

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/650/2011

ATAS/318/2013

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 27 mars 2013

4^{ème} Chambre

En la cause

Madame G_____, domiciliée à CAROUGE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Eric MAUGUE

recourante

contre

SWICA ASSURANCES SA, sise boulevard de Grancy 39,
LAUSANNE

intimée

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Christine LUZZATTO et Dana DORDEA,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame G_____ (ci-après : l'assurée ou la recoursante), née en 1961, a travaillé dès le 1^{er} septembre 2002 auprès de la FONDATION X_____ (X_____ ; ci-après : l'employeur) en tant qu'aide familiale à 80%. A ce titre, elle était couverte contre les accidents professionnels et non professionnels par SWICA ASSURANCES SA (ci-après : SWICA ou l'intimée).
2. Le 17 octobre 2007, elle a été victime d'un accident professionnel en tombant dans un escalier. Selon la déclaration d'accident du 18 octobre 2007, elle a subi des contusions et hématomes à l'épaule droite ainsi qu'au genou droit entraînant une incapacité de travail entière dès le 18 octobre 2007.
3. Selon le rapport radiologique du 2 novembre 2007, les radiographie de la colonne cervicale, l'arthrographie et l'arthro-IRM de l'épaule droite pratiquées le même jour révélaient une déchirure partielle de la face profonde du tendon du sus-épineux, une discrète sclérose du trochiter ainsi que des irrégularités millimétriques de la face profonde du sous-épineux et une ébauche d'arthrose acromio-claviculaire.
4. Un diagnostic de déchirure de type III de la face profonde du tendon du sus-épineux de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite ayant été finalement posé, l'assurée a subi une bursectomie sous-acromiale, une acromioplastie modérée et une suture dudit tendon par voie arthroscopique, le 15 janvier 2008.
5. Sur demande de SWICA, le Dr L_____, chirurgien-orthopédiste FMH, a examiné l'assurée, le 18 juillet 2008. Dans son appréciation médicale du 22 juillet 2008, il a diagnostiqué une rupture subtotale du sus-épineux droite, une entorse cervicale stade I, une vraisemblable capsulite rétractile droite, une discrète discopathie C4/C5 et une arthrose acromio-claviculaire droite débutante. Selon ses observations, la force était inférieure de 25% par rapport au côté gauche. La phase d'évolution était positive avec récupération progressive ainsi que rapide de la mobilité et permettait de commencer à travailler en force au niveau de la coiffe des rotateurs. La causalité naturelle était en rapport avec l'accident de manière plus que vraisemblable. L'incapacité de travail était complète, mais on pouvait s'attendre à une reprise à 100% d'ici huit semaines. L'état n'était pas stabilisé et le serait vraisemblablement au bout de six mois.
6. Dans un rapport du 27 novembre 2008, le Dr M_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et de traumatologie de l'appareil moteur, a précisé que sa patiente n'avait pas pu reprendre le travail comme prévu, l'évolution n'ayant pas été aussi rapide que souhaité. Face à une amélioration objective de la situation, il avait proposé une reprise du travail à 20% dès le 3 novembre 2008, puis à 50% du

17 novembre au 14 décembre 2008. La reprise à 20% n'avait pas pu avoir lieu pour des raisons internes à l'employeur. Il a proposé la poursuite de l'essai de reprise de travail.

7. Sur demande de SWICA, le Dr L_____ a examiné une deuxième fois l'assurée, le 15 janvier 2009, aux fins d'expertise. Dans son rapport du 23 février 2009, l'expert a confirmé ses diagnostics précédents. Il a noté une progression de la mobilité de l'épaule et de la force du membre supérieur droit par rapport à juillet 2008. La persistance d'une raideur articulaire importante et d'une limitation de la rotation externe d'environ 50% confirmait la présence d'une capsulite rétractive, qui pouvait évoluer pendant 18 mois. L'accident du 17 octobre 2007 avait entraîné une aggravation déterminante ainsi que durable d'un état sain et une stabilisation n'était pas encore obtenue. La capacité de travail de 50% devrait pouvoir être augmentée d'ici six à 18 semaines et il fallait s'attendre à une baisse de rendement pendant le mois suivant la reprise du travail à temps complet car l'assurée devait éviter les travaux lourds.

8. Au vu de la persistance de l'incapacité de travail à 50%, sur demande de SWICA, le Dr L_____ a réexaminé l'assurée, les 22 juin et 2 juillet 2009, aux fins d'expertise. Il a fait procéder, le 25 juin 2009, à une IRM des colonnes cervicale et dorsale haute qui a révélé de discrètes discopathies cervicale en C4-C5 et C5-C6. Dans son rapport du 13 août 2009, il a confirmé ses diagnostics précédents. La récupération fonctionnelle au niveau de la capsulite rétractile était bonne, la mobilité étant quasi complète. Bien qu'il persistait une faiblesse au niveau des rotateurs externes et un discret déséquilibre scapulo-thoracique, une augmentation de la capacité de travail était actuellement possible sans contre-indication. Cette reprise à temps complet risquait d'être difficile au début et entraînerait peut-être une diminution de rendement d'environ 20% le premier mois afin d'éviter le port de lourdes charges ou les mouvements impliquant une prise de charges avec grands bras de levier. Ces restrictions étaient temporaires de l'ordre de quatre à six semaines. L'état était actuellement bien stabilisé au vu de la bonne récupération de la mobilité et de la disparition des points douloureux qui étaient présents de manière tout à fait évidente lors de la dernière expertise. Les dorsalgies aiguës et les cervicalgies aiguës étaient partiellement dues à l'accident et n'étaient qu'en rapport de causalité possible avec celui-ci. S'agissant des colonnes cervicale et dorsale, il existait une discopathie C4-C5 et C5-C6 avec une minime protrusion discale postérieure sans relation avec l'accident et le statu quo sine pouvait être considéré comme atteint dès ce jour. S'agissant de l'épaule, il n'y avait pas de plainte préexistante, l'IRM montrant une musculature tout à fait saine. Les limitations n'entraînaient pas d'atteinte à l'intégrité.

9. Le 20 août 2009, SWICA a demandé au Dr L_____ de statuer sur le lien de causalité naturelle concernant le diagnostic d'arthrose acromio-claviculaire droite

débutante. Puis, le 1^{er} septembre 2009, l'assureur-accidents lui a encore demandé s'il pouvait fixer la date de fin de traitement.

10. Dans un rapport du 7 septembre 2009, le Dr L_____ a estimé qu'une physiothérapie d'appoint était nécessaire pendant six semaines dès la reprise de l'activité complète et que la date de fin du traitement pouvait être fixée à six semaines après cette reprise. Après ce délai, les problèmes résiduels n'étaient plus en rapport avec l'accident et pouvaient être liés au problème dégénératif du rachis cervical, voire de l'articulation acromio-claviculaire présentant une arthrose radiologique débutante.
11. Par décision du 15 septembre 2009, SWICA a mis un terme au versement de l'indemnité journalière au 30 septembre 2009, a fixé le statu quo sine au 2 juillet 2009 en précisant que la prise en charge d'éventuels frais relatifs à des traitements au niveau de la nuque, de l'arthrose débutante acromio-claviculaire et des dorsalgies aiguës relevait de la compétence de l'assurance-maladie. Toutefois, elle prenait encore en charge du 1^{er} septembre au 12 octobre 2009 une physiothérapie d'appoint pour permettre à l'assurée d'atteindre un rendement de 100%.
12. Le 15 octobre 2009, l'assurée a formé opposition à ladite décision. Selon elle, aucun élément du dossier ne permettait de mettre en évidence un problème dégénératif du rachis cervical, voire de l'articulation acromio-claviculaire entraînant des douleurs telles que celles endurées en raison de son accident. Elle a joint un rapport radiologique du 21 septembre 2009 relatif à une échographie de l'épaule droite pratiquée le même jour. Selon ce rapport, l'échographie confirmait la présence de séquelles d'une capsulose actuellement rétractile de l'épaule droite, mais encore algique. Elle en a conclu que les séquelles de l'accident persistaient encore pour une durée indéterminée.
13. Dans un rapport du 11 novembre 2009, le Dr N_____, chirurgien-orthopédiste FMH, a indiqué que l'assurée avait tenté un essai de reprise à 100% le 1^{er} septembre 2009 qui avait provoqué une exacerbation des douleurs et nécessité un nouvel arrêt de travail à 100% dès le 7 septembre 2009. Elle avait repris le travail à 50% dès le 14 septembre 2009 (recte : octobre). Récemment, elle avait commencé un traitement de physiothérapie avec la méthode des « Trigger Point » ce qui provoquait une diminution de ses douleurs. On ne pouvait pas parler de capsulite rétractile, mais de douleurs postopératoires beaucoup plus tenaces que d'habitude. La reprise du travail à 100% n'était pas encore possible, mais elle pourrait être tentée à 75% en décembre 2009, puis à 100% au bout de deux mois. En cas d'évolution défavorable, l'indication à une arthro-IRM de l'épaule pourrait être rediscutée. On ne pouvait pas considérer que le statu quo ante ou sine était atteint au vu de la persistance d'une petite diminution de la rotation interne et surtout d'importantes douleurs.

14. Le 21 décembre 2009, SWICA a demandé au Dr L_____ si ces divers rapports étaient de nature à modifier sa position.
15. Dans son rapport du 23 décembre 2009, l'expert a observé qu'il était arrivé aux mêmes conclusions que le Dr N_____ lors de son expertise de janvier 2009. Il avait constaté la fin de la capsulite rétractile mais avait évalué qu'il ne fallait pas brusquer les choses et se donner le temps de permettre une récupération totale avant la reprise d'une activité à 100%, raison pour laquelle il avait estimé la durée du traitement à 18 mois environ. L'expertise du mois de juillet 2009 montrait une bonne récupération de la mobilité active de l'épaule droite et de la force musculaire proximale qui était diminuée de 10% environ ce qui était tout à fait compatible avec une reprise de l'activité professionnelle au début septembre. Sur le plan asséurologique, au vu de l'intervention chirurgicale au niveau de l'épaule droite, il y avait une modification durable, non évolutive, stabilisée depuis le 1^{er} septembre 2009 ne permettant pas d'attendre un statu quo ante ou sine. Ces nouveaux éléments ne modifiaient pas ses conclusions.
16. Par décision sur opposition du 3 février 2010, SWICA a rejeté l'opposition. Elle a considéré que les documents produits par l'assurée ne sauraient mettre en doute les conclusions du Dr L_____. Selon celui-ci, au vu de l'intervention chirurgicale au niveau de l'épaule droite, il y avait une modification durable, non évolutive, stabilisée depuis le 1^{er} septembre 2009 de sorte qu'il n'y avait pas lieu d'attendre un statu quo ante ou sine. Le versement d'indemnités journalières ne relevait plus de l'assureur-accidents dès le 30 septembre 2009, mais de l'assureur perte de gain en cas de maladie. Cette décision n'ayant pas fait l'objet d'un recours, elle est entrée en force.
17. Le 2 février 2010, l'assurée a été victime d'un nouvel accident, cette fois non professionnel. Alors qu'elle traversait la chaussée, elle a heurté le bord d'un trottoir ce qui l'a fait chuter. Selon la déclaration d'accident du 5 février 2010, faxée le même jour à SWICA, elle a subi des hématomes ainsi que des contusions aux genoux et épaules droites, aux mains et au bras gauche. En outre, le travail a été interrompu à 50% dès le 2 février 2010.
18. Dans son rapport initial du 22 février 2010, le Dr O_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, a diagnostiqué des contusions sans gravité des genoux droit, poignet gauche, épaule droite et thorax à droite. L'incapacité de travail en relation avec cet accident était de 50% dès le 2 février 2010 pour une durée à déterminer.
19. Sur demande de SWICA, l'assurée a été examinée, le 18 février 2010, par le Dr P_____, chirurgien-orthopédiste FMH. Dans son rapport du 2 mars 2010, ce spécialiste a diagnostiqué une petite plaie avec cicatrice sèche et complète de la main droite, un hématome antéro interne du genou droit ainsi qu'un status post-

arthroscopie de l'épaule droite et suture du sus-épineux. Le traitement des suites de l'accident du 2 février 2010 était terminé puisque la cicatrice de la main était obtenue et que l'hématome du genou était en voie de résorption. Le reste du status n'avait pas été notablement et durablement modifié. Il y avait un retour au statu quo ante en date de son examen au vu de l'absence de lésion de gravité suffisante et durable. La capacité de travail constatée le 18 février 2010 était identique à celle existant le 1^{er} février 2010. Lors de son examen, il n'y avait aucune modification objective du status de l'épaule droite en comparaison des examens préalables. La récupération fonctionnelle objective de l'épaule droite était quasi complète et le score de CONSTANT (score permettant d'évaluer la fonctionnalité de l'épaule) était excellent sur les plans subjectif et objectif.

20. Le 8 mars 2010, SWICA a transmis ce rapport au Dr O_____ et lui a demandé d'ordonner la reprise du travail à 100% dès le 15 mars 2010.
21. Par décision du 30 mars 2010, SWICA a fixé le statu quo ante au 18 février 2010 pour l'accident du 2 février 2010, le traitement des suites de cet accident étant terminé dès cette date. Bien que la reprise du travail pouvait intervenir dès le 18 février 2010, elle acceptait de verser l'indemnité journalière à 50% jusqu'au 14 mars 2010 à des fins de coordination avec l'employeur.
22. Le 29 avril 2010, l'assurée a formé opposition à la décision du 30 mars 2010. Elle a contesté la fin du versement des indemnités journalières à 50% dès le 15 mars 2010 au motif qu'elle continuait à ressentir de fortes douleurs à l'épaule droite qui réduisaient sa motricité et l'empêchaient d'exercer à 100% son activité d'aide-soignante à domicile. Elle avait été examinée par le Dr Q_____, chirurgien-orthopédiste et chef de clinique du service de chirurgie orthopédique des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), le 26 avril 2010, qui avait décidé de la soumettre à une IRM de l'épaule droite programmée le 3 mai 2010.
23. Le rapport radiologique du 7 mai 2010 relatif à l'arthro-CT de l'épaule droite du 3 mai 2010 a révélé un aspect extrêmement grêle du tendon supra-épineux au niveau de son tiers moyen, une lésion transfixiante touchant le tiers moyen dudit tendon et une probable atteinte transfixiante avec un tendon quasi virtuel en distalité. L'aspect traduisait une rupture subtotale du tendon sans rétraction encore évidente.
24. Le 26 mai 2010, l'employeur a résilié le rapport de travail avec effet au 31 août 2010.
25. Par courrier du 20 juillet 2010, l'assurée a informé SWICA qu'elle allait être opérée par le Dr Q_____, le 29 juillet 2010, et qu'il s'agissait d'une suite du premier accident. Par conséquent, l'assureur-accidents devait prendre position.

26. Le 22 juillet 2010, SWICA lui a répondu que le premier accident avait fait l'objet d'une décision sur opposition définitive de sorte qu'elle n'entrerait pas en matière. S'agissant des éventuelles suites de l'accident du 2 février 2010, un expert l'avait examinée et il convenait qu'il se prononçât sur les lésions constatées après cet examen.
27. Le 29 juillet 2010, l'assurée a subi une ténodèse du long chef du biceps et une réinsertion du sus-épineux par voie arthroscopique. Dans le rapport opératoire du 19 août 2010, le Dr Q_____ a posé le diagnostic de récurrence d'une lésion de la coiffe des rotateurs droite et une répétition de la coiffe des rotateurs droite ouverte en janvier 2008. L'exploration de la cavité gléno-humérale avait révélé une tendinopathie du long chef du biceps ce qui avait justifié une ténodèse à ce niveau et une résection de la zone de tendinopathie sévère. Il existait une « redéchirure » du sus-épineux avec un tendon extrêmement luxé à son insertion sur le trochiter. Au niveau de l'espace sous-acromial, il y avait de très importantes adhérences entre l'os pariétal et la coiffe des rotateurs motivant une bursectomie large et une résection de ces adhérences. A la suite de cette opération, les médecins des HUG ont attesté une incapacité de travail entière dès le 29 juillet 2010.
28. Sur demande de SWICA, après avoir procédé à un consilium avec le Dr L_____ sur la question du lien de causalité entre les troubles actuels et l'accident du 2 février 2010, le Dr P_____ a établi un nouveau rapport d'expertise, le 27 novembre 2010. D'après le consilium du 18 novembre 2010, le lien de causalité retenu comme vraisemblable entre l'accident du 17 octobre 2007 et la rupture partielle non transfixiante du tendon du muscle sus-épineux était discutable. La lésion observée en avril et mai 2010 trouvait son origine dans l'état dégénératif préexistant à octobre 2007. Par conséquent, les troubles actuels étaient tout au plus d'une façon possible en lien de causalité avec l'événement du 17 octobre 2007. Selon le Dr P_____, l'analyse détaillée des radiographies avant l'intervention de 2008 montrait la présence d'un acromion de type III (c'est-à-dire crochu) et d'une densification de l'os du trochiter alors que l'IRM du 2 novembre 2007 confirmait la présence d'une arthrose acromio-claviculaire, d'une sclérose du trochiter et d'irrégularités du sous-épineux. Ces facteurs étaient des éléments constitutifs d'une atteinte dégénérative ou d'une prédisposition à une lésion de la coiffe. Par conséquent, il y avait un état antérieur indéniable. Bien que l'appréciation du Dr L_____ attribuant à l'accident du 17 octobre 2007 de façon plus que vraisemblable l'origine de la rupture subtotale du sus-épineux était discutable car la lésion n'était pas transfixiante, il s'agissait toutefois d'une aggravation importante et déterminante d'un état antérieur. Les troubles survenus entre février et avril 2010 étaient en relation de causalité avec une prédisposition dégénérative (avant 2007) et une réparation d'une lésion partielle dont l'évolution à long terme ne semblait pas satisfaisante. L'arthrose de l'articulation acromio-claviculaire avait vraisemblablement eu un effet négatif sur l'évolution ultérieure. La tendinopathie bicipitale était une pathologie dégénérative sans rapport avec une lésion survenue en 2010, mais

correspondait à une lésion dégénérative progressive. En février 2010, elle n'avait pas ou peu de répercussion fonctionnelle objective. A l'aune de la vraisemblance prépondérante, les lésions observées en avril et juillet 2010 étaient de nature dégénérative avant tout. Elles étaient en relation avec l'état antérieur ainsi qu'avec son évolution avant et depuis 2007.

29. Par décision sur opposition du 28 janvier 2011, SWICA a rejeté l'opposition. Elle a considéré que les suites de l'accident du 2 février 2010 n'avaient plus d'implication sur l'état de santé à partir du 18 février 2010, date à laquelle le statu quo ante avait été atteint. En outre, l'assurée n'avait pas recouru contre la décision sur opposition du 3 février 2010. Par conséquent, le versement des indemnités journalières n'était plus à sa charge dès le 14 mars 2010, mais à celle de l'assureur perte de gain en cas de maladie, alors que la prise en charge du traitement incombait à l'assureur-maladie.
30. Par acte du 2 mars 2011, l'assurée a recouru contre ladite décision. Elle conclut, sous suite de dépens, préparatoirement, à l'octroi d'un délai pour produire les rapports annoncés du Dr Q_____ et de la Dresse R_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. Au fond, elle conclut à la prise en charge par l'intimée des conséquences des accidents du 17 octobre 2007 et du 2 février 2010 postérieures à la décision du 15 septembre 2009. Elle allègue que la musculation et les étirements auxquels a procédé le physiothérapeute sur une épaule fragilisée par une capsulite rétractile étaient totalement contre-indiqués. Selon les avis informels des Drs Q_____ et R_____ qui doivent confirmer leur position par écrit, l'expertise du Dr P_____ n'est pas crédible dans ses conclusions. La recourante observe que le Dr L_____ a considéré, en juillet 2008, que son arthrose était débutante, de sorte qu'on voyait mal comment la nouvelle rupture du tendon constatée en avril-mai 2010 trouverait son origine dans l'état dégénératif préexistant à octobre 2007 comme l'écrivait le Dr P_____.
31. Le 7 mars 2011, la Cour de céans a accordé à la recourante un délai pour compléter son recours et produire toutes pièces utiles.
32. Dans son mémoire complémentaire de recours du 28 mars 2011, la recourante a considéré, au vu des nouvelles pièces produites, notamment un rapport de la Dresse R_____ du 8 mars 2011 et un rapport du Dr Q_____ du 24 mars 2011, que la justification de la deuxième opération n'était pas fondée sur un état dégénératif non établi, mais sur le résultat non satisfaisant de la première opération et/ou les complications du traitement post-opératoire. Dans les deux cas, il s'agissait de séquelles du premier accident à charge de l'intimée.

Pour établir son rapport du 8 mars 2011, la Dresse R_____ a examiné les examens radiologiques à disposition, à savoir les radiographies de l'épaule droite du 26 octobre 2007, l'arthro IRM du 2 novembre 2007, les radiographies de la

colonne cervicale du 19 mai 2008, l'IRM de la colonne cervicale du 23 juin 2009, la radiographie de l'épaule droite du 29 juillet 2010, l'échographie de l'épaule droite du 21 septembre 2009 et l'arthro-CT de l'épaule droite du 7 mai 2010. Elle a conclu que ces documents ne permettaient pas d'établir l'existence d'un état antérieur de sorte que les troubles dégénératifs invoqués par le Dr P_____ reposaient sur l'analyse des radiographies du 26 octobre 2007 et de l'arthro-IRM du 2 novembre 2007 dont elle-même n'avait pas la même lecture. L'échographie de septembre 2009 n'avait pas révélé une rupture de la coiffe car seul un arthro-CT permettait d'objectiver une rupture partielle profonde surtout dans un contexte après chirurgie. Chez une patiente de 49 ans, qui avait déjà subi une opération de la coiffe deux ans auparavant sans n'avoir jamais récupéré une épaule indolore et la force du sus-épineux, une récurrence de rupture du tendon ne pouvait pas être imputée de manière probante à un état dégénératif mais plutôt à une péjoration d'un état séquellaire après chirurgie ou échec du traitement chirurgical. L'arthrose acromioclaviculaire n'avait joué aucun rôle puisqu'elle était restée asymptomatique et n'avait pas nécessité de traitement chirurgical. La littérature mentionnait un taux non négligeable - jusqu'à 50% - de non cicatrisation ou de récurrence asymptomatique de rupture de la coiffe après réparation chirurgicale.

Dans son rapport du 24 mars 2011, le Dr Q_____ a relevé que les lésions de la coiffe des rotateurs supéro-antérieure n'étaient généralement pas l'apanage de la sénescence chez un patient jeune, mais bel et bien celui de traumatisme. Par conséquent, les vagues troubles dégénératifs soi-disant prédisposant évoqués par les Drs P_____ et L_____ n'étaient pas responsables de ladite lésion chez la recourante. L'arthrose acromioclaviculaire mentionnée dans leurs expertises comme étant un trouble dégénératif préexistant était généralement une découverte fortuite très fréquente dès l'âge de 50 ans qui n'engendrait habituellement pas de symptômes. C'était vraisemblablement le cas de la recourante qui n'avait jamais présenté de douleurs acromioclaviculaires ou de « cross arm test » positif. La tendinopathie bicipitale n'était de loin pas toujours une pathologie dégénérative car elle pouvait faire suite à une lésion traumatique de la poulie qui engendrait une instabilité du long chef du biceps, puis une lésion du sous-scapulaire. Après l'opération de la coiffe des rotateurs, en janvier 2008, les suites n'avaient jamais été favorables avec persistance des douleurs. Par conséquent, il n'y avait jamais eu de retour au statu quo ante. Il n'y avait aucune preuve suffisante d'un état dégénératif antérieur à 2007. Il rejoignait en tous points l'analyse de la Dresse R_____.

33. Dans sa réponse du 3 juin 2011, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle a observé que le recours portait essentiellement sur son refus de prendre en charge les conséquences de l'atteinte à la santé postérieures au mois d'octobre 2009 en lien avec l'accident du 17 octobre 2007 qui avait fait l'objet d'une décision sur opposition en date du 3 février 2010 ayant acquis autorité de chose jugée. Le litige actuel concernait le droit au versement de l'indemnité journalière au-delà du 14 mars 2010 et la prise en charge du traitement médical suite à l'accident du 2 février 2010. En

cas de lésions récidivantes de l'épaule, les frais de traitement et les indemnités journalières incombaient à l'assureur-accidents tenu de verser des prestations pour le dernier événement respectif jusqu'à ce que le statu quo sine ou ante fût atteint. Au vu des pièces produites avec le mémoire complémentaire de recours, les Drs P_____ et L_____ avaient confirmé dans leur rapport du 23 mai 2011 leurs conclusions précédentes, à savoir l'absence de relation vraisemblable de causalité entre l'état actuel et l'événement du 2 février 2010 ainsi que la fixation d'un retour au statu quo ante en date du 18 février 2010.

Elle a joint une copie de son dossier, notamment le dernier rapport des Drs P_____ et L_____. Dans ledit rapport, ces spécialistes ont précisé que, lors du consilium du 27 novembre 2010, ils ne s'étaient prononcés que sur le lien de causalité avec l'accident du 2 février 2010 et non par rapport à l'accident du 17 octobre 2007. Selon eux, la majorité des lésions non transfixiantes chez les personnes de plus de 45 ans était de nature dégénérative et non traumatique. Les radiographies du 26 octobre 2007 montraient indéniablement des atteintes de l'épaule droite antérieures à l'accident. Le fait qu'elles existaient chez beaucoup de personnes de cet âge n'empêchait pas de poser le diagnostic d'atteinte dégénérative (vieillesse naturelle de tout individu). L'acromion de type III était source de conflits et d'atteintes dégénératives progressives souvent asymptomatiques. Les radiographies initiales révélaient également une densification de l'os trochantérien - autre signe d'une pathologie d'insertion chronique de la coiffe des rotateurs - et une arthrose acromio-claviculaire débutante pouvant elle aussi entrer en conflit avec la coiffe. Le taux de nouvelle rupture de 50% invoqué par la Dresse R_____ concernait les patients souffrant de lésions dégénératives et/ou de conflit sous acromial. Les remarques du Dr Q_____ sur la tendinopathie bicipitale n'avaient aucune pertinence car le tendon était stable dans sa gouttière. En cas de doutes sur l'origine dégénérative et/ou traumatique des atteintes de la coiffe, il y avait lieu de se référer aux critères déterminés par un panel de chirurgiens-orthopédistes et publiés par la SUVA. La pathologie de la coiffe des rotateurs était souvent multifactorielle impliquant des phénomènes de vieillissement, de troubles vasculaires, de facteurs mécaniques extrinsèques (forme de l'acromion) et enfin traumatiques. Ils ont confirmé avoir fixé un retour au statu quo ante pour l'accident de 2010 en date du 18 février 2010. L'état antérieur à cette date comprenait une aggravation déterminante de l'état antérieur stabilisée de sorte qu'il n'y avait pas lieu d'attendre un statu quo ante ou sine pour l'accident de 2007. L'état lors du dernier examen médical était de nature avant tout dégénératif en relation avec l'état antérieur à 2010 (post-opératoire) et à 2007 (avant l'accident).

34. Une audience de comparution personnelle des parties s'est tenue le 17 août 2011. La recourante a indiqué que son épaule droite posait toujours problème. Elle contestait la fixation du statu quo ante au 18 février 2010. De son point de vue, les troubles de l'épaule droite étaient consécutifs aux deux accidents, surtout au

premier. Les Drs Q_____ et R_____ contestaient un état dégénératif pré-existant à l'épaule droite.

L'intimée a précisé qu'à la suite de l'accident de 2007, elle avait retenu un statu quo pour les dorsalgies. S'agissant de l'épaule droite, l'assurée avait pu reprendre son travail à temps complet. Ses médecins-conseils, les Drs P_____ et L_____, bien qu'ils aient eu connaissance du rapport de la Dresse R_____, n'avaient pas modifié leurs conclusions.

Au vu des avis contradictoires des médecins, la recourante a sollicité une expertise judiciaire. Sur quoi, la Cour de céans a fixé aux parties un délai au 29 août 2011 pour leur détermination sur le choix d'un expert spécialiste de l'épaule.

35. Le 18 août 2011, la Cour de céans a proposé aux parties de mandater le Prof. S_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, spécialiste de l'épaule et chef du service orthopédique au Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : CHUV).
36. La recourante a indiqué, le 29 août 2011, qu'elle n'avait pas d'objection à formuler à l'égard de l'expert proposé et l'intimée en a fait de même, le 12 septembre 2011.
37. Elle a communiqué à la Cour de céans, le 6 octobre 2011, les questions qu'elle souhaitait poser à l'expert et l'intimée en a fait de même, le 11 octobre 2011.
38. Par ordonnance d'expertise du 17 octobre 2011, au vu des avis médicaux contradictoires quant au point de savoir si et jusqu'à quand l'atteinte de l'épaule droite engageait la responsabilité de l'intimée, la Cour de céans a confié un mandat d'expertise au Prof. S_____. Elle l'a chargé d'examiner et d'entendre la recourante, après s'être entouré de tous les éléments utiles et avoir pris connaissance du dossier de l'intimée ainsi que celui de la présente procédure, enfin de répondre à diverses questions. Elle a réservé le fond.
39. Dans son rapport d'expertise du 13 juin 2012, l'expert a diagnostiqué des cervico-scapulalgies droites chroniques avec tendinopathie résiduelle du sus-épineux, un status après arthroscopie de l'épaule droite, ténodèse du long biceps, réinsertion du sus-épineux le 29 juillet 2010 ainsi qu'un status après arthroscopie de l'épaule droite, acromioplastie et réparation du sus-épineux le 15 janvier 2008. La recourante se plaignait de douleurs cervico-scapulaires droites chroniques. A l'examen, elle présentait une discrète limitation en rotation interne et des douleurs résiduelles cervico-scapulaires, notamment lors des mouvements répétitifs d'abduction. Les examens objectifs actuels (clinique et radiologique) mettaient en évidence une tendinopathie résiduelle du sus-épineux (kyste visible sur les radiographies du 16 mai 2012) qui était probablement la principale source des douleurs actuelles. Les lésions objectives concordait avec les plaintes de la recourante. La situation médicale était actuellement stabilisée mais nécessitait une médication

antalgique et anti-inflammatoire régulière ainsi qu'un traitement d'appoint de physiothérapie associé à une balnéothérapie. Au degré de la vraisemblance, les troubles actuels étaient en lien de causalité avec l'accident du 2 février 2010 et aussi secondaires à l'accident du 17 octobre 2007. Ils n'étaient pas liés à un cours irréversible de la maladie et il n'y avait pas d'évidence d'un état dégénératif antérieur à l'accident du 17 octobre 2007. L'accident du 2 février 2010 avait entraîné une aggravation durable de l'état dégénératif antérieur remontant au premier accident de sorte que le statu quo sine ne serait pas atteint. Le pourcentage de l'aggravation pouvait être estimé à 50%, les 50% restants étant les suites du premier accident. Cette aggravation ne pouvait pas être considérée comme guérie car il persistait un état douloureux chronique lié à une tendinopathie résiduelle du sus-épineux. Dans l'activité d'aide aux soins à domicile, la capacité de travail pouvait être évaluée actuellement à 50% du taux habituel. La recourante présentait des limitations fonctionnelles ne lui permettant pas de porter régulièrement des charges de plus de cinq kilos, ni d'élever fréquemment le bras droit au-dessus de l'horizontale. L'incapacité de travail dans l'activité habituelle avait été de 100% du 17 octobre au 15 juillet 2008, puis de 50% dès le 16 juillet 2008 soit six mois après la première intervention, de 100% du 2 février 2010 au 29 janvier 2011, puis de 50% dès le 30 janvier 2011 soit six mois après la deuxième intervention. Il n'y avait pas de diminution de rendement. Une activité lucrative adaptée était raisonnablement exigible à 100%. L'atteinte à l'intégrité pouvait être évaluée à 10% (périarthrite scapulo-humérale moyenne).

40. Dans son écriture du 13 août 2012, l'intimée a contesté le rapport d'expertise au motif que le Prof. S_____ n'avait pas tenu compte des rapports et expertises réalisés précédemment. Elle a rappelé que le litige portait sur l'accident du 2 février 2010. L'expert reconnaissait l'existence d'un état dégénératif antérieur à l'accident du 2 février 2010 qu'il attribuait au premier accident. Cet accident avait fait l'objet d'une décision sur opposition de 3 février 2010 qui était définitive, la recourante n'ayant pas recouru.
41. Dans son écriture du 13 août 2012, la recourante a rappelé la jurisprudence selon laquelle, en cas d'accidents successifs, l'assureur-accidents devait procéder à une pesée d'intérêt avant de décider s'il entendait se prononcer sur les conséquences de tous les accidents en une seule décision ou en plusieurs décisions. Cette pesée d'intérêt aurait dû le conduire à traiter les conséquences des deux accidents en une seule et même décision puisque les deux traumatismes concernaient l'épaule droite. Aussi, l'intimée qui répondait des conséquences des deux accidents n'était pas fondée à se prévaloir de l'autorité de chose jugée de sa décision sur opposition du 3 février 2010. S'agissant de la capacité de travail de 100% dans une activité adaptée, on ignorait depuis quand elle existait, l'expert ne s'étant pas prononcé sur ce point. Elle a conclu, sous suite de dépens, à l'octroi d'indemnités journalières sur la base d'une incapacité de travail de 100% du 17 octobre 2007 au 16 juillet 2008, de 50% du 17 juillet 2008 au 1^{er} février 2010, de 100% du 2 février 2010 au

30 janvier 2011, puis de 50% à compter du 31 janvier 2011 avec intérêts moratoires à 5%. Elle a conclu également à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité physique à raison de 10% et à la prise en charge des soins, à savoir une médication antalgique et anti-inflammatoire régulière ainsi qu'un traitement de physiothérapie associé à une balnéothérapie. Enfin, elle a conclu à ce que l'intimée soit invitée à statuer sur le droit à une rente d'invalidité à l'issue de la procédure de réadaptation de l'assurance-invalidité.

Elle a joint à son écriture une communication de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE du 17 juillet 2012 la mettant au bénéfice d'une indemnité journalière pendant le délai d'attente avant le début de son reclassement professionnel sous forme d'un stage en qualité de secrétaire, soit du 6 juillet au 31 août 2012.

42. Le 16 août 2012, la Cour de céans a imparti un délai à l'intimée pour communiquer les questions complémentaires précises qu'elle souhaitait poser à l'expert.
43. Dans son écriture du 5 septembre 2012, l'intimée a rappelé qu'en vertu de la jurisprudence, l'expert devait procéder à un rappel des pièces médicales à sa disposition afin de confirmer qu'il avait vraiment pris connaissance de tous les éléments au dossier. Au vu de l'absence de résumé des documents à sa disposition dans le rapport d'expertise, celle-ci ne répondait pas aux critères de la jurisprudence et n'était de ce fait pas acceptable. Si une nouvelle expertise ne devait pas être ordonnée, elle souhaitait que l'expert justifie sa position par rapport aux expertises et rapports contenus dans le dossier de l'assureur-accidents, développe pourquoi, compte tenu de l'état antérieur, il ne concluait pas à un statu quo ante, explique comment il justifiait que l'état de santé ne soit stabilisé que 22 mois après la deuxième intervention et pas avant.
44. Dans son écriture du 2 octobre 2012, la recourante a relevé que l'expert énumérait au début de son rapport les éléments sur lesquels il se basait. La jurisprudence sur laquelle l'intimée s'appuyait datait de près de 20 ans et était antérieure à la jurisprudence de principe sur la valeur probante des rapports médicaux. Si l'intimée persistait à mettre en doute la valeur probante du rapport d'expertise pour le motif invoqué, elle demandait que l'expert soit convoqué ou à tout le moins interrogé en relation avec le grief qui lui était adressé. Elle a persisté intégralement dans ses conclusions telles qu'exposées dans sa précédente écriture.
45. Le 3 octobre 2012, la Cour de céans a transmis une copie de cette écriture à l'intimée.
46. Le 8 octobre 2012, elle a informé les parties que la cause était gardée à juger.

EN DROIT

1. Dans l'ordonnance d'expertise du 17 octobre 2011, la Cour de céans a déjà statué sur sa compétence, sur le droit applicable et sur la recevabilité du recours. Par conséquent, il n'y a pas lieu de revenir sur ces questions.
2. Au vu des développements ci-dessous (considérant 3). le litige porte sur le lien de causalité entre les troubles actuels et les accidents des 17 octobre 2007 et 2 février 2010, respectivement sur le droit de la recourante à des prestations de la part de l'intimée, notamment des indemnités journalières du 1^{er} octobre 2009 au 1^{er} février 2010, puis au-delà du 15 mars 2010 et à la prise en charge de ses frais de traitement au-delà du 18 février 2010.
3. L'intimée invoque l'autorité de chose jugée de sa décision sur opposition du 3 février 2010 pour ne pas élargir le litige au rapport de causalité entre les troubles actuels et l'accident du 17 octobre 2007.

L'autorité de la chose jugée suppose d'abord un jugement passé en force, c'est-à-dire un jugement qui ne peut plus être remis en discussion ni par les parties, ni par les tribunaux (ATF 121 III 474 consid. 4a; ATF non publié 5C.242/2003 du 20 février 2004, consid. 2.1). Or, en l'espèce, la décision sur opposition du 3 février 2010 n'a fait l'objet d'aucun recours, respectivement d'aucun jugement. Par conséquent, elle ne peut pas revêtir l'autorité de chose jugée. En réalité, ce que l'intimée invoque est l'autorité de chose décidée, respectivement l'entrée en force de ladite décision au vu de l'absence de recours.

L'assurance-accidents statuant sur opposition est tenue de prendre en considération toutes les faits pertinents survenus jusqu'au moment de la décision sur opposition (ATF 121 V 362 consid. 1b, ATF 116 V 246 consid. 1a ; RAMA 2001 n° U 419 p. 101 consid. 2c). Cela étant, le rapport juridique sur lequel elle se prononce peut être limité aux prestations dues en raison d'un accident en particulier, quand bien même plusieurs autres événements accidentels se seraient produits avant la décision sur opposition. Dans certaines circonstances, la jurisprudence admet que les conséquences de plusieurs accidents successifs soient constatées dans des décisions séparées (cf. parmi d'autres, ATFA non publiés U 104/02 du 13 février 2003, consid. 1; U 391/01 du 17 décembre 2002, consid. 4.2; U 6/01 du 22 juillet 2002, consid. 1). Cette manière de procéder peut, certes, nuire à l'établissement des faits dans certains cas; mais elle peut aussi contribuer au traitement de l'opposition dans un délai approprié (cf. art. 52 al. 2 LPGA). En cas d'accidents successifs, l'assurance-accidents devra donc procéder à une pesée des intérêts avant de décider si elle entend se prononcer sur les conséquences de tous les accidents en une seule décision (sur opposition) ou si elle entend rendre plusieurs décisions (ATFA non publié U 16/07 du 9 mai 2007, consid. 3.2).

En l'espèce, bien que l'accident du 2 février 2010 n'ait été annoncé par l'employeur que deux jours après l'émission de la décision sur opposition du 3 février 2010, l'intimée ne pouvait pas invoquer l'autorité de chose décidée pour refuser d'examiner, dans sa décision sur opposition du 28 janvier 2011, le lien de causalité entre les troubles actuels et l'accident du 17 octobre 2007, alors que la recourante lui avait annoncé des suites tardives ou des séquelles de cet accident. En effet, lorsque plusieurs accidents ont atteint les mêmes parties du corps, comme dans le présent cas, et sont survenus dans un laps de temps relativement bref, au point que leurs conséquences respectives ne peuvent être que difficilement distinguées, il est nuisible à l'établissement des faits d'examiner dans des décisions distinctes les suites de ces accidents, ce qui entraîne au demeurant un risque accru de décisions contradictoires (cf. ATFA non publié U 391/01 du 17 décembre 2002, consid. 4.2). Dans ces conditions, il était prématuré de la part de l'intimée, en l'état du dossier, de rendre une décision sur les seules conséquences du second accident sans avoir requis une expertise sur le lien de causalité entre les troubles actuels et les deux accidents, respectivement sur les suites tardives ou rechutes en lien avec le premier accident. Par conséquent, l'intimée aurait dû examiner, dans le cadre d'une seule décision, le droit de la recourante à des prestations, eu égard aux conséquences des deux accidents ce qu'elle n'a pas fait.

Dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1, ATF 125 V 414 consid. 1a, ATF 119 Ib 36 consid. 1b; pour la procédure d'opposition: ATF 119 V 347). Toutefois, la procédure juridictionnelle administrative peut être étendue, pour des motifs d'économie de procédure, à une question en état d'être jugée qui excède l'objet de la contestation, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins (ATF 130 V 503, 122 V 36 consid. 2a et les références). Les conditions auxquelles un élargissement du procès au-delà de l'objet de la contestation est admissible sont donc les suivantes: la question (excédant l'objet de la contestation) doit être en état d'être jugée; il doit exister un état de fait commun entre cette question et l'objet initial du litige; l'administration doit s'être prononcée à son sujet dans un acte de procédure au moins; le rapport juridique externe à l'objet de la contestation ne doit pas avoir fait l'objet d'une décision passée en force de chose jugée (ATF non publié 9C_678/2011 du 4 janvier 2012, consid. 3.1).

En l'espèce, l'objet de la contestation déterminé par la décision sur opposition du 28 janvier 2011 est la liquidation du sinistre du 2 février 2010 à partir du 14 mars 2010 et la fixation du retour au statu quo ante en date du 18 février 2010.

Pour sa part, la recourante réclame des prestations dès le 17 octobre 2007, eu égard aux conséquences des deux accidents. Toutefois, ses prétentions concernant la période du 1^{er} octobre 2009 au 1^{er} février 2010 excèdent l'objet de la contestation. Par conséquent, il convient d'examiner si les conditions d'une extension de l'objet de la contestation sont réunies.

Dans le présent cas, la question excédant l'objet de la contestation est en état d'être jugée au vu de l'expertise judiciaire. De plus, il existe un état de fait commun entre cette question et la question du lien de causalité entre les troubles actuels de l'épaule droite et l'accident du 2 février 2010. En outre, l'intimée a été invitée à se prononcer sur le lien de causalité entre lesdits troubles et le premier accident après avoir pris connaissance de l'expertise judiciaire ce qu'elle a refusé de faire en invoquant l'autorité de chose jugée de sa décision du 3 février 2010. Enfin la question du lien de causalité entre les troubles actuels et l'accident du 17 octobre 2007 n'a pas fait l'objet d'une décision passée en force de chose jugée, puisque l'intimée a refusé d'entrer en matière sur cette question.

4. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend 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 LPG; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références). La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1, ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

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. 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, ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références).

Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prester de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (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) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (statu quo ante ou statu quo sine) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b, ATF 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

5. Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 2.2 et ATF 125 V 460 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb; ATF non publié U 351/04 du 14 février 2006, consid. 3.2).

Les prestations d'assurance sont également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, du

20 décembre 1982 - OLAA ; RS 832.202). On parle de rechute ou de séquelle tardive lorsqu'une atteinte à la santé était guérie en apparence, mais non dans les faits. En cas de rechute, la même affection se manifeste à nouveau. Une séquelle tardive survient, en revanche, lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a; ATF 118 V 293 consid. 2c).

Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 296 consid. 2c et les références; RAMA 2006 n° U 570 p. 74 consid. 1.5.2; ATFA non publié U 80/05 du 18 novembre 2005, consid.1.1).

6. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher 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. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b).

Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

Les mesures d'instruction ordonnées par l'assureur, à savoir notamment l'examen par un médecin, ne sont pas des expertises au sens strict du terme, à moins que l'assureur n'interpelle l'intéressé sur le libellé des questions ainsi que le choix de l'expert et lui donne l'occasion de se déterminer avant l'exécution de l'acte d'instruction projeté. L'on ne saurait toutefois leur dénier toute valeur probante de ce seul fait. Il faut en effet examiner si le médecin commis par l'assureur s'est penché sur les questions médicales litigieuses et a donné à l'assureur des indications utiles pour décider d'une éventuelle prise en charge (ATA/143/1999).

7. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

La procédure est régie par le principe inquisitoire, d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Car si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 261 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 372 consid. 3; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3).

Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46), entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (ATFA non publiés U 547/06 du 22 février 2007, consid. 3; U 389/04 du 27 octobre 2005, consid. 4.1; U 222/04 30 novembre 2004, consid. 1.3).

8. Dans son rapport d'expertise du 13 juin 2012, le Prof S_____ s'est prononcé après avoir pris connaissance des pièces médicales, après avoir procédé à une anamnèse médico-chirurgicale, orthopédique et traumatologique ainsi qu'à un examen de la recourante et après avoir mis en œuvre un examen radiologique complémentaire. En outre, il a pris en compte les plaintes de la recourante et a répondu de façon motivée à toutes les questions contenues dans le mandat d'expertise ayant trait au lien de causalité naturelle entre les troubles actuels et les deux accidents, à l'évolution et à la stabilisation de l'état de santé, au taux de l'incapacité de travail et à la nécessité d'un traitement médical. Enfin, au vu des controverses médicales quant à l'existence de troubles dégénératifs et à leur incidence sur les troubles actuels, il a réexaminé les divers examens radiologiques à disposition. Leur relecture ne mettait en évidence aucun trouble dégénératif gléno-huméral, notamment la radiographie du 26 octobre 2007 ne révélait aucun signe indirect d'une atteinte chronique de la coiffe des rotateurs et l'arthro-IRM du 2 novembre 2007 ne signalait que de minimes remaniements dégénératifs au niveau de la clavicule distale. De plus, il a fait exécuter des nouvelles radiographies de l'épaule droite, le 16 mai 2012, qui montrent l'absence de troubles dégénératifs au niveau acromio-claviculaire, l'absence d'ostéophytes acromiaux et la présence d'un ou deux kystes au niveau de la partie supérieure du trochiter en regard de l'insertion du sus-épineux établissant l'existence d'une tendinopathie résiduelle du sus-épineux qui est la principale source de la persistance des douleurs.

Dans son rapport d'expertise, il explique notamment que les troubles actuels sont en lien de causalité avec l'accident du 2 février 2010 car, d'une part, celui-ci a entraîné une recrudescence des douleurs et, d'autre part, l'arthro-IRM du 3 mai 2010 a confirmé une nouvelle rupture du sus-épineux. En outre, ils sont également secondaires à l'accident du 17 octobre 2007 en raison de la persistance après celui-ci d'un état douloureux séquellaire et d'une limitation fonctionnelle résiduelle de l'épaule droite. Au vu de la persistance d'un état douloureux chronique lié à une

tendinopathie résiduelle du sus-épineux, l'aggravation provoquée par le deuxième accident ne peut pas être considérée comme guérie de sorte que le statu quo sine ne sera pas atteint. Les troubles actuels sont dus à raison de 50% à l'aggravation durable provoquée par l'accident du 2 février 2010 et à raison de 50% aux suites de l'accident du 17 octobre 2007.

L'intimée objecte que le rapport d'expertise judiciaire n'est pas « acceptable » car il ne contient pas de résumé des pièces médicales et que, par conséquent, il ne répond pas aux critères jurisprudentiels. A l'appui de sa thèse, elle invoque la jurisprudence publiée au RAMA 1991 n° U 133 p. 311 et VSI 1997 p. 121. Selon cette jurisprudence, pour qu'un rapport médical ait valeur probante, il doit aborder de manière complète les points litigieux, reposer sur des examens complets, prendre en considération les plaintes de l'assuré, avoir été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), être clair dans l'exposé des corrélations médicales ou l'appréciation de la situation médicale, contenir des conclusions motivées. Ces conditions ne sont en rien différentes de celles de l'arrêt de référence en matière de valeur probante d'un rapport médical, à savoir l'ATF 125 V 351 consid. 3. Or, lesdites conditions n'exigent pas un résumé des pièces médicales mais uniquement que le rapport ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse).

En l'espèce, si l'expert n'a pas résumé les pièces médicales qu'il a prises en considération, ce qui aurait été fastidieux au vu de l'importance du dossier, il a néanmoins précisé sur la première page de son rapport d'expertise que ses constatations et conclusions sont basées sur le dossier de la Cour de céans (pièces 1 à 43), le dossier de l'intimée (pièces 1 à 179), le chargé de la recourante (pièces 1 à 55), le dossier radiologique de la recourante et les examens réalisés au CHUV le 16 mai 2012. Par conséquent, au vu de cette énumération, il a incontestablement tenu compte des rapports établis par les médecins-conseil de l'intimée. En outre, il a procédé à une relecture du dossier radiologique et à un examen radiologique complémentaire ce qui atteste qu'il a eu connaissance de la lecture différente des documents radiologiques faite par les médecins de la recourante et les experts de l'intimée, soit le cœur du présent litige. Aussi, la Cour de céans ne retiendra pas le grief de l'intimée.

9. Les conclusions contraires du Dr P_____ ne sont pas susceptibles de mettre sérieusement en doute la pertinence de celles de l'expert judiciaire. En effet, dans son rapport d'expertise du 27 novembre 2010 après consilium, tout en notant qu'aucun médecin ne signale un état antérieur pour l'épaule droite, le Dr P_____ retient un tel état, indéniable selon lui, au vu de l'analyse détaillée des radiographies antérieures à l'opération de 2008 montrant la présence d'un acromion de type III et d'irrégularités dans le sous-épineux ainsi qu'une densification de l'os du trochiter. Il relève également que, dans ses divers rapports, le Dr L_____ ne mentionne que l'absence de dégénérescence musculaire, ce qui atteste uniquement l'absence de rupture ancienne. Tout en précisant que la rupture du sus-épineux

survenue à la suite l'accident du 17 octobre 2007 a provoqué une aggravation importante et déterminante d'un état antérieur et que les troubles survenus entre février et avril 2010 sont en relation de causalité avec une prédisposition dégénérative et une réparation insatisfaisante à long terme d'une lésion de ce tendon, il conclut à l'existence d'un lien de causalité seulement possible entre les troubles actuels et ledit accident. Or, en présence d'une aggravation importante et déterminante provoquée par l'accident de 2007, ce qui est l'opinion de tous les médecins, le Dr P_____ ne pouvait pas conclure à un rapport de causalité seulement possible entre les troubles actuels et ledit accident, mais devait logiquement retenir un rapport de causalité vraisemblable, comme l'a fait l'expert judiciaire. Par conséquent, ses conclusions sont contradictoires.

En outre, lors du consilium du 18 novembre 2010, les Drs P_____ et L_____ ont précisé que le lien de causalité retenu comme vraisemblable entre l'accident du 17 octobre 2007 et la rupture partielle du tendon du sus-épineux opérée le 15 janvier 2008 était discutable. Or, leur précision quant à la nature non transfixiante de la lésion n'explique pas de façon satisfaisante pourquoi ils s'écartent a posteriori des conclusions du Dr L_____ qui, dans son rapport du 23 février 2009, a admis que ledit accident avait entraîné une aggravation déterminante et durable d'un état sain. Par conséquent, leurs conclusions ne sont pas convaincantes. Conscients de ce défaut de motivation, dans leur rapport subséquent, ils ont expliqué qu'ils s'étaient bornés à analyser la situation par rapport à l'accident du 2 février 2010, sans examiner le lien de causalité entre les troubles actuels et les deux accidents. Par conséquent, faute d'une analyse globale du lien de causalité naturelle, ces conclusions n'ont pas de valeur probante.

S'agissant du rapport du 23 mai 2011, bien qu'ils avaient à disposition l'ensemble des documents radiologiques, les Dr P_____ et L_____ ont confirmé leurs conclusions précédentes en se basant sur les radiographies du 26 octobre 2007 et les documents radiographiques du 2 novembre 2007 mettant en évidence un état antérieur dégénératif déterminant, soit sur une prémisse erronée. En effet, la majorité des médecins ayant examiné ces documents radiologiques a confirmé l'absence de tout état dégénératif significatif permettant de retenir que les troubles actuels ne seraient, au degré de la vraisemblance prépondérante, plus en rapport de causalité avec les accidents de 2007 et 2010, mais avec un état dégénératif préexistant. Par conséquent, les conclusions des Drs P_____ et L_____ ne sont pas fiables. De plus, en admettant que l'état antérieur à l'accident de 2010 comprend une aggravation déterminante de l'état antérieur dégénératif tout en fixant un retour au statu quo ante en date du 18 février 2010, leurs conclusions sont contradictoires. Enfin, elles sont lacunaires car les Drs P_____ et L_____ se sont limités à examiner le lien de causalité entre les troubles actuels et l'accident du 2010 sans étendre leur examen aux influences de l'accident de 2007. On ne saurait certes leur en faire grief du moment que les questions posées par l'intimée ne portaient que sur les conséquences de cet accident. Il n'en reste pas moins que leur expertise ne per-

met pas une analyse globale de la situation au contraire de celle du Prof. S_____.

Les divers rapports du Dr L_____ antérieurs à l'accident du 2 février 2010 admettent qu'au vu de l'intervention chirurgicale de l'épaule droite, il y a eu une modification durable ne permettant pas d'atteindre un statu quo ante ou sine. Dans son rapport du 11 novembre 2009, le Dr N_____ conclut également qu'au vu de la persistance d'une diminution de la rotation interne et des importantes douleurs, on ne pouvait pas considérer que le statu quo ante ou sine était atteint. Par conséquent, ces divers rapports renforcent l'absence de fiabilité des conclusions niant l'existence vraisemblable d'un lien de causalité entre les troubles actuels et l'accident de 2007.

Enfin, les conclusions de l'expert judiciaire sont confirmées tant par la Dresse R_____ qui a procédé à une relecture attentive des documents radiologiques à disposition que par le Dr Q_____. Tous deux ont conclu que lesdits documents ne mettent en évidence aucun trouble dégénératif suffisamment important pour imputer l'origine des troubles actuels de l'épaule droite à un état antérieur à l'accident du 17 octobre 2007.

Etant donné que le rapport du Prof. S_____ ne contient ni contradictions, ni défauts manifestes, il remplit toutes les conditions permettant de lui reconnaître une entière valeur probante. Par conséquent, la Cour de céans suivra ses conclusions.

En définitive, sur la base des conclusions du Prof. S_____, il convient d'admettre que les troubles de l'épaule droite de la recourante sont en lien de causalité tant avec l'accident du 2 février qu'avec celui du 17 octobre 2007 et sont à charge de chacun des deux accidents à raison de 50%. De plus, le statu quo sine n'est pas atteint en raison de la persistance d'un état douloureux chronique lié à une tendinopathie résiduelle du sus-épineux et le statu quo ante ne pourra jamais être récupéré. Etant donné qu'en cas de troubles physiques la question du lien de causalité adéquate ne se pose guère, l'intimée n'était pas en droit de fixer le statu quo ante vel sine au 2 juillet 2009 pour le premier accident et le statu quo ante au 18 février 2010 pour le second accident, respectivement de refuser toutes prestations du 1^{er} octobre 2009 au 1^{er} février 2010, puis dès le 14 mars 2010. Il s'ensuit que la recourante a droit à des prestations de la part de l'intimée dès le 17 octobre 2007 et au-delà du 14 mars 2010.

10. Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. S'il est totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite de l'accident, il a droit à une indemnité journalière. Le droit à l'indemnité prend naissance le troisième jour qui suit celui de l'accident et 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 (art. 16 al. 2 LAA). Enfin, si

l'assuré est invalide (art. 8 LPG) à 10% au moins par suite de l'accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme (art. 19 al. 1, 1^{ère} phrase, LAA).

Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente au sens de l'art. 19 al. 1 LAA (art. 19 al. 1, 2^{ème} phrase, LAA). Il cesse également s'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération, mais qu'aucune rente n'est allouée parce que l'assuré présente un taux d'invalidité inférieur au seuil de 10% prévu par l'art. 18 al. 1 LAA (cf. ATF 134 V 109 consid. 4.1; ATF 133 V 57 consid. 6.6.2).

Aux termes de l'art. 24 LAA, si par suite d'un accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (al. 1). L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé (al. 2). Il faut que le traitement ne puisse plus entraîner d'amélioration ni éviter de péjoration de l'état de santé, de sorte que celui-ci doive être considéré comme stable (ATF non publié 8C_1023/2008 du 1^{er} décembre 2009 consid. 5.1; cf. également ATF 134 V 109 consid. 4).

11. Sur la base des conclusions de l'expert judiciaire, la recourante conclut à l'octroi tant d'une indemnité journalière en relation avec l'incapacité de travail admise que d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10%, à la prise en charge du traitement médical et au renvoi de la cause à l'intimée pour statuer sur son droit à une rente d'invalidité à l'issue de la procédure de réadaptation de l'assurance-invalidité.

Les conclusions de la recourante concernant l'indemnité journalière pour la période du 18 octobre 2007 au 30 septembre 2009 et du 2 février au 17 février 2010 doivent être rejetées puisque l'intimée a déjà versé l'indemnité journalière requise. En revanche, pour la période du 1^{er} octobre 2009 au 1^{er} février 2010 et dès le 18 février 2010, elle n'a reçu aucune indemnité journalière de la part de l'intimée, alors que l'expert judiciaire a admis une incapacité de travail dans l'activité d'aide-soignante de 50% du 1^{er} octobre 2009 au 1^{er} février 2010, de 100% du 2 février 2010 au 29 janvier 2011, puis de 50% dès le 30 janvier 2011. Par conséquent, elle a droit à une indemnité journalière sur la base d'une incapacité de travail de 50% du 1^{er} octobre 2009 au 1^{er} février 2010, de 100% du 18 février 2010 au 29 janvier 2011 et de 50% dès le 30 janvier 2011 jusqu'à la détermination du droit à une rente d'invalidité (art. 16 al. 2 LAA).

La recourante conclut, pour le surplus, au paiement d'intérêts moratoires de 5%.

L'art. 26 al. 2 LPGA prévoit que des intérêts moratoires sont dus pour toute créance de prestations d'assurances sociales à l'échéance d'un délai de vingt-quatre mois à compter de la naissance du droit, mais au plus tôt douze mois à partir du moment où l'assuré a fait valoir ce droit, pour autant qu'il se soit entièrement conformé à l'obligation de collaborer qui lui incombe. Le taux de l'intérêt moratoire est de 5% par an (art. 7 al. 1 de l'ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 11 septembre 2002 ([OPGA ; RS 830.11]).

L'obligation de payer des intérêts moratoires commence 24 mois après la naissance du droit en tant que tel pour l'ensemble des prestations courues jusque-là, et non pas seulement deux ans après l'exigibilité de chaque prestation (ATF 133 V 9, consid. 3.6).

L'obligation de verser des intérêts moratoires est liée à l'existence d'une prestation principale et a, par conséquent, un caractère accessoire. Puisque les autres conditions énumérées à l'art. 26 al. 2 LPGA doivent être remplies, le droit à des intérêts moratoires doit être qualifié de relation juridique spécifique. Sous réserve d'une extension de l'objet de la contestation, elle ne peut être examinée dans la procédure de recours de première instance que si l'administration a statué sur cette question (objet de la contestation) et que sa décision a été attaquée sur ce point (objet du litige ; ATF 125 V 413 ; ATFA non publié I 73/05 du 13 septembre 2006, consid. 7.1).

En l'espèce, bien que l'intimée n'ait pas statué sur ce point, il y a lieu d'étendre l'objet de la contestation à cette question, puisque, d'une part, l'obligation de verser des intérêts moratoires est en relation étroite avec le droit aux prestations, de sorte qu'on peut parler d'un même ensemble de faits, et d'autre part, l'intimée a eu la possibilité de s'exprimer à ce sujet dans ses écritures (ATFA non publié I 493/05 du 22 décembre 2005, consid. 5), dès lors qu'il s'agissait de l'une des conclusions de la recourante.

Cette dernière a droit au versement complémentaire de l'indemnité journalière du 1^{er} octobre 2009 au 1^{er} février 2010, puis dès le 18 février 2010. En l'occurrence, le terme du délai de 24 mois depuis le début du droit aux prestations est le 1^{er} octobre 2011, respectivement le 18 février 2012, mais le droit à des intérêts ne peut être admis que 12 mois au plus tôt depuis le dépôt de la demande. Bien que la recourante n'ait pas recouru contre la décision sur opposition du 3 février 2010, elle a toutefois fait annoncer par son employeur, le 5 octobre 2010, le nouvel accident du 2 février 2010 de sorte que le terme du délai de 12 mois depuis l'annonce du 5 octobre 2010, faxée à l'intimée le même jour, est le 5 octobre 2011. En outre, elle s'est conformée à l'obligation de collaborer qui lui incombait. Par conséquent, la recourante a droit à un intérêt moratoire de 5% pour les indemnités journalières

dues du 6 octobre 2011 au 1^{er} février 2012 et dès le 18 février 2012. Il appartiendra à l'intimée de calculer précisément les intérêts moratoires dus dans sa nouvelle décision.

12. S'agissant du traitement, aucune décision concernant le droit à la rente n'a été rendue de sorte que c'est au regard de l'art. 10 al. 1 LAA qu'il y a lieu de déterminer si l'assurée a droit à la prise en charge des frais relatifs aux traitements médicaux.

Au vu de cette disposition légale, la recourante a droit au traitement médical jusqu'à ce que l'assureur-accidents se prononce sur son droit à une rente d'invalidité. L'intimée n'ayant pas encore statué à ce sujet, la recourante a droit à la poursuite de la prise en charge du traitement.

Selon l'expert judiciaire, on ne peut pas attendre une amélioration notable de l'état de santé car celui-ci est actuellement stabilisé et ne devrait plus s'améliorer significativement. Il nécessite toutefois une médication antalgique régulière ainsi qu'un traitement d'appoint de physiothérapie associé à une balnéothérapie. L'indication à la poursuite de ce traitement devrait être réévaluée tous les trois mois.

Le rapport d'expertise date du 13 juin 2012 et il s'est donc écoulé plus de trois mois entre sa rédaction et la délibération du présent arrêt. Par conséquent, il y a lieu de réévaluer l'indication à la poursuite du traitement préconisé. L'intimée ayant un service médical, il y a lieu de lui renvoyer le dossier pour qu'elle se prononce sur ce point.

Enfin, bien que l'expert ait fixé à 10% l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, l'intimée n'a rendu aucune décision sur ce point de sorte que cette question excède l'objet de la contestation qui ne peut pas être étendu puisque l'intimée n'a pas statué sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité (cf. art. 24 al. 2). Par conséquent, il y a lieu de renvoyer la cause à l'intimée pour qu'elle se prononce sur le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité en même temps que sur celui-ci à une rente d'invalidité, soit à l'issue de la procédure de réadaptation de l'assurance-invalidité.

13. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a).

Si l'administration 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 d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d).

14. L'intimée demande que des questions complémentaires soient posées à l'expert judiciaire afin qu'il confirme avoir pris connaissance des expertises et rapports contenus dans le dossier de l'assureur-accidents, justifie sa position vis-à-vis de ceux-ci, explique pourquoi il ne conclut pas à un statu quo ante compte tenu de l'état antérieur, développe pourquoi il ne retient une stabilisation de l'état de santé que 22 mois après la deuxième intervention.

L'expert a manifestement pris connaissance des expertises et rapports contenus dans le dossier de l'intimée (cf. consid. 8 ci-dessus). Etant donné que lesdits rapports et expertises sont lacunaires, car ils ne procèdent à aucun examen de l'incidence globale des deux accidents sur les troubles de l'épaule droite de la recourante, et sont peu fiables car ils sont les seuls à retenir un état antérieur dégénératif à l'origine des troubles actuels de la recourante, la Cour de céans ne voit pas en quoi le complément d'instruction requis serait susceptible de modifier son appréciation du lien de causalité.

En l'espèce, les pièces médicales versées au dossier permettent de statuer en pleine connaissance de cause sur la question du lien de causalité naturelle, partant une instruction complémentaire s'avère superflue par appréciation anticipée des preuves. En conséquence, il n'y a pas lieu de donner suite à la requête de l'intimée.

15. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis au sens des considérants et les décisions du 30 mars 2010 ainsi que du 28 janvier 2011 seront annulées.

La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de 3'000 fr. lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA).

Les frais de l'expertise judiciaire de 3'498 fr. 90, selon la facture du 27 juin 2012 du CHUV, sont mis à la charge de l'intimée. Dans ses arrêts antérieurs (notamment ATF 127 V 196), le Tribunal fédéral a rappelé la règle de la gratuité de la procédure devant le tribunal cantonal des assurances et son exception - témérité ou légèreté d'une partie au procès - prévues par le droit fédéral (art. 61 let. a LPGA). Puis, à l'ATF 137 V 210, en jugeant que l'expertise judiciaire est la règle au lieu du renvoi à l'administration pour instruction complémentaire, il a précisé que les coûts de l'expertise judiciaire peuvent être mis à la charge de l'assureur social lorsque les mesures d'instruction sont indispensables pour l'appréciation du droit ou sont com-

prise dans les prestations octroyées après coup au sens de l'art. 45 al. 1 LPGA. (consid. 4.4.2).

En l'espèce, après avoir constaté que les appréciations des divers médecins étaient contradictoires et qu'elle ne pouvait pas statuer en l'état sans procéder à un complément d'instruction, la Cour de céans a dû mettre en œuvre elle-même une expertise, conformément à la jurisprudence récente du Tribunal fédéral (ATF 137 V 210). Etant donné que l'intimée ne pouvait pas statuer sur opposition au vu de ces contradictions, les coûts de l'expertise ordonnée doivent être mis à la charge de l'assureur (cf. art. 45 al. 1 LPGA).

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

Au fond :

1. Admet partiellement le recours au sens des considérants et annule les décisions de SWICA ASSURANCES SA du 30 mars 2010 ainsi que du 28 janvier 2011.
2. Renvoie la cause à l'intimée pour calcul des prestations dues.
3. Renvoie la cause à l'intimée pour statuer sur le droit de la recourante à une indemnité pour atteinte à l'intégrité en même temps que sur celui à une rente d'invalidité, à l'issue de la procédure de réadaptation de l'assurance-invalidité.
4. Condamne l'intimée à verser à la recourante une indemnité à titre de dépens fixée à 3'000 fr.
5. Met les frais d'expertise de 3'498 fr. 90 à la charge de l'intimée.
6. Dit que la procédure est gratuite.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDE

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le