fin de l'été 2011 qu'au début, et a entraîné les discrètes lésions visualisées sur l'arthro-IRM du 12 août 2011. Ces lésions étaient peu présentes en novembre 2010 ; elles sont peu importantes et relativement fréquentes dans la classe d'âge de l'assurée (soit à partir de la 4<sup>e</sup> et plus de la 5<sup>e</sup> décade).

Se prononçant sur la causalité naturelle, le Dr B. \_\_\_\_\_ retient que les lésions à la main droite et celles de la face sont guéries, de même que la contusion acromio-claviculaire de l'épaule gauche. Il fixe un *statu quo sine* à dix mois de l'événement du 10 octobre 2010, soit fin août 2011, date au-delà de laquelle la persistance et l'augmentation des douleurs à l'épaule gauche sont en relation de causalité avec une tendinopathie non rompue du sus-épineux et du sous-scapulaire, maladie dégénérative classique, et non plus avec les suites de l'événement du 10 octobre 2010.

**d)** La valeur probante de l'expertise du Dr B. \_\_\_\_\_, complétée par l'avis du 10 juillet 2014, doit être reconnue eu égard aux exigences jurisprudentielles en la matière (cf. ATF 134 V 231 et 125 V 251). Dite expertise a précisément été mise en œuvre pour définir la relation de causalité entre l'événement du 10 octobre 2010 et les troubles à l'épaule gauche. L'expertise du Dr W. \_\_\_\_\_, dont la valeur probante ne saurait également être mise en doute, avait pour finalité de se prononcer sur les deux accidents dont l'assurée a été victime. Elle a été réalisée quatre mois après l'accident de vélo et a mis en lien avec celui-ci

l'entorse acromio-claviculaire de stade II sans toutefois retenir la présence d'une déchirure de la coiffe.

De l'avis du Dr F.\_\_\_\_\_, la déchirure de la coiffe des rotateurs est effectivement traumatique, au motif que la recourante n'avait aucun facteur prédisposant, professionnel ou autre, pouvant favoriser la survenue de cette atteinte. La recourante argue également que l'origine de l'atteinte est traumatique, au motif qu'elle ne souffrait pas de problèmes aux tendons de l'épaule gauche avant l'accident. Un tel raisonnement, fondé sur l'adage *post hoc ergo propter hoc*, ne suffit pas à justifier l'existence d'un lien de causalité naturelle (cf. consid. 3a *supra*).

L'explication du Dr B.\_\_\_\_\_ s'agissant de l'utilisation préférentielle du membre supérieur gauche à la suite de l'intervention à l'épaule droite est par ailleurs convaincante et il est probable que les lésions (déchirures) de la coiffe des rotateurs seraient survenues sans l'accident, en raison de leur caractère dégénératif. La critique du Dr F.\_\_\_\_\_ à cet égard, savoir que la recourante n'avait pas de sollicitations excessives de l'épaule gauche dans la mesure où elle était en arrêt de travail, ne saurait être retenue. En effet, il est question d'une sollicitation du membre supérieure gauche dans les activités usuelles de la vie courante, sans qu'il ne soit question de l'activité professionnelle. Ainsi, l'étiologie de l'apparition des symptômes douloureux permet de nier l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. De même, le caractère dégénératif des déchirures de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche permet d'exclure l'éventuelle application de l'art. 6 al. 3 LAA.

**e)** A l'aune de ce qui précède, la Cour de céans retient que les déchirures partielles du sus-épineux et du sous-scapulaire ne sont, au degré de la vraisemblance prépondérante, pas en relation de causalité naturelle avec l'événement assuré. On peut ainsi suivre l'appréciation du Dr B.\_\_\_\_\_ selon laquelle l'événement du 10 octobre 2010 a entraîné une entorse acromio-claviculaire de l'épaule gauche, avec un *statu quo sine* dix mois plus tard, date au-delà de laquelle la symptomatologie qui

perdure est une maladie dégénérative. Partant, les traitements médicaux, particulièrement l'opération du 29 novembre 2011, n'étant pas en rapport de causalité avec l'événement du 10 octobre 2010, l'intimée a mis fin, à juste titre, aux prestations d'assurance-accidents au 30 août 2011.

**6.** Les éléments au dossier sont clairs et complets, et permettent à la Cour de statuer ; la mise en œuvre d'une expertise ou l'audition des médecins et du physiothérapeute n'apporteraient vraisemblablement aucune constatation nouvelle. Partant, l'instruction étant complète sur le plan médical, il n'y a pas lieu de donner suite à la requête de la recourante. En effet, si l'assureur ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu de rechercher d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas, en tant que telle, les garanties de procédure (ATF 130 II 425 consid. 2.1, 122 II 464 consid. 4a, 119 V 335 consid. 3c ; TF 9C\_382/2008 du 22 juillet 2008 consid. 3 et les références).

**7.** En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée rendue par T.\_\_\_\_\_.

La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'est pas perçu de frais de justice, ni alloué de dépens dès lors que la recourante n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I. Le recours déposé le 22 mars 2013 par X.\_\_\_\_\_ est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue le 19 février 2013 par T.\_\_\_\_\_ 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 Pierre-Alain Killias (pour X.\_\_\_\_\_)
- T.\_\_\_\_\_
- 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).

La greffière :