

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 7 avril 2010

Présidence de Mme THALMANN
Juges : Mme Rossier et M. Perdrix, assesseurs
Greffier : M. Greuter

Cause pendante entre :

D._____, à [...] (VD), recourante, représentée par Me Jacques-Henri Bron,
avocat à Lausanne,

et

CAISSE S._____, à Martigny, intimée.

Art. 16 LAA; 6 LPG

E n f a i t :

A. D._____, née le [...] 1965, travaille en qualité d'employée d'administration auprès de la faculté des lettres de l'Université de Lausanne. A ce titre, elle est assurée obligatoirement contre les accidents professionnels et non professionnels ainsi que contre les maladies professionnelles selon la LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents; RS 832.20) auprès de la caisse S._____.

Par déclaration d'accident du 8 mars 2005, l'employeur de l'assurée a annoncé que cette dernière avait glissé sur la neige le 26 février 2005 à [...] en marchant avec un bébé dans les bras, qu'elle n'avait pas réussi à se rattraper et qu'elle était tombée sur l'épaule gauche. Elle a ressenti des douleurs à la hanche et à l'épaule gauches et s'est rendue à l'hôpital de [...] pour effectuer un contrôle. Elle est en incapacité de travail dès cette date.

Dans un rapport du 23 mars 2005, le Dr M._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, mentionne que les premiers soins ont été donnés le samedi 26 février 2005. Il constate des douleurs au membre supérieur gauche, de l'épaule aux doigts, des difficultés à l'élévation et surtout à l'abduction limitée à 120° (180° à droite). Il pose le diagnostic de grave distorsion de l'épaule gauche avec déchirure labrale postéro-inférieure, impaction de la tête humérale, déchirure inférieure au rebord glénoïdien de l'épaule gauche et hématome à la cuisse gauche. Il prescrit du repos, de la physiothérapie et des médicaments. La capacité de travail est de 100%.

Le 15 mars 2005, une IRM est pratiquée. Dans son rapport du 15 mars 2005, le Dr R._____, spécialiste FMH en radiologie, conclut:

"Atteinte capsulo-labrale postéro-inférieure (Reverse Bankart) avec impaction associée de la région antéro-inférieure de la tête humérale (Reverse Hill-Sachs) et déchirure du bourrelet glénoïdien inférieur sur ses deux tiers inférieurs (éléments cliniques en faveur d'une éventuelle sub-luxation postérieure spontanément réductible?). Pas de lésion significative des tendons de la coiffe ni de

l'articulation acromio-claviculaire. Lame d'épanchement avec touche de capsulo-synovite, cette dernière prédominant dans la région du bourrelet glénoïdien postéro-inférieur."

Le 30 août 2005, le Dr Q._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique auprès de l'Hôpital [...], diagnostique une capsulite rétractile gauche post-traumatique. L'étiologie de l'affection en cause est un traumatisme avec choc direct épaule gauche le 26 février 2005. Il constate une lente amélioration, notamment en ce qui concerne les douleurs de repos (inflammatoires) qui sont en régression, les douleurs à la mobilisation du bras étant encore très importantes. La flexion active et passive est de 100°, l'abduction de 100°, la rotation externe coude au corps de 15°, et la rotation interne sacrum. Il n'y a pas de circonstances sans rapport avec l'accident qui jouent un rôle dans l'évolution du cas. Comme propositions thérapeutiques, il propose la mise au repos du membre supérieur gauche, de la physiothérapie de massages dans la région cervicale et pas de mobilisation de l'épaule. Le pronostic est bon, mais pourrait prendre encore jusqu'à 18 mois. Il mentionne une reprise du travail à 50% (demi-journée), à l'essai, dès le 12 septembre 2005.

Dans un rapport du 10 octobre 2005, la Dresse T._____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, médecin traitant, mentionne ce qui suit:

"Diagnostic:

Syndrome douloureux mixte au niveau du membre supérieur gauche post traumatique (contusion de l'épaule du 26.02.2005).

Cette femme, âgée de 40 ans, secrétaire à [...], souffre actuellement de douleurs et d'une importante limitation fonctionnelle au niveau du membre supérieur gauche. Cette problématique a débuté le 26.02.2005 par une chute avec réception sur l'épaule gauche. Les douleurs annoncées dès le début comme très violentes ont justifié une consultation aux urgences de l'Hôpital [...]. La radiographie standard n'a pas montré de lésions fracturaires et la patiente a repris son travail après 3 jours d'inactivité. Malheureusement, les douleurs l'ont empêchée de faire face à ses obligations professionnelles et elle s'adresse à notre confrère orthopédiste le Dr M._____, qui lui reconnaît une incapacité de travail de 100% pour 3 semaines. Cette situation se prolonge durant tout l'été et le cas de D._____ est soumis au médecin cantonal qui propose une reprise progressive du travail dans une activité adaptée (sans port de charge lourde). Malgré ces précautions, le retour au travail est très mal vécu, générant un conflit évident tant avec ses supérieurs que ses collègues.

Dans ces conditions, il y a une réactivation des douleurs et depuis le 30.09.2005, la patiente est à nouveau à l'incapacité totale de 100%.

Pendant toute cette période, D. _____ a bénéficié d'un traitement antalgique sous forme de Mephador et Dafalgan et elle a fait de la physiothérapie, prise en charge qui lui est défavorable, augmentant chaque fois l'intensité des douleurs.

Plaintes actuelles:

Douleurs importantes au niveau du moignon de l'épaule gauche, irradiant dans la région claviculaire, mais également présternale avec sensation d'oppression. Douleurs et sensations de bras lourd, chaleur et hypersudation dans le membre supérieur gauche. La patiente utilise de moins en moins ce membre supérieur en raison d'une force diminuée, ainsi qu'en raison de la limitation de la mobilité.

La nuit, les douleurs sont supportables et la patiente arrive à dormir grâce à un traitement d'Halcion et de Seroquel qu'elle prend depuis plusieurs années en raison de troubles du sommeil et d'une certaine fragilité psychologique. Pour cette problématique, elle est prise en charge par un collègue psychiatre (le Dr K. _____).

Examen clinique:

Patiente de constitution longiligne; collaborante et fiable dans ses propos. La palpation de l'épaule est très douloureuse au niveau sous-acromial. Douleurs intenses à la palpation de la musculature de la ceinture scapulaire gauche ainsi que des insertions épitrochléennes gauches. Hypersudation au niveau de la paume de la main gauche.

La mobilisation active de l'épaule est de 90° en flexion, 80° en abduction. Rotation interne au niveau du sacrum et rotation externe 15°.

La force musculaire est difficilement testable en raison de lâchages antalgiques.

Il n'y a pas de limitation au niveau du coude ou de la main gauche.

Le bilan radiologique effectué le 30.08.2005 montre en comparaison avec la radiographie du jour de l'accident l'apparition de quelques lésions osseuses, type ostéopénie pommelée, qui m'évoque le diagnostic d'algoneurodystrophie.

En conclusion:

On se trouve devant un cas de douleurs chroniques post-traumatiques avec des éléments mixtes d'algoneurodystrophie et capsulose rétractile. Le traumatisme du 26.02.2005 est responsable initialement d'une contusion de l'épaule qui se complique par la suite par l'apparition d'un syndrome douloureux chronique régional mixte.

Il est évident que les difficultés professionnelles représentent un facteur de stress qui a déjà mis en échec la reprise partielle de travail.

D. _____ se trouve encore dans les délais d'évolution normale d'une telle complication post traumatique et j'espère que les ressources humaines de [...] sont conscients de ce problème médical. J'ai donc prolongé son incapacité totale de travail et je la reverrai à la fin du mois pour un nouveau bilan.

En ce qui concerne son traitement, j'ai ajouté du Myacalcic spray 200 U./j. Une médication psychotrope me semble aussi utile et je me permettrai de discuter avec son psychiatre quant à l'utilité d'un anxiolytique."

Le Dr C._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin-conseil de la caisse S._____, a examiné l'assurée le 18 novembre 2005. Il résulte de son rapport du même jour notamment ce qui suit:

"APPRECIATION DU CAS

Suite à une contusion de l'épaule gauche, cette patiente a développé une capsulite rétractile, peut-être dans le cadre d'un syndrome algo-neuro-dystrophique.

L'image clinique actuelle n'est pas mauvaise, avec des troubles trophiques musculaires modestes. La perte de mobilité de l'épaule gauche est modérée. Les mouvements extrêmes restent passablement douloureux. La coiffe des rotateurs est en continuité.

Les troubles subjectifs de l'extrémité (dysesthésies) rentreraient peut-être dans le cadre dystrophique. Toutefois, objectivement, pas de signes évidents d'un syndrome Sudeckoïde (hypertérmie, hypersudation, etc.) pour cette extrémité.

Le status neurologique est normal. La force de préhension est proche de la norme (pour un membre non dominant).

En l'absence d'une complication intercurrente, et sur le plan purement médical, en tenant compte du travail de secrétariat certes par moments difficile dans le cadre d'une capsulite d'épaule, une reprise du travail pourrait être re-tentée, par paliers, permettant le ré-entraînement progressif. Je propose une capacité de 33 $\frac{1}{3}$ % pour le 15 décembre 2005, puis de 50-66 $\frac{2}{3}$ % un mois plus tard, en espérant une pleine capacité au plus tard en mars 2006.

D._____ va poursuivre sa physiothérapie et son traitement médicamenteux. Conjointement, des séances de piscine (au titre d'auto-entraînement) sont conseillées. J'ai indiqué à la patiente certains gestes à faire à domicile, soit seule, soit à l'aide d'un élastique, afin qu'elle puisse se rendre compte, sur une base journalière, des progrès possibles.

Une appréciation ergonomique du lieu de travail me paraît utile."

Par décision du 25 novembre 2005, l'intimée a mis fin au droit aux indemnités journalières dès le 1^{er} mars 2006, les frais de traitement en relation avec l'accident continuant à être pris en charge. Elle a notamment considéré qu'au vu de l'évolution objective des troubles, concernant les seules suites de cet événement, la capacité de travail de l'assurée pouvait être portée à un taux partiel de 33 $\frac{1}{3}$ % du 15 décembre 2005 au 14 janvier 2006, puis à un taux entre 50% et 66 $\frac{2}{3}$ % un mois plus

tard, pour finalement être augmentée graduellement jusqu'à 100% dès le 1^{er} mars 2006.

Par lettre du 19 décembre 2005, l'assurée a formé opposition contre ladite décision aux motifs qu'il n'y avait pas d'amélioration notable de la mobilité de l'épaule et qu'elle souffrait toujours énormément de douleurs.

Le 2 février 2006, la Dresse T. _____ mentionne ce qui suit:

"Je suis D. _____ à ma consultation 1x/mois et la situation évolue très peu malgré de la physiothérapie à sec et en piscine. Toutefois, lors de la dernière consultation du 12.01.06 la patiente annonçait une petite amélioration dans la mobilisation en élévation, ainsi que l'amélioration de la qualité du sommeil.

Objectivement, on constate une élévation à gauche de 120° (100° antérieurement) et une abduction de 80° (70° antérieurement). La rotation interne est toujours très douloureuse et ne dépasse pas le sacrum. La force musculaire est difficilement testable en raison de l'état algique et des limitations fonctionnelles.

Sur le plan thérapeutique, mis à part la physiothérapie, la patiente poursuit le traitement de Myacalcic.

Cette discrète amélioration encourage la patiente à utiliser son bras dans les gestes de la vie quotidienne et surtout à répéter les exercices de mobilisation enseignés par le physiothérapeute. Elle se rend compte que son endurance loco-régionale est très faible et au bout de 3-4 répétitions du même mouvement, les douleurs l'obligent à cesser l'activité.

En conclusion, on se trouve actuellement à 1 année post-accident qui a provoqué une contusion de la tête humérale et qui s'est compliqué d'une capsulose rétractile de l'épaule gauche. Nous nous trouvons encore dans les délais raisonnables de l'évolution d'une telle complication qui évolue habituellement durant environ 2 ans.

Prenant en considération son état algique et les limitations fonctionnelles de l'épaule gauche, il me semble raisonnable de reconnaître que cette patiente n'est actuellement pas en état de reprendre son travail à 100%. Par contre, on peut admettre qu'elle peut commencer à s'adapter à son travail à un taux initial de 25% à augmenter progressivement en fonction de sa tolérance."

Le Dr Z. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie, a été mandaté pour effectuer une expertise. Dans son rapport du 17 mai 2006, il pose les diagnostics de status après contusion épaule gauche et de capsulite rétractile de l'épaule gauche associée à une probable maladie de Sudeck en décours. Les troubles constatés sont de façon certaine en relation avec l'accident survenu le 26 février 2005. La

capsulite rétractile et l'éventuelle algoneurodystrophie sont des complications en relation avec l'événement du 26 février 2005. Il n'y a pas de facteurs étrangers à cet accident jouant un rôle dans l'évolution du cas qui n'est actuellement pas stabilisé. Il faudra attendre plusieurs mois avant que l'assurée retrouve une mobilité complète de son épaule. S'agissant de la capacité de travail, l'expert mentionne ce qui suit:

“8. Capacité de travail.

Elle a bénéficié d'un arrêt de travail à 100% à partir du 26 février 2005. Le 12 septembre 2005, elle a travaillé à 50% pour être arrêtée à 100% à partir du 30 septembre.

D. _____ a recommencé à travailler à 25% comme employée de bureau à partir du 1^{er} mars 2006.

La Dresse V. _____, médecin cantonal adjoint, a écrit le 3 mai 2006 que l'assurée pourra reprendre à 50% fin mai début juin 2006 et un mois après la reprise sera proche contractuelle.

Après avoir examiné l'assurée, nous considérons qu'elle est actuellement apte à travailler à 100% dans son métier habituel.

Rappelons qu'elle est droitrière, que son travail est sédentaire et la mobilité de son épaule gauche est largement suffisante pour accomplir son métier, malgré la présence des douleurs.

En ce qui concerne la capacité de travail de l'assurée depuis décembre 2005, je pense qu'elle aurait pu travailler à temps partiel, comme le Dr C. _____ l'avait déterminé dans son rapport, si elle avait fait un effort de volonté, nécessaire pour surmonter les difficultés dues à la présence des douleurs.

9. En tenant compte des seules suites de cet accident.

Le travail habituel de cette assurée est parfaitement adapté. Je ne vois aucune autre activité professionnelle mieux adaptée que celle d'employée de bureau.”

L'expert indique en outre qu'un traitement de physiothérapie est encore nécessaire pour améliorer la mobilité de l'épaule gauche de l'assurée. La durée de ce traitement est impossible à déterminer avec précision. Les capsulites rétractiles peuvent durer plusieurs mois, voire des années, la mobilisation active assistée et passive de l'épaule en piscine étant des mesures utiles et reconnues, les exercices dans un club de fitness n'étant en revanche pas un traitement approprié. Il estime que malgré que le cas ne soit pas encore stabilisé, une atteinte à l'intégrité est peu probable et que, normalement, l'assurée devrait récupérer une mobilité complète de son épaule droite. A son avis, d'autres mesures ou investigations ne sont pas indiquées. Le pronostic est favorable à moyen

terme. Enfin, il remarque que les images de l'examen IRM du 15 mars 2006 font penser à une luxation postérieure réduite spontanément, l'assurée ayant une laxité antéropostérieure importante de son épaule saine. Néanmoins, l'expert estime peu probable qu'une luxation postérieure a eu lieu lors de l'événement du 26 février 2006, dès lors que l'assurée a chuté et heurté son épaule sans lâcher le bébé qu'elle portait dans ses bras.

Dans un complément du 13 juillet 2006, l'expert mentionne ce qui suit:

“1. En ce qui concerne la capacité de travail de votre assurée dans la page n° 3 de mon expertise datée du 17 mai 2006, j'avais écrit les avis des différents médecins qui se sont prononcés sur la capacité de travail et l'exigibilité chez votre assurée. Dans le point n° 8 page 7 de mon expertise j'ai pu exprimer mon opinion. Cette appréciation a été prise après avoir examiné en détail votre assurée et tous les documents la concernant. J'ai apprécié le niveau des charges qu'elle pourrait rencontrer dans son travail et les limitations fonctionnelles. Rappelons que votre assurée travaille comme secrétaire, elle est droitrière et son problème est localisé au niveau de son épaule gauche. Alors après avoir examiné votre assurée le 17 mai 2006, j'étais convaincu qu'elle était apte à travailler à 100% dans son métier habituel. Elle n'avait aucun déficit fonctionnel qui puisse la limiter dans son activité professionnelle habituelle. Le fait d'exprimer des douleurs ne limite pas l'exigibilité. Après avoir pris connaissance des opinions de mes collègues qui se sont exprimés dans ce cas, mon appréciation est basée sur l'examen minutieux de l'état de santé de votre assurée.

2. Vous posez la question si l'environnement socioprofessionnel ou familial de l'assurée influencerait-il la reprise de travail? Je n'ai pas remarqué ce type d'influence dans ce cas. Il s'agit à mon avis plutôt d'avoir ou pas la volonté de faire l'effort nécessaire pour surmonter les difficultés liées à la douleur dont votre assurée dit souffrir.

3. Vous posez la question de savoir combien de séances de physiothérapie sont nécessaires par semaine dans ce cas? Habituellement un rythme de deux séances de physiothérapie par semaine est suffisant pour soigner ce type de problème. L'assurée doit faire par elle même aussi des exercices de mobilisation active de son épaule gauche.”

Dans une lettre du 7 août 2006 adressée au médecin conseil de l'intimée, la T. _____ écrit ce qui suit:

“Diagnostic:

- Capsulose rétractile de l'épaule gauche post-traumatique (contusion de l'épaule le 26.02.2005)
- Fibromyalgie.

- Status post-entorse de la clavicule droite le 18.06.2006.
- Très probable état anxio-dépressif (diagnostic à préciser avec son psychiatre traitant, le Dr K. _____, [...]).

Étiologie de l'affection en cause?

Le traumatisme direct de février 2005 a déclenché des douleurs et une limitation fonctionnelle de l'épaule gauche progressant au long des semaines et ne répondant pas aux divers traitements médicamenteux ou physiques habituels. Le diagnostic de capsulose rétractile a été posé assez rapidement et le traitement a été intensifié tant sur le plan physique que médicamenteux.

Malheureusement, cet été, lorsque la situation au niveau de l'épaule semblait évoluer favorablement, la patiente a été "agressée" par la compagne de son père et elle a consulté en urgence le 18.06.2006 pour des douleurs au niveau de l'épaule droite. Le diagnostic d'entorse de la clavicule droite a été posé. Cet incident a déstabilisé la patiente tant sur le plan physique que psychologique.

État actuel?

Sur le plan subjectif la patiente reconnaît une amélioration au niveau de l'épaule gauche. La douleur est actuellement supportable en intensité et la mobilité est de plus en plus ample. Pas de douleur nocturne.

Douleurs aspécifiques au niveau de l'épaule droite.

Fatigue et surtout manque d'endurance pour effectuer des mouvements répétitifs au niveau de l'épaule gauche.

Objectivement, on ne constate pas d'asymétrie au niveau des clavicules. Leur palpation est douloureuse ddc, douleurs diffuses qui rentrent dans le cadre d'un syndrome douloureux chronique, type fibromyalgie (nous trouvons aussi des douleurs insertionnelles multiples épicondyle ddc, ceinture scapulaire ddc, grand trochanter et patte d'oie ddc).

En ce qui concerne l'épaule gauche, on mesure une élévation de 160° activement (180° passivement) et une abduction à 90° activement (160° passivement). En rotation interne, la patiente arrive à D12 (D5 à droite).

De manière générale, la patiente est hyperlaxe et présente peu de musculature.

Des circonstances sans rapport avec l'accident jouent-elles un rôle dans l'évolution du cas ? si oui, lesquelles?

Le premier accident de février 2005 a été très mal vécu par cette patiente et a entraîné un conflit professionnel qu'elle a de la peine à gérer. Il y a sans aucun doute une fragilité psychologique chez cette patiente qui mérite d'être prise en compte pour expliquer l'évolution défavorable de son accident, ainsi que ses difficultés relationnelles.

Propositions thérapeutiques?

Actuellement, le traitement se résume en physiothérapie à sec et en piscine et en une médication antalgique et de myorelaxants (Sirdalud), ainsi que du Myacalcic.

Le taux de capacité de travail du 01.03.2006?

Moi-même j'avais considéré que cette patiente avait une incapacité de travail de 75% jusqu'au 31.03.2006.

L'incapacité de travail de 50% du 01.04.2006 court actuellement.

Le nombre de séances de physiothérapie prescrites hebdomadairement?

3 séances par semaine.

Des circonstances sans rapport avec l'accident jouent-elles un rôle dans l'évolution du cas?

Ceci a déjà été répondu précédemment. Probablement son état psychologique - voir avec son psychiatre traitant."

Par décision sur opposition du 5 octobre 2006, l'intimée a rejeté l'opposition et confirmé la décision du 25 novembre 2005.

B. Par acte mis à la poste le 9 janvier 2007, D._____ a recouru contre cette décision en concluant à sa réforme en ce sens qu'elle a droit au versement d'indemnités journalières de l'assurance-accidents à 100% du 26 février au 12 septembre 2005, à 50% du 12 au 30 septembre 2005, à 100% du 3 octobre 2005 au 28 février 2006, à 75% du 1^{er} au 31 mars 2006, à 50% du 1^{er} avril au 12 décembre 2006 et 40% depuis lors jusqu'à un terme fixé à dire de justice, avec intérêt à 5% l'an dès le 15 décembre 2005. Elle soutient en substance que l'expertise n'est pas probante dès lors qu'elle ne contient aucune remarque sur les plaintes exprimées par la recourante, ni surtout une appréciation de l'incidence de la douleur sur son invalidité, l'aspect psychologique ayant ainsi été totalement passé sous silence, alors que tant la Dresse T._____ que le Dr K._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, en tiennent compte. Elle allègue un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'accident et les troubles dont elle souffre. Elle requiert dès lors la mise en oeuvre d'une expertise pluridisciplinaire.

Elle a produit un lot de pièces dont un certificat médical établi le 12 décembre 2006 par la Dresse T._____, dont la teneur est la suivante:

"Le médecin soussigné atteste suivre D._____ à sa consultation depuis octobre 2005.

Elle m'a été adressée pour la prise en charge d'une capsulose rétractile au niveau de l'épaule gauche après un traumatisme survenu le 26.02.2005.

L'évolution a été très pénible tant sur le plan algique que fonctionnel et un traitement complexe médicamenteux et physique a été poursuivi depuis lors.

Nous constatons une amélioration très lente depuis ce printemps, lorsque nous avons estimé que sa capacité de travail était de 50% à partir du 01.04.2006.

L'examen d'aujourd'hui montre une augmentation des amplitudes articulaires au niveau de l'épaule gauche, mais la persistance des dysbalances musculaires cervico-scapulaires et D._____ nécessite encore des soins physiques et un traitement médicamenteux.

Cependant, sa capacité de travail actuelle peut être raisonnablement considérée à 60%.

Dans 3 mois, sa capacité de travail liée strictement à la problématique de l'épaule gauche devrait être totale."

Dans sa réponse du 19 février 2007, l'intimée a conclu au rejet du recours.

Les parties ont maintenu leurs conclusions dans leurs écritures ultérieures.

L'intimée a en outre produit les pièces suivantes:

- une lettre du 5 mars 2007 adressée par la Dresse T._____ au Dr K._____ dans laquelle elle mentionne notamment que sur le plan subjectif la patiente dit avoir encore plus de douleurs et se sentir de plus en plus limitée. Elle conclut que selon ses observations, la patiente n'a pas aggravé sa situation au niveau de l'épaule, qu'il s'agit d'un cas de fibromyalgie chez une patiente *bordeline* avec une tolérance à l'effort nulle et très certainement aucune motivation. Elle ajoute valider sa souffrance mais la mettre plutôt sur le compte de la fibromyalgie et de sa fragilité psychologique.

- une lettre du 6 mars 2007 de la Dresse T._____ au médecin conseil de l'intimée où elle écrit notamment qu'il s'agit d'un cas complexe où la capsulose de l'épaule gauche survient après un traumatisme mineur dans un contexte de fragilité psychologique avec état dépressif récurrent. La fibromyalgie est apparue quelques mois plus tard, ce qui complique la prise en charge. Pendant l'année 2006, elle a constaté une bonne

amélioration au niveau de la mobilité de l'épaule gauche sans pour autant répondre de manière adéquate sur le plan antalgique. Vu la globalité du cas elle estime que le pronostic reste réservé en ce qui concerne la récupération totale de la capacité de travail.

- un rapport intermédiaire du 10 décembre 2007 de la Dresse T. _____ dont il résulte ce qui suit:

"1. Etat actuel

La patiente se plaint toujours de douleurs au niveau de l'épaule gauche malgré les innombrables séances de fitness et de massages. Elle dort très mal et les investigations effectuées à l'unité des Troubles du Sommeil ont mis en évidence des troubles responsables d'un sommeil non-réparateur (pas de rapport à ma disposition). Depuis le 01.11.2007 (une semaine avant la dernière consultation), elle travaille à 70%, activité qu'elle a de la difficulté à supporter, mais elle s'y efforce. Elle apprécie une ambiance correcte sur le lieu de travail sans conflit et sans stress.

Sur le plan objectif: l'épaule gauche a une mobilisation active de 170° en élévation et 120° en abduction. En rotation interne, elle arrive en D7. La coiffe des rotateurs présente un lâchage antalgique chez une patiente extrêmement maigre sans masse musculaire. Pour le reste du status, on retrouve quelques points de fibromyalgie (épicondyles ddc, ceinture scapulaire).

2. Des circonstances sans rapport avec l'accident jouent-elles un rôle dans l'évolution du cas?

Les troubles du sommeil peuvent effectivement entraîner et entretenir un syndrome douloureux chronique, mais les douleurs peuvent aussi perturber le sommeil, il est donc difficile de répondre correctement à cette question.

L'état dépressif peut également agir défavorablement sur le ressenti douloureux, mais actuellement la patiente semble assez équilibrée sur le plan psychologique.

3. Propositions thérapeutiques?

D. _____ poursuit la médication antalgique alternant le Dafalgan avec Mépha-Dolor et en appliquant les Flector patchs. Sur son propre compte, elle fait également des séances de massages et de fitness.

4. Pronostic?

Cette patiente est extrêmement fragile. Cependant après un investissement thérapeutique continu et global, elle a pu arriver à une capacité de travail de 70%. A mon sens, c'est le maximum qu'elle puisse faire, en tenant compte du diagnostic de syndrome douloureux chronique type fibromyalgie et de l'état dépressif."

- un rapport intermédiaire du 28 août 2007 de la Dresse T. _____ dont il résulte ce qui suit:

"1. Etat actuel

Sur le plan subjectif: D._____ annonce une légère amélioration tant sur le plan algique que fonctionnel. Cependant, elle précise qu'il s'agit d'une évolution fluctuante avec parfois plus de douleurs et plus de blocages. Elle met cette amélioration sur le compte des séances de massages quotidiens qu'elle a effectués ces dernières semaines.

Elle signale par contre des douleurs en regard du tendon du muscle pectoral à gauche où il y a aussi une discrète tuméfaction. Elle ne se rappelle par avoir fait des mouvements brusques ni avoir eu d'autres traumatismes à ce niveau.

Sur le plan objectif: sa statique me semble améliorée, les épaules étant moins antérieures. Il y a des douleurs à la palpation tout au long du bord interne de l'omoplate avec une tendomyose des fixateurs de l'omoplate et du trapèze gauches. Douleurs également à la palpation de la clavicule à gauche et du moignon de l'épaule gauche.

La mobilisation cervicale est complète bien qu'annoncée comme douloureuse à gauche lors de la rotation à droite.

La mobilisation active de l'épaule est de 170° à l'élévation et de 110° en abduction (180° passivement). La rotation externe est complète. En rotation interne, la patiente arrive avec le pouce en D12 (D7 à droite). Lâchage antalgique lors du test de Jobe.

2. Des circonstances sans rapport avec l'accident jouent-elles un rôle dans l'évolution du cas?

Rien de nouveau par rapport à ce qui a été mentionné dans le courrier précédent (labilité émotionnelle et fibromyalgie qui me semblent moins importantes qu'il y a quelques mois).

3. Propositions thérapeutiques?

Auto-prise en charge pour mobilisation active de l'épaule et réharmonisation musculaire. Médication antalgique (Dafalgan alternant avec Méphador et occasionnellement application de Flector plasters).

4. Pronostic?

Il y a le risque que cette patiente reste avec une discrète limitation fonctionnelle de l'épaule et des douleurs plus ou moins importantes en fonction de l'activité physique."

La recourante a également notamment produit:

- un rapport médical établi le 17 janvier 2007 par le Dr F._____, spécialiste FMH en médecine interne;

- une lettre du 3 avril 2007 de la Dresse T._____ adressée au conseil de la recourante qui indique notamment ce qui suit:

"1. Depuis quand êtes-vous consultée par D._____?

Moi-même je l'ai examinée pour la première fois le 10.10.2005. Cependant je précise qu'à l'Hôpital [...], elle est suivie depuis le 15.04.2005, ayant consulté avant moi le Dr Q._____, notre spécialiste de l'épaule, qui me l'a adressée pour la rééducation, le cas de cette patiente ne justifiant pas un traitement chirurgical.

2. Diagnostic et traitements administrés?

Syndrome douloureux mixte (capsulose rétractile) au niveau du membre supérieur gauche post traumatique (contusion de l'épaule le 26.02.2005).

Ce diagnostic a été posé sur la base de l'examen clinique et de l'examen radiologique approprié (IRM de l'épaule gauche).

Le traitement a été complexe et soutenu. Mis à part la médication antalgique et anti-inflammatoire, D._____ a bénéficié d'un traitement de physiothérapie régulier.

3. D._____ a-t-elle participé activement aux traitements que vous lui avez proposés?

Oui. Elle a toujours suivi nos indications. Malheureusement, au cours de son évolution pour la capsulite rétractile, la patiente a développé une fibromyalgie (syndrome douloureux insertionnel à localisations multiples), ce qui a compliqué sa prise en charge.

4. Quels ont été les traitements prescrits pour la prise en charge de la douleur?

Nous avons fait plusieurs tentatives médicamenteuses, mais il s'est avéré que le Méfénacide est le médicament qui lui convient le mieux, associé à des patchs de Flector. Très longtemps, la patiente a suivi un traitement spécifique de Myacalcic, médication qui a habituellement un bon effet sur la douleur dans les cas de capsulose rétractile. Elle prend également régulièrement du Dafalgan.

Il m'est difficile de me prononcer si cette douleur est effectivement invalidante. Comme vous le savez, la douleur est très personnelle. Il s'agit d'un ressenti grandement influencé par les émotions qui peuvent surtout en cas d'émotion négative rendre la douleur beaucoup plus importante qu'elle est en réalité.

5. Quelle a été l'évolution de la mobilité du bras gauche de D._____ suite à cet accident?

Initialement on avait constaté une limitation relativement importante de l'épaule gauche, qui s'est fort heureusement améliorée progressivement jusqu'à obtenir dernièrement une mobilité quasi complète. Seule reste limitée la rotation interne du bras (le mouvement pour amener la main dans le haut du dos).

6. Quelles sont les perspectives de récupération complexe de la mobilité de ce bras?

De manière générale, on considère un laps de temps de 2 ans pour la récupération d'une capsulite rétractile. Il subsiste donc actuellement des limitations très modérées et dans l'ensemble la mobilisation de son bras peut être considérée comme fonctionnelle. Il est fort possible qu'il subsistera toujours une petite restriction pour l'amplitude articulaire et surtout pour la rotation interne, mais cette situation ne devrait pas avoir de répercussion négative sur la qualité de vie ou les capacités professionnelles de cette jeune femme.

7. Selon votre rapport du 10.10.2005, le bras gauche de D. _____ avait une force et une mobilité limitées. Qu'en est-il aujourd'hui?

Selon le dernier examen du 05.03.2007, la patiente parvient activement à une élévation du bras de 160° (normal 180°), une abduction de 140° (normal 160°), une rotation externe complète et une rotation interne limitée, arrivant avec le pouce uniquement dans le haut de la région lombaire. La force musculaire n'est pas déficitaire.

8. La capsulite rétractile est-elle une conséquence simple, logique et directe de la chute du 26.02.2005 ou s'agit-il d'une affection plus complexe apparaissant suite à un traumatisme important au niveau d'une articulation?

La capsulite rétractile n'est pas la conséquence habituelle de tout traumatisme. Il est reconnu par contre qu'elle peut apparaître, même après des traumatismes simples ou même après un geste chirurgical anodin. Les personnes anxieuses ou celles présentant des troubles, type labilité émotionnelle, sont plus prédisposées de développer une capsulite rétractile que les personnes ayant un psychisme équilibré.

9. Selon votre expérience, combien de temps durent le traitement et la convalescence d'un patient suite à une capsulite rétractile jusqu'à une récupération complète?

En règle générale, du moment où on constate l'apparition d'une capsulite rétractile, on compte entre 6 mois à 2 ans de traitement.

10. Plus de 2 ans après l'accident, peut-on dire que la guérison de D. _____ est anormalement longue?

Non. D. _____ s'inscrit dans un cas ayant évolué très lentement et qui, à 2 ans post accident, présente un discret fond douloureux et une limitation modérée pour la rotation interne du bras.

11. Quel est actuellement le taux d'incapacité de travail de D. _____?

En prenant en considération uniquement les problèmes ostéo-articulaires (capsulite de l'épaule et fibromyalgie), on peut considérer que sa capacité de travail est d'environ 60%. En effet, nous sommes obligés de voir la globalité de ce cas et juger ses aptitudes physiques en ajoutant au problème d'épaule les douleurs, type fibromyalgie, qui diminuent l'endurance physique et la qualité de vie des patients. Ce diagnostic de fibromyalgie peut être considéré comme secondaire aux difficultés de récupération post accident, ainsi qu'aux difficultés professionnelles et surtout aux conflits asséculo-logiques.

12. Avez-vous d'autres observations à faire concernant le cas de D. _____?

A mes yeux, il s'agit d'un cas complexe où la capsulose de l'épaule gauche survient après un traumatisme mineur dans un contexte de fragilité psychologique avec état dépressif récurrent et une fibromyalgie apparue quelques mois plus tard, ce qui a compliqué la prise en charge.

Pendant l'année 2006, nous avons constaté une bonne amélioration au niveau de la mobilité de l'épaule gauche, sans pour autant pouvoir répondre de manière adéquate sur le plan antalgique.

Vu la globalité du cas, le pronostic reste réservé en ce qui concerne la récupération totale de sa capacité de travail. Il reste toujours difficile à séparer en pourcents, ce qui est limitation au travail due uniquement à l'accident. Ce qui est certain, c'est que les conflits d'intérêts entre assurances-accident et accidentés ne font que retarder les processus de guérison, les assurés se sentant victimes non seulement de l'accident, mais aussi du système asséculo-logique."

- une lettre du 24 avril 2007 du Dr K. _____ adressée au conseil de la recourante qui indique notamment ce qui suit:

1. Quand D. _____ vous a-t-elle consulté suite à l'accident dont elle a été victime le 26 février 2005?

Réponse: D. _____ est en mon traitement de longue date (depuis le 7 décembre 1998).

Elle m'a consulté le 9 mars 2005, mais ce rendez-vous était prévu avant la chute dont elle a été victime le 26 février 2005. Elle m'a alors fait part d'un conflit entre sa supérieure et son médecin traitant d'alors, le Dr M. _____, orthopédie FMH.

2. Quelles conséquences psychiques a eu cet accident pour D. _____?

La patiente s'est trouvée intriquée dans une suite de conflits: d'une part sa supérieure a mis en doute les compétences de son médecin traitant en le suspectant d'établir des certificats de complaisance. D'autre part, vu l'évolution de la pathologie de l'épaule en épaule gelée (diminution progressive de la mobilité de l'épaule et douleurs à toute mobilisation), la patiente a été consulté un autre spécialiste (Dr Q. _____ au CHUV) et son médecin traitant a alors décidé de ne plus la suivre. Cette succession de conflits a déstabilisé profondément la patiente et a provoqué un trouble anxieux et dépressif avec une exacerbation des troubles du sommeil.

3. Quelle a été l'évolution de l'état de santé psychique de D. _____ depuis l'accident du 26 février 2005 à ce jour?

Réponse: L'état de santé psychique a suivi approximativement l'évolution de l'atteinte somatique. Tant que l'épaule est restée très douloureuse à toute mobilisation et que l'avenir professionnel semblait très incertain, la patiente a présenté des troubles du sommeil importants, une anxiété massive et des troubles de l'appétit. Lorsque la patiente a pu constater une lente amélioration de la pathologie de son épaule, les troubles psychiques se sont partiellement amendés.

4. Y a-t-il une interaction entre les conséquences somatiques de cet accident et ses effets psychiques? En particulier, la lente rémission des conséquences orthopédiques et neurologiques a-t-elle influencé l'évolution de l'état psychique de votre patiente?

Réponse: Oui, comme je l'ai mentionné dans ma réponse à la question précédente.

5. Avez-vous constaté chez D. _____ une volonté de guérir, notamment de reprendre progressivement une activité professionnelle?

Réponse: Oui. A mon avis, cette patiente a tout mis en oeuvre pour suivre les traitements prescrits et faire les exercices nécessaires afin de reprendre dans les meilleurs délais son activité professionnelle. Elle n'a pas tenté de "profiter" de sa situation d'accidentée.

6. Sur le plan psychique, D._____ présente-t-elle encore des séquelles suite à l'accident du 26 février 2005?

Réponse: Non. Elle est actuellement en phase de reprise de son activité professionnelle antérieure dans un climat peu favorable, mais elle se donne de la peine pour maintenir son activité professionnelle.

7. Avant cet accident, D._____ connaissait-elle des troubles de la santé, notamment psychique, propre à entraîner une incapacité de travail?

Réponse: La patiente m'avait consulté en 1998 à la suite d'une rupture sentimentale inattendue et avait présenté alors un épisode dépressif sévère, Elle avait été en incapacité de travail pendant trois mois à 100% puis à 50% pendant six semaines ensuite. Depuis lors, elle n'avait plus été en incapacité de travail en raison de troubles psychiques."

C. Le dossier AI a été produit. Y figurent notamment les pièces suivantes:

- un rapport du Dr K._____ du 14 décembre 2006 qui diagnostique:

- "• Personnalité émotionnellement labile, type borderline (F60.31)
- Trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans syndrome somatique (F33.10)
- Myopie surcorrigée (H52.1)
- Capsulite rétractile de l'épaule gauche (M75.0)
- Fibromyalgie (M79.0)".

Il estime l'incapacité de travail à 100% du 26 février 2005 au 28 février 2006, 75% du 1^{er} mars au 31 mai 2006, 50% du 1^{er} juin 2006 au 31 octobre 2006, 40% dès le 1^{er} novembre 2006.

Il indique traiter la recourante dès le 7 décembre 1998 et avoir effectué son dernier examen le 18 décembre 2006. Elle présente, de longue date, des troubles du sommeil récalcitrants à tout traitement psychopharmacologique et psychothérapeutique avec des troubles de l'humeur épisodiques. Il mentionne en outre notamment ce qui suit:

"E. Constatations objectives

Comme je l'ai mentionné dans l'anamnèse succincte, une succession d'événements traumatiques a profondément déstabilisé cette

patiente. Une chute sur du verglas le 26 février 2005 entraîne une capsulite rétractile qui évolue dans un premier temps de manière défavorable. Néanmoins, il faut signaler qu'après sa chute, la patiente a repris son activité professionnelle pendant trois jours, malgré des douleurs intenses de l'épaule gauche. L'incapacité de travail qui lui a été reconnue par la suite n'a pas été appréciée de sa supérieure hiérarchique et un conflit de confiance a éclaté. Ce conflit a ensuite dégénéré et la patiente considère qu'il ne lui est plus possible de retourner travailler à son ancien poste de travail. Enfin, un conflit asséculoologique est venu couronner le tout!

Un deuxième événement vient déstabiliser la patiente: elle se fait opérer des yeux pour sa myopie et l'intervention ne permet pas d'obtenir les résultats escomptés. Dès lors, la patiente a de la peine à travailler de longues heures à l'écran en raison de troubles de la vision. Ces troubles de la vision entraînent également une fatigue.

Enfin, le père de la patiente décède en novembre 2005 dans des circonstances dramatiques. Divorcé depuis de longues années, cet homme n'avait que peu de contacts avec ses deux filles. Quelques mois avant son décès, il s'était remarié avec une femme marocaine. Les deux filles avaient été prévenues quelques jours avant son décès par un ami du père, que ce dernier allait mal et était vraisemblablement maltraité par sa jeune épouse. Les deux filles n'ont pas eu le temps de s'occuper de leur père avant qu'il ne décède dans des circonstances pour le moins étranges. Ce décès a donc bouleversé la patiente et l'a profondément attristée.

Cette patiente présente donc plusieurs pathologies indépendantes les unes des autres mais qui, cumulées, représentent une source de fatigue et d'épuisement. D'autre part, cette patiente présente de longue date des troubles du sommeil qu'une médication psychotrope parvient difficilement à juguler. Ces troubles du sommeil sont vraisemblablement dus à une angoisse primaire, de type borderline, et à un état de tension constant. L'ensemble de ces pathologies ont conduit maintenant à une incapacité de travail de longue durée. Actuellement, l'état de santé de la patiente s'améliore progressivement, et la patiente recouvre pas-à-pas une capacité de travail, mais la prudence reste de mise dans le pronostic que je peux émettre."

- un rapport du 27 décembre 2006 de la Dresse T. _____ qui diagnostique:

- "• Capsulose rétractile de l'épaule gauche post-traumatisme par choc direct le 26.01.2005.
- Fibromyalgie secondaire Eté 2006
- Etat anxieux et probables troubles de la personnalité (diagnostic à confirmer par son psychiatre, le Dr K. _____)."

Elle retient les incapacités de travail suivantes:

- incapacité de travail de 100% de février au 11 septembre 2005;
- incapacité de travail de 50% du 12 au 29 septembre 2005;

- incapacité de travail de 100% du 30 septembre au 15 décembre 2005;
- incapacité de travail de 75% du 16 décembre 2005 au 31 mars 2006;
- incapacité de travail de 50% du 1^{er} avril au 12 décembre 2006;
- incapacité de travail de 40% du 12 décembre 2006 à probablement mars 2007;
- incapacité de travail de 0% par la suite.

Il résulte de ce rapport notamment ce qui suit:

“7. Thérapie, Pronostic:

Cette patiente a donc développé une capsulose rétractile après une contusion directe sur l'épaule gauche. L'évolution a été initialement très pénible. Toutefois ces deux derniers mois, nous assistons à une amélioration considérable tant sur le plan algique que fonctionnel, permettant à cette patiente une reprise de travail à 60%. On se trouve donc dans des délais raisonnables de récupération d'une capsulose rétractile (2 ans après le traumatisme). Malheureusement, D._____ présente également des troubles psychologiques qui représentent vraisemblablement des facteurs d'entretien de sa problématique ostéo-articulaire. C'est la raison pour laquelle nous devons considérer que ce délai de récupération peut durer quelques mois de plus.

En me référant uniquement à la problématique ostéo-articulaire, le pronostic est à mon sens favorable. D._____ pourra travailler au moins à 80% dans son activité de secrétariat. Ce taux d'activité peut être atteint pour autant que le contexte relationnel est favorable. Il est évident que sa pathologie psychiatrique devrait être prise en considération pour évaluer son pronostic à moyen et long terme.”

D. A la demande du juge instructeur, la Dresse T._____ a déposé un rapport du 3 mars 2008 dont la teneur est la suivante:

“1. N'est-il pas exact que l'incapacité de travail de D._____ a été de 100% jusqu'au 01.03.2006?

Effectivement sur la feuille d'accident, j'avais attesté une incapacité totale de travail jusqu'au 01.03.2006, lorsque l'assurée devait reprendre son activité à 25%.

2. Est-il exact que c'est à partir du 01.03.2006 que l'incapacité de travail de D._____ a été réduite à 75%, ceci jusqu'au 31.05.2006?

Oui. A partir du 01.03.2006, l'incapacité de travail de D._____ a été réduite à 75%. Moi-même j'avais considéré cette incapacité de travail jusqu'au 31.03.2006.

3. Est-il exact que c'est à partir du 1^{er} juin 2006 que l'incapacité de travail de D. _____ a été réduite à 50%, ceci jusqu'au 31 octobre 2006?

En ce qui concerne les suites directes de l'accident (capsulose rétractile de l'épaule gauche), mes constatations m'ont permis à l'époque de considérer que l'incapacité de travail de D. _____ a été réduite à 50% du 01.04.2006. Cependant, la patiente n'a pu reprendre ce travail à 50% qu'à partir du 01.06.2006 et ceci pour des raisons liées à d'autres affections que les suites directes de l'accident, incapacité délivrée par d'autres confrères.

4. La Dresse T. _____ est-elle d'accord que son rapport à l'Office AI soit rectifié dans le sens précité concernant les taux d'incapacité de travail?

Oui. Il est évident que pour l'Assurance Invalidité l'incapacité de travail doit prendre en considération toutes les répercussions sur la capacité de travail et non seulement l'incapacité liée aux conséquences directes de l'accident. Je suis tout à fait d'accord que mon rapport pour l'Office AI soit modifié selon les données que mon collègue psychiatre a fournies.

Questions de l'intimée

1. Si la Dresse D. _____ confirme les périodes et pourcents d'incapacité listés par Me Bron, comment explique-t-elle ces contradictions avec les dates pourcents attestés dans les rapports médicaux adressés à la caisse S. _____?

Je ne connais pas quels sont les périodes et pourcents d'incapacité listés par Me Bron, mais dans un cas si complexe de problématiques intriquées (accident, comorbidité psychiatrique et fibromyalgie), ainsi que l'intervention de plusieurs médecins et d'experts, il est difficile de faire la part des choses et dans mon optique je suis restée sur l'incapacité liée à l'accident.

2. Dans la même hypothèse quels sont les diagnostics qui justifient l'incapacité de travail pour chaque période?

Jusqu'au 01.03.2006, l'incapacité de travail se justifie entièrement par les douleurs et la limitation fonctionnelle provoquées par la capsulose rétractile - complications directes de l'accident de février 2005.

A partir du 01.04.2006, l'incapacité justifiée par les conséquences de l'accident est à mes yeux de 50%. C'est la décompensation de ses problèmes psychologiques et des douleurs type fibromyalgie qui s'est ajoutée pour expliquer l'incapacité de travail de 75% jusqu'au 01.06.2006.

L'incapacité de travail de 50% a perduré jusqu'au 12.12.2006 toujours expliquée par l'intrication des suites directes de l'accident (25%) et la comorbidité psychiatrique et la fibromyalgie (25%)."

E n d r o i t :

1. La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009 et qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est immédiatement applicable dans la présente cause depuis son entrée en vigueur (cf. art. 117 al. 1 LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

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 (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 auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA).

La décision attaquée a été rendue avant l'entrée en vigueur - le 1^{er} janvier 2007 - de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF; RS 173.32; cf. RO 2006 1069) qui a abrogé l'art. 106 LAA (cf. art. 49 al. 1 LTAF et le ch. 111 de son annexe); ce dernier article était encore applicable alors, si bien que le recours devait être déposé dans les trois mois suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 106 aLAA; RO 2002 3371, 3429), auprès du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré (art. 58 al. 1 LPGA). Ce délai a été observé.

Le présent recours est ainsi déposé en temps utile. Il est en outre recevable en la forme.

2. Le litige porte sur le droit au versement d'indemnités journalières de l'assurance-accidents. En l'occurrence, la question à examiner est celle de la capacité de travail de la recourante à la suite de l'accident.

a) Selon l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2). L'indemnité journalière de l'assurance-accidents n'est pas allouée s'il existe un droit à une indemnité journalière de l'assurance-invalidité ou à une allocation de maternité selon la loi du 25 septembre 1952 sur les allocations pour perte de gain (al. 3).

Aux termes de l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

aa) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Il y a causalité naturelle entre l'atteinte à la santé et l'événement assuré lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'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 (ATF 121 V 204, consid. 6b; 119 V 7, consid. 3c/aa; 115 V 133, consid. 3). 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 fondé sur l'accident assuré doit être nié (ATF 118 V 286, consid. 1b; 117 V 359, consid. 4a; 115 V 133 et 403, consid. 3; 113 V 307, consid. 3a et 321, consid. 2a, ainsi que la jurisprudence et la doctrine mentionnées dans ces arrêts; cf. aussi Ghélew/Ramelet/Ritter, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents [LAA], Lausanne 1992, p. 51 ss ; Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, Berne 1985, p. 458 ss). Le juge ne s'écartera des avis médicaux que lorsque ceux-ci apparaissent lacunaires ou contradictoires (cf. ATF 107 V 173, consid. 3).

bb) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose, outre un lien de causalité naturelle, un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé (ATF 129 V 402, consid. 4.4.1 *in limine*). 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 129 V 181, consid. 3.2; 405, consid. 2.2, 125 V 461, consid. 5a, et les références).

b) Lors de contradictions entre les rapports médicaux, le juge des assurances sociales ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen

de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351, consid. 3a, et les références citées).

En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351, consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170, consid. 4; TFA I 514/06 du 25 mai 2007, consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert.

Au demeurant, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants peuvent avoir tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles d'un médecin traitant (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc, et les références; Pratique VSI 2001, p. 106, consid. 3b/bb et cc). Il faut cependant relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur (TF 9C_773/2007 du 23 juin 2008, consid. 5.2).

3. En l'espèce, sur le plan somatique, les médecins posent tous le diagnostics de capsulite rétractile de l'épaule gauche post-traumatique.

S'agissant de la capacité de travail, le Dr C._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin-conseil de l'intimée, estime qu'en l'absence d'une complication intercurrente - et sur le plan purement médical, en tenant compte du travail de secrétariat certes par moments difficile dans le cadre d'une capsulite d'épaule -, une reprise du travail pourrait être tentée, par paliers, permettant le réentraînement progressif. Il a ainsi proposé une capacité de 33⅓% pour le 15 décembre 2005, puis de 50-66⅔% un mois plus tard, en espérant une pleine capacité au plus tard en mars 2006 de la capacité de travail. L'expert, le Dr Z._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie, s'est rallié à cette proposition. Il a expliqué que cette appréciation avait été prise après avoir examiné en détail la recourante et tous les documents la concernant. Il a apprécié le niveau des charges qu'elle pourrait rencontrer dans son travail et les limitations fonctionnelles tenant compte du fait qu'elle travaille comme secrétaire, et qu'elle est droitrière alors que son problème est localisé au niveau de son épaule gauche. Dès lors que qu'elle n'avait aucun déficit fonctionnel qui puisse la limiter dans son activité professionnelle habituelle, il s'est déclaré convaincu qu'elle était apte à travailler à 100% dans son métier habituel. Il a ajouté que le fait d'exprimer des douleurs ne limitait pas l'exigibilité.

Certes la Dresse T._____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, médecin traitant, arrive à une autre appréciation de la capacité de travail et de son évolution, toutefois, dans son appréciation, elle ne se fonde pas uniquement sur des éléments objectifs mais également sur les douleurs exprimées par la recourante tout en admettant qu'il lui est difficile de se prononcer sur le point de savoir si cette douleur est effectivement invalidante. Elle relève d'ailleurs que la douleur est très personnelle et qu'il s'agit d'un ressenti grandement influencé par les émotions qui peuvent surtout en cas d'émotion négative rendre la douleur beaucoup plus importante qu'elle n'est en réalité. Or ni l'expert Z._____, ni le Dr C._____ ne nie l'existence de douleurs, mais estime que la capacité de travail entière est exigible dès le 1^{er} mars 2006 malgré l'existence de celles-ci, compte tenu du travail effectué par la recourante. Au demeurant, l'appréciation de la capacité de travail de la

recourante en relation avec l'activité qu'elle exerce habituellement est peu documentée par la Dresse T._____. Ses conclusions, qui n'auraient en tout état de cause pu être admises qu'avec réserve, compte tenu de la jurisprudence, ne sauraient dès lors être retenues en l'espèce.

Enfin, le rapport d'expertise contient une anamnèse, fait état des plaintes de la recourante et procède d'une étude approfondie et détaillée du cas. L'expertise est exempte de contradictions et ses conclusions sont claires et motivées; celles-ci concordent par ailleurs avec celles du Dr C._____. L'expertise a ainsi, conformément aux réquisits de la jurisprudence, valeur probante. Par ailleurs, aucun élément objectivement vérifiable, qui serait suffisamment pertinent pour remettre en cause la validité de l'expertise, n'a été ignoré par l'expert. Dans ces circonstances, il convient de retenir les conclusions de l'expert Z._____, lesquelles l'emportent sur celles de la Dresse T._____.

Force est dès lors d'admettre que la capacité de travail de la recourante était de 33 $\frac{1}{3}$ % dès le 15 décembre 2005, puis de 50-66 $\frac{2}{3}$ % un mois plus tard et de 100% dès le 1^{er} mars 2006.

4. Sur le plan psychique, la jurisprudence fédérale a dégagé des critères objectifs qui permettent de juger du caractère adéquat des troubles psychiques consécutifs à un accident. Elle a tout, d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par exemple une chute banale), les accidents de gravité moyenne et les accidents graves (ATF 129 V 402, consid. 4.4.1). Pour procéder à cette classification des accidents, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (cf. ATF 129 V 402, consid. 4.4.1; TF 8C_262/2008 du 11 février 2009, consid. 3.1; SBVR XIV-Meyer, Soziale Sicherheit, F n. 89 s.).

Dans le cas d'un accident insignifiant ou de peu de gravité, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles

psychiques doit, en règle ordinaire, être d'emblée niée. Dans les cas d'un accident grave, l'existence d'une relation adéquate doit en règle générale être admise, sans même qu'il soit nécessaire de recourir à une expertise psychiatrique. En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants:

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

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant si l'on se trouve à la limite des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat de l'accident puisse être admis (ATF 129 V 402, consid. 4.4.1; 115 V 133, consid. 6c/aa; 403, consid. 5c/aa; SBVR XIV-Meyer, Soziale Sicherheit, F n. 91).

En l'espèce, on se trouve en présence d'un accident de gravité moyenne, à la limite des accidents de peu de gravité; ce qu'atteste notamment la Dresse T._____ en qualifiant les conséquences de l'accident de traumatisme mineur (cf. lettre du 3 avril 2007). Il n'y a pas eu d'accident particulièrement dramatique. Les lésions physiques ne sont pas particulièrement graves. La durée du traitement médical n'est pas anormalement longue. Il n'y a pas eu d'erreurs dans le traitement médical

entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident, ni de complications importante en cours de guérison. Le seul critère ainsi réalisé est celui de douleurs physiques persistantes. Toutefois de l'aveu même de la Dresse T._____, il est difficile de déterminer si les douleurs ressenties par la recourante sont effectivement invalidantes (cf. lettre du 3 avril 2007). Par ailleurs, elle estime que ces douleurs sont à mettre plutôt sur le compte de la fibromyalgie et de la fragilité psychologique de la recourante (cf. lettre du 5 mars 2007). Dans ces circonstances, il est plus que vraisemblable que la persistance des douleurs ne résulte pas du traumatisme subi par la recourante, mais d'affections, notamment psychiques, malades. Au demeurant, il ressort des différentes pièces médicales établies par le Dr C._____ et l'expert Z._____ que les douleurs persistantes ne revêtent pas une intensité particulière. Le Dr C._____ a constaté que les douleurs n'apparaissent qu'en cas de mouvements extrêmes. L'expert Z._____ souligne, quant à lui, que la recourante est droitière et que les douleurs ne sont ressenties qu'à l'épaule gauche. Dans ces circonstances, on ne peut considérer que l'unique critère ici présent, dont l'origine est, au demeurant, vraisemblablement malade, soit d'une intensité telle qu'un lien de causalité adéquate puisse être admis entre les troubles psychiques présentés par la recourante et l'accident.

S'agissant en particulier des troubles psychiques, le Dr K._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, médecin traitant, a indiqué que le trouble anxieux et dépressif avec exacerbation des troubles du sommeil résulte d'une succession de conflits (supérieure hiérarchique, ancien médecin traitant, etc.) et d'évènements dramatiques (décès du père, échec d'une intervention médicale, etc.), lesquels ne sont pas liés à l'accident. Le Dr K._____ précise en outre que la recourante présente de longues dates des troubles du sommeil qu'une médication psychotrope ne parvient que difficilement à juguler et que ces troubles sont vraisemblablement dus à une angoisse primaire, de type *borderline*, et à un état de tension constant. Il est dès lors plus que vraisemblable que les troubles psychiques présentés par la recourante ne sont pas directement liés à l'accident.

En conséquence, on ne peut que constater l'absence de causalité adéquate entre les troubles psychiques et l'accident.

5. Selon la jurisprudence, le juge peut renoncer à administrer des preuves supplémentaires si – après une saine appréciation des éléments en sa possession – il acquiert la conviction qu'il y a lieu de considérer que certains faits matériels atteignent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres moyens de preuve ne changeraient rien au résultat (appréciation anticipée des preuves). Un tel procédé ne viole en rien le droit d'être entendu (cf. ATF 124 V 90, consid. 4b; 122 V 157, consid. 1d; 119 V 335, consid. 3c; 104 V 209, consid. a).

Le dossier médical de la recourante étant complet, permettant ainsi à la Cour de statuer en pleine connaissance de cause, la mise en oeuvre d'une nouvelle expertise ne se justifie pas. La requête de la recourante en ce sens doit ainsi être rejetée.

6. Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. S'agissant des frais et dépens, il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et art. 55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision attaquée est confirmée.
- III.** L'arrêt est rendu sans frais ni dépens.

Le président:

Le greffier:

Du

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

- Me Jacques-Henri Bron (pour D. _____),
- Caisse S. _____,
- 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: