

VD_FINDINFO Arrêt / 2018 / 514 vom 28. Mai 2019

VD Tribunal cantonal, 2019-05-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2018__514

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2018 / 514 du 28 mai 2019

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2018 / 514 del 28 maggio 2019

Regeste

CAUSALITÉ NATURELLE, FORCE PROBANTE, SUVA, ACCIDENT PROFESSIONNEL, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, CONDITION DU DROIT À LA PRESTATION D'ASSURANCE, LÉSION CORPORELLE ASSIMILÉE À UN ACCIDENT, RECHUTE, APPRÉCIATION ANTICIPÉE DES PREUVES, LIBRE APPRÉCIATION DES PREUVES | 36 al. 1 LAA, 6 al. 1 LAA, 6 al. 2 LAA, 4 LPGA, 6 LPGA, 61 let. c LPGA, 11 OLAA, 9 al. 2 OLAA

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 28.05.2019 Arrêt / 2018 / 514

CAUSALITÉ NATURELLE, FORCE PROBANTE, SUVA, ACCIDENT PROFESSIONNEL, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, CONDITION DU DROIT À LA PRESTATION D'ASSURANCE, LÉSION CORPORELLE ASSIMILÉE À UN ACCIDENT, RECHUTE, APPRÉCIATION ANTICIPÉE DES PREUVES, LIBRE APPRÉCIATION DES PREUVES | 36 al. 1 LAA, 6 al. 1 LAA, 6 al. 2 LAA, 4 LPGA, 6 LPGA, 61 let. c LPGA, 11 OLAA, 9 al. 2 OLAA

TRIBUNAL CANTONAL AA 158/17 - 65/2019 ZA17.052979 COUR DES ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt du 28 mai 2019 _____ Composition : Mme Dessaux , présidente M. Riesen et Mme Gabellon, assesseurs Greffier : M. Germond ***** Cause pendante entre : C. _____ , à [...], recourante, représentée par Me Marc-Aurèle Vollenweider, avocat à Lausanne, et Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents , à Lucerne, intimée, représentée par Me Didier Elsig, avocat à Lausanne. _____ Art. 4, 6 et 61 let. c LPGA ; 6, 10 al. 1, 16 al. 1 et 36 al. 1 LAA ; 9 al. 2 et 11 OLAA E n f a i t : A. a) C. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], travaillait, depuis le 17 août 2009 et à plein temps, en qualité d'agent de production (ouvrière) sur le site d'A. _____ SA à [...]. A ce titre, elle était assurée contre les accidents auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée). Le 14 mars 2016, sur son lieu de travail, elle a chuté en arrière sur le dos et l'épaule droite. Elle a consulté l'W. _____ (W. _____) le jour même. Les diagnostics de contusion de l'épaule droite et de contractures para-vertébrales ont été retenus (rapport du 14 mars 2016 des médecins du W. _____). Les examens radiologiques complémentaires de l'épaule droite n'ont pas permis de visualiser de lésion osseuse. Par la suite, une arthro-IRM (imagerie par résonance magnétique) du 11 mai 2016 et une échographie avec infiltration sous-acromiale de l'épaule droite du 19 mai 2016 ont également été réalisées au W. _____. Selon les certificats du Dr Z. _____, spécialiste en médecine interne et médecin traitant, cet accident a entraîné une incapacité de travail totale jusqu'au 7 juin 2016, puis à 50% du 8 au 30 juin 2016. La CNA a pris en charge le cas. L'assurée a repris le

travail avant d'être licenciée pour des motifs économiques avec effet au 30 novembre 2016. Elle s'est inscrite au chômage depuis le 1^{er} décembre 2016. b) Par déclaration de sinistre LAA pour les chômeurs du 23 mai 2017, la Caisse cantonale de chômage Agence du [...] a annoncé une rechute de l'accident professionnel du 14 mars 2016, ensuite d'une incapacité de travail totale attestée dès le 2 mai 2017 (feuille-accident en annexe et rapport médical LAA pour rechute du 14 juin 2017 du Dr Z. _____). Le 8 mai 2017, l'assurée s'est soumise à une échographie par US (ultrasons) pratiquée par le Dr N. _____, radiologue au W. _____, qui s'est révélée « dans les limites normales », sans déchirure de coiffe ni de bursite mises en évidence. Dans le cadre de l'instruction, la CNA a recueilli les renseignements usuels auprès des médecins consultés par l'assurée dont le Dr E. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur ainsi qu'en traitement interventionnel de la douleur. Dans un courrier du 23 mai 2017 au médecin-traitant, après avoir effectué une nouvelle infiltration n'ayant apporté un soulagement que de très courte durée, le Dr E. _____ a conclu à une lente décompensation de l'articulation acromio-claviculaire de l'épaule droite (discrète instabilité) en présence d'éventuels microtraumatismes dans un contexte de traumatisme et également fait état d'une tendinopathie. Le 20 juin 2017, l'assurée s'est entretenue, à son domicile, avec l'inspecteur de la CNA I. _____ dont le rapport du même jour retranscrit les plaintes de l'intéressée s'agissant des douleurs en continu, plus particulièrement la nuit, ressenties par celle-ci à son épaule droite. Se fondant sur l'avis de son médecin d'arrondissement, le Dr R. _____, spécialiste en chirurgie, pour qui le statu quo sine avait été atteint dans le courant de l'année 2016, la CNA a, par décision du 7 juillet 2017, estimé que les troubles à l'épaule droite pour lesquels l'assurée était en incapacité de travailler depuis le 2 mai 2017 n'étaient plus en relation de causalité, pour le moins probable, avec l'accident du 14 mars 2016. L'assureur-accidents a ainsi clos son dossier, en niant tout droit de l'intéressée à d'autres prestations d'assurance et en mettant fin au versement des prestations perçues jusqu'alors (indemnités journalières et frais de traitement) au 1^{er} mai 2017. Le 11 juillet 2017, l'assurée s'est opposée à cette décision en contestant l'appréciation médicale de la CNA en alléguant la persistance de séquelles de l'accident de mars 2016. Dans son appréciation médicale du 31 août 2017, le Dr R. _____ a confirmé que le statu quo sine était atteint courant 2016. Ce faisant, il a retenu l'absence de lésion structurelle causée par la « chute d'une faible hauteur » du 14 mars 2016 et que l'assurée présentait uniquement de discrètes altérations de l'épaule droite d'allure dégénérative (arthrose acromio-claviculaire et tendinopathie à l'insertion du sus-épineux) que le « traumatisme mineur » de mars 2016 avait tout au plus pu aggraver de manière transitoire. Pour le Dr R. _____ tout laissait penser que l'accident ne déployait plus d'effets courant 2016, l'intéressée ayant repris le travail en l'absence également de toute lésion structurelle objectivable en lien avec sa chute. Le 7 septembre 2017, C. _____ a été examinée en consultation par le Professeur O. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et chef du département de l'appareil locomoteur (DAL) au CHUV. Dans son rapport du 11 septembre 2017 au Dr E. _____, ce médecin a diagnostiqué des scapulalgies droites post-traumatiques chroniques et des discrets troubles dégénératifs acromio-claviculaires droits. Au moment d'apprécier la situation, le Professeur O. _____ a émis les considérations suivantes : « Conclusions, traitement et évolution Madame C. _____ présente d'importantes douleurs à l'épaule D plutôt en région scapulaire, suite à un accident de travail et évoluant vers la chronicité depuis plus d'un an et demi. A l'examen objectif il existe effectivement de

discrets signes dégénératifs au niveau acromio-claviculaire mais sans instabilité. Je ne retiens actuellement pas d'indication à une approche chirurgicale. Il me paraît important que la patiente soit rapidement prise en charge à la CRR [Clinique romande de réadaptation de la CNA à Sion] afin d'éviter une évolution vers la chronicité. » Le 28 septembre 2017, la CNA a transmis à l'assurée une copie de son dossier médical en l'invitant à compléter la motivation de son opposition. Le 22 octobre 2017, cette dernière a indiqué qu'elle n'avait pas d'arguments supplémentaires à faire valoir. Dans un nouvel avis du 3 novembre 2017, le Dr R. _____ a certifié à la CNA que le rapport du Professeur O. _____ ne modifiait pas sa position. Pour le médecin-conseil, la rechute annoncée, assortie d'une incapacité totale de travail dès le 2 mai 2017, n'incombait pas à la charge de l'assurance-accidents. Par décision du 9 novembre 2017, la CNA a rejeté l'opposition de l'assurée. Elle a notamment expliqué que sur une question essentiellement médicale, il convenait de se rallier à l'analyse du Dr R. _____ effectuée « en toute connaissance de cause » et dont les conclusions n'étaient pas remises en cause par les médecins consultés, soit les Drs E. _____ et O. _____. Pour obtenir la prise en charge de ses prétentions, l'assurée était dès lors priée de s'adresser directement auprès de son assureur-maladie. B. Par acte du 8 décembre 2017, C. _____, représentée par Me Marc-Aurèle Vollenweider, a déféré la décision sur opposition précitée à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à sa réforme en ce sens que la CNA est tenue de prendre en charge les « conséquences de l'incapacité de travail du 2 mai 2017 », subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'assureur-accidents pour complément d'instruction puis nouvelle décision au sens des considérants. En substance, elle estime qu'il n'y a pas lieu de s'écarter de l'avis du Professeur O. _____ selon lequel elle présenterait d'importantes douleurs à l'épaule droite depuis l'accident de mars 2016 évoluant vers la chronicité. Elle fait valoir en outre que ses lésions actuelles ne sont pas d'origine malade, ni imputables à des phénomènes dégénératifs mais bien dues à l'accident assuré, respectivement sa rechute du 2 mai 2017, de sorte qu'elles doivent être assimilées à un accident au sens de la loi. Dans sa réponse du 23 mars 2018, la CNA, représentée par Me Didier Elsig, a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition du 9 novembre 2017. Elle maintient que son appréciation médicale, suivant l'analyse du Dr R. _____ « effectuée en toute connaissance de cause », est fondée. Elle a par ailleurs produit son dossier. Le 28 mai 2018, en réplique, la recourante a implicitement maintenu ses précédentes conclusions, contestant que seule l'arthrose soit à l'origine de ses maux actuels, avec la précision qu'elle n'a jamais ressenti de douleurs avant la chute du 14 mars 2016. A titre de mesure d'instruction, elle a requis qu'une expertise médicale soit ordonnée par le tribunal pour déterminer l'influence de l'accident sur ses douleurs persistantes à l'épaule. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 al. 1 LPGA). Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD ; BLV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c

LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD). b) En l'espèce, la recourante est domiciliée dans le canton de Vaud ; son recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et il satisfait aux autres conditions de forme (cf. art. 61 let. b LPGA notamment) ; il est donc recevable. 2. La contestation porte en l'occurrence sur la poursuite du droit de la recourante au versement des prestations de l'assurance-accidents pour la période postérieure au 1^{er} mai 2017, singulièrement sur l'existence d'un rapport de causalité entre l'accident assuré et les troubles persistants à l'épaule droite au-delà de cette date. 3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. 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 (art. 4 LPGA). L'assuré a droit, notamment, au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA) et à une indemnité journalière s'il est totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident (art. 16 al. 1 LAA). b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, 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 suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et 402 consid. 4.3.1; 119 V 335 consid. 1). Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement " post hoc, ergo propter hoc "; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb). Savoir s'il existe un lien de causalité naturelle est une question de fait, généralement d'ordre médical, qui doit être résolue selon la règle du degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; 402 consid. 4.3.1 ; FRÉSARD/MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Vol. XIV, 3e éd., Bâle 2016, n. 104 p. 929). En cas de rechute ou de séquelle tardive, l'assuré peut à nouveau prétendre à la prise en charge du traitement médical et, en cas d'incapacité de travail, au paiement d'indemnités journalières (art. 11 OLAA [ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; 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 ; 118 V 293 consid. 2c). c) En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas 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 existerait même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (cf. TF 8C_743/2016 du 18 mai 2017 consid. 3.2, avec les références). A contrario , aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas établi, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (TF 8C_373/2013 du 11 mars 2014 consid. 3.2). d) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'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 circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin, que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a; cf. TF 9C_104/2014 du 30 mai 2014 consid. 4.1, 8C_373/2013 du 11 mars 2014 consid. 5.2 et 9C_22/2011 du 16 mai 2011 consid. 5). e) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci. Il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et réf. cit. ; Pratique VSI 2001 p. 109, consid. 3b/cc). En ce qui concerne les rapports des médecins des assureurs, ceux-ci peuvent également se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permette de remettre en cause leur bien-fondé. En matière d'assurance-accidents plus particulièrement, le Tribunal fédéral a jugé qu'une valeur probante devait également être accordée aux appréciations émises par les médecins de la CNA, car selon la jurisprudence, cette institution n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, une entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et réf. cit. ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 et 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2.). 4. a) Aux termes de l'art. 6 al. 2 aLAA, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016 (applicable en l'espèce compte tenu de la date de l'accident, conformément à l'alinéa 1 des dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015 de la LAA), le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. En vertu de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 9 al. 2

aOLAA, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016, qui prévoit que certaines lésions corporelles sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. Ces lésions corporelles sont les suivantes : a. Les fractures; b. Les déboîtements d'articulations; c. Les déchirures du ménisque; d. Les déchirures de muscles; e. Les élongations de muscles; f. Les déchirures de tendons; g. Les lésions de ligaments; h. Les lésions du tympan. Cette liste est exhaustive (ATF 116 V 136 consid. 4a et 116 V 145 consid. 2b). b) Selon la jurisprudence relative aux art. 6 al. 2 aLAA et 9 al. 2 aOLAA, la notion de lésion assimilée à un accident avait pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. Aussi, les assureurs-accidents LAA devaient-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, aurait en principe dû être couvert par l'assurance-maladie. Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 aOLAA étaient assimilées à un accident même si elles avaient, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, au moins, déclenché les symptômes dont souffrait l'assuré (ATF 139 V 327 consid. 3.1 ; 129 V 466; 123 V 43 consid. 2b ; 116 V 145 consid. 2c et 114 V 298 consid. 3c). Toujours selon cette jurisprudence, on ne pouvait admettre qu'une lésion assimilée – malgré son origine en grande partie dégénérative – avait fait place à l'état de santé dans lequel l'assuré se serait trouvé sans l'intervention d'un facteur extérieur (statu quo sine), tant que le caractère désormais exclusivement malade ou dégénératif de l'atteinte à la santé n'était pas clairement établi. Sinon, on se serait à nouveau trouvé confronté, immédiatement après avoir admis l'existence d'une lésion assimilée à un accident, à la difficulté de distinguer entre l'origine accidentelle et malade de cette atteinte (cf. TF 8C_358/2015 du 14 mars 2016 consid. 6.2.1; 8C_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 2 et 8C_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 4.2; TFA U 220/02 du 6 août 2003 consid. 2). 5. a) En l'espèce, l'intimée a retenu que la rechute annoncée postérieurement au 1^{er} mai 2017 – avec une incapacité de travail totale attestée dès le 2 mai 2017 – n'est plus en rapport de causalité avec l'accident assuré. Elle suit en cela son médecin d'arrondissement pour lequel l'accident du 14 mars 2016, qu'il qualifie de banal, n'a occasionné aucune lésion structurelle objectivable ni séquelle. Ce médecin estime que le statu quo sine est atteint courant 2016, l'accident ne déployant plus d'effets et le travail ayant été repris en plein le 1^{er} juillet 2016. Cette appréciation médicale est contestée par la recourante qui soutient pour sa part que les douleurs à son épaule droite depuis l'accident constituent en réalité des lésions assimilées au sens de l'art. 9 al. 2 aOLAA. Elle se prévaut des constatations du Professeur O. _____ en alléguant présenter d'importantes douleurs à l'épaule droite depuis l'accident de mars 2016, évoluant vers la chronicité. Elle réfute en outre que seule l'arthrose soit à l'origine de ses maux actuels, avec la précision qu'elle n'a jamais ressenti de douleurs à son épaule avant l'accident. b) En l'occurrence, l'existence d'une lésion assimilée à un accident n'est pas avérée. En effet, aucun document d'imagerie ne fait mention de fractures, de déboîtements d'articulations, de déchirures ou d'élongations des muscles, de déchirures de tendons ou de lésions des ligaments de l'épaule droite. Le rapport d'examen de l'W. _____ (pièce 15) mentionne à titre d'examen complémentaire des radiographies de l'épaule droite, sans lésion osseuse au niveau de cette épaule. L'IRM de l'épaule droite du 11 mai 2016 (pièce 67), spécifiquement prescrite en vue de la recherche d'une rupture de la coiffe des rotateurs, conclut à une tendinopathie insertionnelle du tendon supra-épineux et à des signes d'arthrose acromio-claviculaire. Plus précisément, en relation avec cette tendinopathie, il est fait mention de quelques anomalies à l'insertion du tendon

du supra-épineux, à l'insertion humérale du tendon supra-épineux mais une rupture transfixiante est exclue. Cette tendinopathie, qualifiée de tendinobursite de l'épaule droite, fait l'objet d'une infiltration le 19 mai 2016 sous guidage échographique (pièce 72). Dans son rapport d'échographie d'US de l'épaule droite du 8 mai 2017, le Dr N. _____ a quant à lui exposé ce qui suit : “ Renseignements : Status après accident de travail le 14.03.16. Arthro IRM le 11.05.16 ayant montré une tendinopathie du sus-épineux et une arthrose acromio-claviculaire. Récidive de douleur à la face postérieure de l'épaule : nouvelle lésion ? Etat de la coiffe ? Description : Aspect normal du tendon long chef du biceps ainsi que des tendons de la coiffe des rotateurs, pas de déchirure décelée, pas de rupture. Pas d'épanchement articulaire ni d'épanchement significatif dans la bourse sous-acromio-deltoïdienne. Pas de collection dans les parties molles de voisinage. Conclusion : Examen échographique dans les limites normales, pas de déchirure de coiffe décelée ni de bursite. ” L'ensemble de ces documents d'imagerie est évocateur d'altérations de l'épaule droite d'allure dégénérative et aucun ne met en évidence une déchirure des tendons ou toute autre lésion relevant de l'énumération exhaustive de l'art. 9 al. 2 aOLAA. Par ailleurs, aucun des médecins consultés par l'assurée n'émet l'hypothèse de l'une ou l'autre des lésions listées à l'art. 9 al. 2 aOLAA. c) En présence d'une atteinte dégénérative, c'est en l'occurrence sous l'angle de l'art. 36 LAA que le cas doit être examiné. La décision litigieuse se fonde sur l'appréciation du 31 août 2017 du Dr R. _____ (pièces 69, 80 et 81) qui n'est pas contredite par les documents d'imagerie, ni par les rapports des médecins traitants de l'assurée, en particulier par les Drs E. _____ et O. _____. Dans son courrier du 23 mai 2017 au médecin traitant consécutif à sa consultation de l'assurée le jour précédent (pièce 55), le Dr E. _____ évoque d'éventuels microtraumatismes ayant participé à une décompensation lente de l'articulation acromio-claviculaire, laquelle dans un contexte de traumatisme, s'est décompensée. Un microtraumatisme se définit en médecine par un traumatisme très léger, sans importance lorsqu'il est unique, mais dont la répétition peut entraîner des manifestations pathologiques. Partant, il suit de sa définition qu'un microtraumatisme, même répété, ne peut pas être considéré comme un accident. En évoquant en revanche clairement une décompensation des atteintes, soit l'instabilité acromio-claviculaire et la tendinopathie, à la faveur du traumatisme, le Dr E. _____ énonce implicitement une préexistence de ces atteintes. En ce qui concerne le Professeur O. _____, lorsqu'il écrit dans son rapport du 11 septembre 2017 que l'assurée présente d'importantes douleurs de l'épaule droite plutôt en région scapulaire, suite à un accident de travail et évoluant vers la chronicité depuis plus d'un an et demi, il ne fait que rapporter les propos de sa patiente. Il ne s'agit donc pas d'un constat médical stricto sensu . En revanche, à l'examen clinique, soit à l'examen objectif comme il l'indique dans son rapport, le Dr O. _____ relève de discrets signes dégénératifs au niveau acromio-claviculaire mais sans instabilité. Ainsi, ces deux médecins retiennent clairement l'existence d'une pathologie dégénérative, le Dr E. _____ évoquant quant à lui l'éventualité d'une décompensation à la faveur de l'accident. Au stade de la vraisemblance prépondérante, il doit par conséquent être admis que la recourante présentait une pathologie dégénérative asymptomatique à l'épaule droite, laquelle a été révélée voire aggravée par l'accident de mars 2016. Se pose donc, à ce stade, la question du statu quo sine vel ante (cf. consid. 3c supra). d) Le médecin-conseil de la CNA fixe l'avènement du statu quo sine dans le courant 2016 (pièce 69). Il fait état d'une absence de toute lésion structurelle directement liée à la chute du 14 mars 2016, avec une reprise du travail en plein depuis le 1 er juillet 2016. En l'espèce, aucune pièce médicale ne s'inscrit à l'encontre de l'évaluation du médecin

d'arrondissement quant à l'existence d'un statu quo sine courant 2016. Quant à la recourante, elle fait valoir comme argument qu'elle n'a jamais, avant l'accident assuré, eu le moindre problème à cette épaule droite. Cependant, de jurisprudence constante, le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident (" post hoc, ergo propter hoc ") ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident. Il n'est ainsi pas prouvé au degré de la vraisemblance prépondérante que les troubles actuels de l'épaule droite, accentués depuis le mois de mai 2017, soient dus à l'accident du 14 mars 2016. Ce dernier n'a fait que révéler momentanément un état préexistant. e) Il résulte de ce qui précède que l'accident de mars 2016 a vraisemblablement causé une aggravation temporaire d'un état dégénératif auparavant asymptomatique. La Cour de céans retiendra, conformément à l'appréciation médicale du 31 août 2017 du Dr R. _____, que l'accident a toutefois totalement cessé de déployer ses effets dans le courant de l'année 2016. En effet, en présence comme, dans le cas d'espèce, d'un état pathologique préexistant, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations prend fin 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 de développement ordinaire (statu quo sine). Etant rappelé que l'atteinte accidentelle à l'épaule a consisté en une simple contusion (rapport du 14 mars 2016 des médecins du W. _____), il est vraisemblable que le statu quo sine était atteint déjà courant 2016 (cf. TF 8C_381/2014 du 11 juin 2015 consid. 4.3 ; TF 8C_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 4). L'atteinte à la santé est donc désormais imputable exclusivement à des causes étrangères à l'accident du 14 mars 2016, de sorte que c'est ainsi à bon droit que la CNA a limité son intervention aux prestations (indemnités journalières et frais de traitement) déjà versées jusqu'au 1^{er} mai 2017. f) Sur le vu de ce qui précède, la mise en œuvre de l'expertise requise par la recourante n'apparaît pas de nature à apporter un éclairage différent des éléments retenus ci-dessus et peut dès lors être écartée par appréciation anticipée des preuves (ATF 137 III 208 consid. 2.2 et 135 II 286 consid. 5.1). 6. a) Mal fondé, le recours doit en conséquence être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée. b) La procédure étant en principe gratuite (cf. art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, ni d'allouer de dépens à la recourante au vu de l'issue du litige (cf. art. 61 let. g LPGA). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision sur opposition rendue le 9 novembre 2017 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée. III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens. La présidente : Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Marc-Aurèle Vollenweider (pour C. _____), ■ Me Didier Elsig (pour la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents), - Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP), 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 :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.