

VD_GERICHTE ZA20.012067 vom 2. September 2021

VD Tribunal cantonal, 2021-09-02, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA20.012067

FR: VD_GERICHTE ZA20.012067 du 2 septembre 2021

IT: VD_GERICHTE ZA20.012067 del 2 settembre 2021

Erwägungen

E. 13

novembre 2017. c) Le 21 février 2020, Z. _____ a rendu une décision sur opposition relative aux décisions des 7 mai 2018 (référence 332599/17) et 20 février 2019 (239433/18), confirmant ces dernières et rejetant leurs oppositions respectives. Il était mis terme aux prestations d'assurance au 28 février 2018 s'agissant de l'accident du 13 novembre 2017 et au 31 juillet 2018 pour l'accident du 22 avril 2018. Z. _____ s'est essentiellement basée sur le rapport d'expertise du Dr R. _____,

- 10 - reprenant ses déterminations quant aux liens de causalité naturelle entre les accidents et les troubles somatiques de l'assurée, qui prenaient respectivement fin trois mois après chaque événement. Z. _____ a précisé que la question de l'existence d'une atteinte psychique se posait encore. Elle considérait cependant qu'il n'y avait pas lieu de retenir de lien de causalité adéquate entre les accidents et les troubles non objectivables présentés par l'assurée. B. Par acte du 25 mars 2020, D. _____, désormais représentée par Me Philippe Nordmann, a déféré la décision sur opposition susmentionnée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal et conclu à la réforme de la décision en ce sens que Z. _____ soit tenue de prendre en charge la totalité des frais médicaux consécutifs « aux accidents de 2017 et 2018 » ainsi que des autres prestations légales, notamment les indemnités journalières LAA et/ou, le cas échéant, une rente LAA. La recourante a requis qu'une expertise judiciaire soit ordonnée et a réservé de préciser ses conclusions en cours d'instance. Elle a produit un lot de pièces sous bordereau, dont le courrier du 22 février 2019 du Dr P. _____ à la Dre Anderegg, ainsi qu'un rapport d'expertise établi le 26 mars 2019, à la demande de Z. _____, par le Dr C. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. L'expert retenait une absence d'exagération consciente des troubles ; il estimait que la souffrance de la recourante était réelle et que ses arrêts de travail pour cause de maladie étaient justifiés. Il n'objectivait pas de limitation fonctionnelle significative d'un point de vue psychiatrique au moment de l'expertise. Par réponse du 10 juillet 2020, l'intimée a pris position sur le recours, proposant son rejet. Par réplique du 24 septembre 2020, la recourante a confirmé ses conclusions et produit des pièces supplémentaires à l'appui de ses moyens.

- 11 - Par duplique du 20 novembre 2020, l'intimée a maintenu sa position. La recourante s'est encore déterminée le 13 janvier 2021. Par courrier du 25 mars 2021, la juge instructrice a requis de l'intimée qu'elle produise trois documents médicaux mentionnés dans le rapport d'expertise établi par le Dr R. _____ le 29 janvier 2019, ainsi que l'avis du Dr U. _____ du 27 mars 2018. Ces rapports ne figuraient pas dans le dossier de la recourante tel que transmis par l'intimée à la Cour de céans. Le 9 avril 2021, l'intimée a fait parvenir quatre pièces sous bordereau à la juge instructrice. Les deux premières pièces consistaient en un rapport de radiographies de la colonne cervicale, dorsale et lombaire ainsi

qu'un rapport d'IRM cervicale et lombaire de la recourante, établis respectivement les 3 octobre et 22 novembre 2017 par le Dr [...], spécialiste en radiologie. Ce dernier relevait une discrète sinuosité scoliothique cervico-dorsolombaire à grand rayon de courbure sans tassement vertébral, une hypercyphose dorsale, une discopathie C6-C7 et L5-S1 ainsi que des séquelles d'une maladie de Scheuermann dans le segment dorsal moyen. L'IRM révélait une discopathie modérée en C5-C6, un peu plus marquée en C6-C7, les discopathies étaient très modérément protrusives, sans hernie ni conflit radiculaire, le Dr [...] n'observait pas de canal cervical étroit, ni de canal lombaire étroit. Il relevait une hyperlordose sur la jonction lombo-sacrée avec une discopathie s'accompagnant d'une réaction inflammatoire de type Modic I en L5-S1, ainsi qu'une hernie discale paramédiane droite. L'intimée a également transmis à la Cour de céans un rapport du Dr [...], spécialiste en neurochirurgie, adressé à la Dre A. _____ le 7 mars 2018, dans lequel il retenait que la recourante souffrait de cervicalgies, céphalées et douleurs interscapulaires après un traumatisme en whiplash. Il se référait aux radiographies précitées et observait une musculature atrophique aux niveaux cervical et lombaire. Il préconisait

- 12 - essentiellement une « remusculation », par la marche en terrain accidenté ou dans l'eau. Enfin, la dernière pièce du bordereau était le rapport interne de Z. _____ de « présentation au médecin consultant », daté du 27 mars 2018, relatif à l'accident du 13 novembre 2017, dans lequel le nom du médecin ne figure pas, mais qui émanait du Dr U. _____ selon l'intimée. Ce médecin posait le diagnostic de décompensation de la masse musculaire dorso-lombaire au premier rapport médical et de distorsion de l'épaule gauche au deuxième rapport médical. Le rapport mentionne en outre que les diagnostics n'étaient « pas clairs » chez une patiente souffrant de lombalgies et dorsalgies chroniques et que le mécanisme lésionnel laissait penser à un trauma mineur qui aurait dû guérir après trois mois. Le médecin a ajouté : « À cette date, on considérera un statu quo sine. Fin de prestations accident au 28.2.18 ». Les pièces précitées ont été communiquées à la recourante le

E. 15

avril 2021. La recourante a déposé des déterminations le 12 juillet 2021, annoncées par un courrier précédent. Elle attirait l'attention de la Cour de céans sur deux arrêts récents du Tribunal fédéral (TF 8C_605/2020 du 8 juin 2021 et 8C_404/2020 du 11 juin 2021). Elle plaidait principalement l'existence d'un accident et subsidiairement l'existence d'une lésion assimilée à un accident au sens de l'art. 6 al. 2 LAA. Le conseil de la recourante a en sus transmis un relevé de ses horaires au 12 juillet 2021. E n d r o i t : 1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des

- 13 - assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. 2. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés 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. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si 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 134 V 418 consid. 5.2.1). Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1).

Conformément à l'art. 61 let. c et d LPGA, le juge des assurances sociales établit les faits et le droit d'office, et statue sans être lié par les griefs et conclusions des parties. Son devoir d'examen d'office est toutefois limité par celui des parties de collaborer à l'instruction de la cause, d'alléguer les faits déterminants et de motiver leurs conclusions. Le juge n'est pas tenu, en particulier, de soulever d'office toutes les questions de fait ou de droit qui pourraient théoriquement se poser en rapport avec l'objet du litige. Il peut se limiter à traiter les griefs soulevés, hormis lorsqu'une lacune de la décision litigieuse ressort clairement du dossier et que sa rectification aurait une influence notable sur l'issue du procès (ATF 119 V 347 consid. 1). b) Le litige porte sur le droit de la recourante aux prestations de l'assurance-accidents au-delà du 28 février 2018 s'agissant des suites

- 14 - de l'accident du 13 novembre 2017 (référence 332599/17), respectivement au-delà du 31 juillet 2018 s'agissant des suites de l'accident du 22 avril 2018 (référence 239433/18).

En l'espèce, la qualification des événements précités en tant qu'accidents n'a pas été niée par l'intimée, qui a d'ailleurs pris en charge les suites immédiates de ces deux événements. Le déroulement factuel exact des accidents, notamment celui du 13 novembre 2017 sur lequel les parties divergent dans leurs écritures, n'est donc pas déterminant. De même, la recourante considère que seul le plan somatique est problématique et l'intimée n'a pas évoqué l'expertise psychiatrique dans ses écritures. Ce volet ne sera donc pas examiné plus avant, ce d'autant plus au vu des conclusions formulées par l'expert psychiatre dans son rapport du 26 mars 2019. Le litige porte ainsi plus particulièrement sur la question de l'existence et de la durée d'un lien de causalité entre les lésions à l'épaule gauche de la recourante et les accidents successifs précités. 3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Selon l'art. 4 LPGA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort. b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose 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

- 15 - nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de 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, le cas échéant le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1

et les références citées). En effet, dans le domaine des assurances sociales, le juge 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 ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées). Il n'existe aucun principe juridique dictant à l'administration ou au juge de statuer en faveur de l'assuré en cas de doute (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et les références citées). 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 ; TF 8C_383/2018 du 10 décembre 2018 consid. 3.1). 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. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de

- 16 - probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; TF 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.1). c) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 ; TF 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.1 et les références citées). En cas d'atteinte à la santé physique, la causalité adéquate se confond généralement avec la causalité naturelle (ATF 138 V 248 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_220/2016 du 10 février 2017 consid. 7.3). d) En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Cependant, lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas ou plus la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine). A l'inverse, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (TF 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.2 et les références citées). 4. Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a

- 17 - recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne

peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4). 5. a) Dans un premier moyen, la recourante fait valoir que l'intimée était tenue de fournir ses prestations en cas de déchirure des tendons, conformément à l'art. 6 al. 2 LAA (cf. réplique du 24 septembre 2020). L'art. 6 al. 2 LAA, dans sa teneur au 1er janvier 2017 (applicable en vertu de l'art. 118 al. 1 LAA), prévoit que l'assurance alloue aussi ses prestations pour les lésions de déchirures de tendons, entre autres, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie. Ce n'est toutefois qu'uniquement en l'absence d'un accident au sens juridique que le cas doit être examiné sous l'angle de l'art. 6 al. 2 LAA (ATF 146 V 51 ; TF 8C_169/2019 du 10 mars 2020, consid. 5.2). En l'occurrence, la qualification des événements du 13 novembre 2017 et 22 avril 2018 en tant qu'accidents n'a pas été

- 18 - litigieuse. Il s'agit donc bien d'examiner le cas sous l'angle de l'art. 6 al. 1 LAA, et notamment de déterminer si l'exigence du lien de causalité naturelle et adéquate est remplie. Les deux jurisprudences récentes évoquées par la recourante dans sa dernière écriture portent sur la notion d'accident au sens juridique, qui n'est pas litigieuse en l'espèce, de sorte qu'elle ne saurait en tirer d'argument particulier. b) La recourante reproche par ailleurs à l'intimée de ne discuter que de l'accident du 22 avril 2018 dans sa décision du 20 février 2019 et de n'avoir cité que les constatations du Dr R. _____ relatives à cet accident dans cette décision. Pourtant, la décision du 20 février 2019 se rapporte clairement aux suites de l'accident du 22 avril 2018, sous référence 239433/2018. La décision sur opposition rendue le 21 février 2020 concerne, elle, les deux accidents, soit également celui du 13 novembre 2017, lequel a fait l'objet d'une décision en date du 7 mai 2018. Or, en cas d'accidents successifs, la jurisprudence permet à l'assureur de se prononcer ensuite en une seule décision sur opposition, de sorte qu'il ne saurait être reproché à l'intimée d'avoir procédé de la sorte (TF U 16/07 du 9 mai 2007 consid. 3.2 et réf. cit.). 6. En l'espèce, l'intimée a fait siennes les conclusions de l'expertise menée par le Dr R. _____, de sorte qu'il y a lieu d'analyser la valeur probante du rapport d'expertise du 29 janvier 2019. a) Le Dr R. _____ est spécialiste en chirurgie orthopédique, traumatologie de l'appareil locomoteur et en chirurgie de la main. Compte tenu des troubles somatiques de la recourante, ces compétences médicales étaient parfaitement indiquées pour l'expertise. Le médecin a procédé personnellement à l'examen de la recourante, le 18 janvier 2019, soit postérieurement aux deux accidents en cause et alors que la recourante présentait encore des douleurs et limitations. Il a établi l'anamnèse de la patiente, depuis son enfance, de manière complète. Le rapport tient compte des accidents précédents de la recourante, de son contexte socio-professionnel et des différents traitements qu'elle a suivis. L'expert a rendu compte des rapports médicaux, rapports d'IRM et autres

- 19 - examens au dossier. Il a détaillé les plaintes de la recourante, qu'il a classées par ordre d'importance décroissante. Le Dr R. _____ a interprété les documents d'imagerie du dossier, qui sont datés du 23 juin 2013 pour le plus ancien, au 28 mai 2018 pour le plus récent. Il a exposé ses observations et en particulier constaté l'absence de lésion traumatique objectivable. En particulier, le Dr R. _____ a indiqué que les deux IRM effectuées après les deux accidents dont il est question n'avaient pas montré de lésion traumatique fraîche ni d'état inflammatoire significatif pouvant expliquer les plaintes de la recourante. Il a indiqué, dans son interprétation de l'imagerie de l'épaule gauche du 5 janvier 2018, qu'il observait une arthrose acromio-claviculaire modérée et un acromion de type II à III. Il constatait également une tendinopathie interstitielle du sous-épineux associée à une amyotrophie grade I de son corps musculaire. Il ne relevait pas de lésion transfixiante. Selon lui, l'image était celle d'un conflit sous-acromial chronique modeste, manifestement ancien, sans lésion traumatique objectivable. S'agissant du rapport d'IRM de l'épaule gauche du 28 mai 2018, soit postérieur au second accident, l'expert a relevé qu'il retrouvait le remaniement dégénératif acromio-claviculaire, un acromion de type II avec pincement de l'espace sous-acromial, un remaniement kystique postérieur de la tête humérale et une tendinopathie interstitielle du sus-épineux avec une amyotrophie graisseuse grade I à II selon Goutallier. Dans son rapport, le Dr R. _____ a tenu compte du fait que l'épaule gauche demeurait douloureuse et limitée en mobilité. Cependant cette limitation fonctionnelle douloureuse ne pouvait selon lui plus être mise en lien de causalité pour le moins probable avec les accidents. En effet, seuls des troubles dégénératifs mineurs pouvaient être mis en évidence, de manière objectivée, au niveau de l'épaule gauche, de la colonne cervicale et de la colonne lombaire. En définitive, le statu quo sine des deux contusions bénignes dont avait souffert la recourante en raison des accidents précités avait pu être retrouvé trois mois après chacun des accidents.

- 20 - b) La recourante argue que les avis des Dr A. _____, N. _____ et P. _____ divergent de celui du Dr R. _____ et que l'avis de ce dernier ne serait donc pas probant.

aa) La Dre A. _____, médecin traitant de la recourante, avait tout d'abord diagnostiqué un lumbago, par certificat du 6 décembre 2017, faisant suite à l'accident du 13 novembre 2017, soit un trouble qui ne concerne pas l'épaule. Elle a d'ailleurs indiqué que sa patiente avait senti une douleur dans le dos lors de l'accident, ce qu'elle a confirmé dans son rapport du 18 décembre 2017. Dans ce dernier rapport, le médecin ne mentionne l'épaule que pour signaler que les deux épaules sont douloureuses à la palpation. Elle a en outre indiqué que l'accident avait aggravé les symptômes, ce qui suppose qu'ils étaient préexistants. Le 1er mars 2018, soit trois mois et demi après l'accident, la Dre A. _____ a posé le diagnostic de distorsion de l'épaule gauche. Elle n'a pas étayé ce diagnostic outre l'indication que la recourante avait des douleurs. Le rapport d'IRM de l'épaule gauche, effectuée le 5 janvier 2018 a révélé que les tendons sous-épineux, sous-scapulaire, petit-rond et long biceps étaient intacts de lésions. Il était en revanche relevé l'existence d'un acromion et la présence de liquide évoquant une bursite et un signal oedématisé du péri-tendon du sus-épineux, ce qui posait un diagnostic différentiel entre un status après étirement ou une petite déchirure partielle superficielle et une origine inflammatoire. Il paraît dès lors peu vraisemblable voire impossible que la recourante ait souffert d'une déchirure d'un ou de plusieurs tendons à la suite de l'accident du 13 novembre 2017. À tout le moins, les séquelles d'une telle lésion éventuelle auraient alors manifestement disparu avant l'IRM. On ne saurait donc suivre la recourante sur ce point. Selon l'intimée, le Dr U. _____, médecin-conseil de Z. _____, avait estimé que l'accident du 13 novembre 2017 n'avait que décompensé

momentanément des atteintes d'origine malade. En réalité, à la lecture de l'avis de ce médecin, du 27 mars 2018, il appert qu'il a considéré que le mécanisme lésionnel laissait penser à un trauma mineur qui aurait dû guérir après trois mois. Cet avis est compatible avec les documents

- 21 - d'imagerie précitées et la Dre A._____ ne posait pas, à ce stade, de diagnostic précis et motivé qui s'inscrive en contradiction avec ces constatations. Les observations du Dr N._____, à la suite de la consultation de la recourante le 26 avril 2018, postérieure au second accident considéré, ne contredisent pas non plus ce qui précède. Le Dr N._____ a observé des rachialgies diffuses, dans le contexte d'une discopathie sous- jacente modérée et sans conflit disco-radulaire. Il relevait la probable diminution du seuil de la douleur de la recourante. La Dre A._____ a également mentionné cet élément, le 18 mars 2019 (« Madame D._____ a en général une sensibilité accrue aux douleurs »). La Dre A._____ a retenu pour la première fois le diagnostic de déchirure partielle du tendon supra-épineux par rapport du 30 mai 2018, en se basant sur l'IRM effectuée deux jours plus tôt. Or, le rapport de d'IRM de l'épaule gauche du 28 mai 2018 – pratiquée plus d'un mois après l'événement du 22 avril 2018 - concluait à une pathologie de la coiffe des rotateurs, avec une atteinte essentiellement du tendon supra- épineux qui présentait une déchirure partielle de sa face superficielle, sans lésion transfixiante, ni de rétraction tendineuse, à une probable capsulite rétractile et une bursite sous-acromio-deltoïdienne, ainsi qu'un contexte d'arthrose acromioclaviculaire, d'acromion de type Bigliani II de pente antérieure. Après avoir pris connaissance du rapport radiologique, la Dre A._____ a retenu le diagnostic de tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche avec inflammation (cf. rapport médical initial LAA du 13 juillet 2018). Dans le cadre de son expertise, le Dr R._____ a estimé qu'aucune lésion anatomique objectivable n'avait pu être démontrée sur le plan orthopédique et imputée aux événements accidentels des 13 novembre 2017 et 22 avril 2018. L'expert a fait état d'une capsulite rétractile au niveau de l'épaule gauche, mais a relevé l'absence de lésion traumatique fraîche ou d'état inflammatoire pouvant expliquer les plaintes de l'assurée. Quoiqu'en dise la recourante, l'expert a tenu compte des différents troubles à l'épaule gauche, soit la tendinopathie interstitielle et la capsulite rétractile.
L'appréciation du

- 22 - Dr P._____ se fondait principalement sur les déclarations de la recourante selon lesquelles elle aurait ressenti des douleurs après l'accident. Or, ce spécialiste n'a vu l'intéressée pour la première fois que neuf mois après le dernier événement. De plus, il n'était pas sa position avec des éléments objectifs. En particulier, il affirme que la capsulite rétractile serait post-traumatique, sans autre explication. Quant au second rapport du Dr N._____ du 22 mars 2019, il est à relever que le terme « post-traumatique », dont les parties tirent des interprétations divergentes, ressort en réalité de la description des affections pour lesquelles la recourante lui a été adressée. Ce médecin expose qu'il retient un schéma capsulaire et une bursite, ce qui a été pris en compte par le Dr R._____. Le Dr N._____ mentionne enfin qu'il est « plausible » selon lui que la capsulite soit consécutive à un traumatisme, cependant cette formulation et la motivation sommaire qui y est rattachée ne permettent pas de jeter le doute sur l'expertise, au vu du degré de vraisemblance requis, comme rappelé ci-avant. En tout état de cause, il est pour le moins étonnant que la recourante, qui a été examinée par le Dr N._____ le 26 avril 2018, soit quatre jours après l'événement du 22 avril 2018 (cf. rapport du 18 mai 2018), n'ait fait état ni de ce nouvel accident, ni d'une quelconque aggravation de l'épaule gauche. La

recourante a ainsi démontré qu'elle ne considérait pas cet événement comme majeur, la déclaration d'accident n'ayant été de surcroît complétée que le 28 mai 2018. bb) La recourante fait valoir le fait qu'elle n'était pas guérie le 28 février 2018. Ce faisant, elle méconnaît les principes jurisprudentiels rappelés ci-avant, qui situent la fin de l'obligation de prise en charge de l'assureur lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) et non au moment de la guérison (consid. 3d). De surcroît, en ce que la recourante se prévaut du fait qu'elle « n'avait jamais eu le moindre problème aux épaules avant cet événement du

- 23 - 13 novembre 2017 », elle applique un raisonnement post hoc ergo propter hoc, insuffisant à établir un lien de causalité (consid. 3b). cc) La recourante argue que l'intimée aurait fixé de manière abstraite et théorique le moment du statu quo sine à la suite des deux accidents litigieux et se réfère à l'arrêt TF 8C_481/2019. Or, le cas d'espèce diffère de l'arrêt précité à plusieurs égards. Tout d'abord, in casu, une déchirure transfixiante des tendons n'a précisément pas été objectivée sur la base des documents d'imagerie médicale. Le Dr R. _____ s'est déterminé en pleine connaissance du dossier médical de la recourante et en procédant à un examen clinique. Ce faisant, il s'est basé sur de nombreux éléments médicaux objectifs, au contraire de qui avait été le cas dans la jurisprudence citée. Il ne saurait donc être fait grief à l'intimée sur ce point. c) Au vu de ce qui précède, le rapport d'expertise du Dr R. _____ peut se voir reconnaître une pleine valeur probante. En effet, cette expertise remplit les réquisits jurisprudentiels rappelés ci-avant (consid. 4). L'appréciation du Dr R. _____ a été établie en pleine connaissance de l'anamnèse et des pièces du dossier, après un examen clinique de l'assurée et faisant état de ses plaintes. Ses conclusions sont en outre claires et motivées. d) Partant, il sied de retenir, à l'instar de l'intimée, qu'aucune lésion anatomique objectivable n'est susceptible d'être imputée aux accidents des 13 novembre 2017 et 22 avril 2018. Chacun des accidents subis par la recourante, qu'il ne s'agit au demeurant pas de minimiser, a déclenché une exacerbation douloureuse, toutefois seuls des troubles dégénératifs mineurs ont pu être objectivés. Le lien de causalité entre les troubles de la recourante et les deux accidents en cause, fondant l'obligation de prise en charge par l'intimée, s'est éteint trois mois après chacun de ces deux accidents. 7. Le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a pas lieu de donner suite à la

- 24 - requête d'instruction complémentaire de la recourante relative à la mise en œuvre d'une expertise, qui n'est dès lors pas justifiée et doit être rejetée. En effet, cette mesure ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent (appréciation anticipée de preuves ; ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 et la jurisprudence citée). 8. a) Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition rendue le 21 février 2020 par Z. _____ confirmée. b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020, applicable conformément à l'art. 82a LPGA), ni d'allouer de dépens, dès lors que la recourante n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA a contrario).