

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 14 mai 2013

Présidence de Mme THALMANN
Juges : Mme Dessaux et M. Bidiville, assesseur
Greffière : Mme Mestre Carvalho

Cause pendante entre :

D._____, à [...], recourante,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à
Lucerne, intimée.

Art. 4 et 43 LPGA; art. 6 al. 1 LAA.

E n f a i t :

A. D._____ (ci-après : l'assurée), née en 1965, travaillait comme nettoyeuse au service de Z._____ SA. A ce titre, elle était assurée contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou la SUVA).

Aux termes d'une déclaration de sinistre du 20 mars 2012, l'employeur précité a informé la CNA que le 15 mars 2012, sur son lieu de travail, alors qu'elle nettoyait des vitres en étant montée sur un escabeau, l'assurée avait perdu l'équilibre et était tombée, la partie du corps atteinte étant le coude droit et le type de lésion une inflammation. Il était également mentionné que le travail avait été interrompu le 16 mars 2012 et repris le 27 mars 2012.

Dans un rapport du 12 avril 2012, le Dr T._____, radiologue, a indiqué qu'un scanner du coude droit s'était révélé sans particularité. Il n'y avait pas de lésion post-traumatique ostéo-articulaire au niveau du coude droit et plus particulièrement concernant l'épitrôchlée, et les espaces articulaires, la structure osseuse ainsi que les parties molles étaient sans particularité.

Dans un rapport du 20 avril 2012 consécutif à un électroneuromyogramme (ENMG), la Dresse L._____, neurologue, a posé le diagnostic de tunnel carpien bilatéral prédominant à droite. Elle a en outre indiqué ce qui suit :

"Anamnèse :

Le 15.03.2012, la patiente fait une chute vers 11h, avec réception sur le coude D. D'emblée elle présente une douleur sur la face d'extension du coude D qui va s'exacerber vers 15h, avec augmentation du volume du coude D et apparition de troubles sensitifs (hypoesthésie et paresthésies) dans les 2 derniers doigts de la main D et l'hypothenar D. Il n'y a pas clairement de faiblesse ni de diminution de la dextérité manuelle, les mouvements étant simplement gênés par les douleurs.

La symptomatologie douloureuse et les troubles sensitifs diminuent ensuite mais sans disparaître.

La patiente n'a pas d'autres antécédents neurologiques notables.
[...]

Discussion :

Cette patiente a fait une chute avec réception sur le coude D le 15.03.2012 et se plaint depuis lors, de douleurs handicapantes au niveau du coude D ainsi que de troubles sensitifs au niveau des 2 derniers doigts de la main D ainsi que de l'hypothenar D.

L'examen clinique confirme la présence d'une hypoesthésie subjective tactoalgique prédominant sur le bord cubital de la main D et de l'avant-bras D, mais mal systématisable, sans atteintes motrices notables, l'examen étant cependant difficile en raison de lâchages antalgiques.

L'ENMG ne montre pas d'atteinte du nerf cubital D significative, mais uniquement des anomalies en faveur d'un tunnel carpien bilatéral prédominant à D probablement sans rapport avec les plaintes actuelles de la patiente.

Je pense que si vous voulez éclaircir l'origine des plaintes de la patiente un examen radiologique tel qu'une IRM ou un US du coude D serait judicieux."

Le 8 mai 2012, le Dr H._____, spécialiste en médecine interne générale, a répondu au questionnaire que lui avait adressé la CNA en posant le diagnostic de contusion au coude droit et tunnel carpien bilatéral, sous réserve de l'avis du Dr J.____ (spécialiste en chirurgie plastique et reconstructive et en chirurgie de la main). Il a en outre mentionné que l'épicondyle du coude droit était toujours aussi douloureux mais que la mobilité était complète, et que la douleur irradiait jusqu'au poignet droit avec paresthésie. Il a également constaté une diminution de la sensibilité du 5^{ème} doigt.

Le 5 juillet 2012, le Dr J.____ a répondu au questionnaire de la CNA comme il suit :

"1. Constatations précises et détaillées lors de la consultation du 08.05.2012

Douleur à la tabatière anatomique droite. Pas de douleur à la manoeuvre du piston, mobilisation en extension bonne.

Au niveau du tunnel carpien : Tinel positif, Phalen positif à 10 secondes. Hyposensibilité 1 à 3. Les radiographies du scaphoïde faites le 09.05.2012 n'ont pas révélé de confirmation de la suspicion de fracture du scaphoïde. Il s'agit donc d'une contusion du poignet.

2. Evolution

Le 13.06.2012, amélioration du tunnel carpien post traumatique. Présence d'une névrite du nerf cubital du même côté.

3. Résultats d'investigations pratiquées

Voir susmentionné.

4. Diagnostic(s) exact(s)

- 1) Syndrome du tunnel carpien post traumatique droit.
- 2) Névrite du nerf cubital droit positionnel probablement.

5. Traitements entrepris

Conservateur. La patiente a été renvoyée au docteur H. _____, son médecin traitant.
Proposition le 13.06.2012.

6. Incapacité de travail prévue

13/06/2012 pendant 1 mois à 50%
Puis 0% à partir du 14/07/2012

7. Traitement encore à envisager

8. Facteurs étrangers à l'accident (si oui, préciser leur nature et importance)

9. Remarques"

Dans une appréciation médicale du 24 juillet 2012, le Dr X. _____, médecin d'arrondissement de la CNA, a indiqué notamment ce qui suit :

"3. Appréciation

Cette assurée a déclaré un événement le 20.3.2012.

Selon les informations médicales, elle aurait présenté un traumatisme de son coude D et une simple traumatologie neurologique accompagnante. Les examens effectués dans les suites de cet événement ont mis en évidence un tunnel carpien bilatéral, prédominant à droite. Aucune indication chirurgicale n'est retenue pour l'instant par le Dr J. _____.

En ce qui concerne la capacité de travail actuelle, le Dr J._____ propose une reprise du travail à partir du 14.7.2012. La reprise du travail dans sa profession de nettoyeuse **n'est pas compromise**.

Un examen à l'agence n'est donc pas indispensable à l'heure actuelle.

Il est à noter que la patiente présente une lésion neurologique bilatérale qui est, a priori, non symptomatique à gauche. Cette pathologie a pu être décompensée de façon temporaire par un traumatisme au mois de mars.

À 4 mois de l'événement traumatique, les effets délétères de cet événement sont éteints, et ceci définitivement."

Par décision rendue le 25 juillet 2012, la CNA, se fondant sur l'appréciation du Dr X._____, a considéré que les troubles subsistant à la date de la décision étaient exclusivement de nature malade et a clos le cas au 31 août 2012.

L'assurée s'est opposée à cette décision le 21 août 2012.

Entre-temps, dans un rapport médical intermédiaire du 17 juillet 2012 réceptionné par la CNA le 30 juillet suivant, le Dr H._____ a mentionné une évolution douloureuse sur le territoire cubital gauche, la reprise de travail s'étant soldée par un échec. Vu l'évolution, il a indiqué avoir réadressé l'assurée au Dr J._____.

Par envoi du 12 septembre 2012, le Dr J._____ a notamment transmis les pièces suivantes à la CNA :

- un rapport d'examen radiologique du 9 mai 2012 émanant du Dr T._____ et indiquant ce qui suit :

"POIGNET DROIT FACE PROFIL ET INCIDENCES DU SCAPHOÏDE

Pas de lésion post-traumatique ostéo-articulaire radiologiquement visible au niveau du poignet droit après chute le 15.03.12. Les espaces articulaires, la structure osseuse et les parties molles sont sans particularité.

Si la symptomatologie persistait, un éventuel examen IRM pourrait compléter le bilan pour mieux préciser le diagnostic."

- un rapport établi le 10 juillet 2012 par la Dresse R._____, radiologue, à la suite d'une imagerie par résonance magnétique (IRM) du coude droit, objectivant des signes d'inflammation modérée en regard de l'insertion du tendon extenseur commun des doigts évoquant une épicondylite latérale.

Dans une appréciation médicale du 25 septembre 2012, le Dr X._____ a écrit notamment ce qui suit :

"3. Appréciation

Rappelons que cette assurée a déclaré un événement le 15.03.2012, à la suite d'une chute d'un escabeau. L'assurée a été vue par son MT et par une neurologue, suivis de quelques examens radiographiques, pratiqués dans les suites. En absence de lésion durable post-traumatique, la Suva a mis fin aux prestations le 31.08.2012.

Rappelons que le Dr J._____ a évalué l'assurée le 5.7.2012. Il a constaté un syndrome du tunnel carpien post-traumatique avec une névrite du nerf cubital. Selon ce médecin, la reprise de travail est possible à partir du 14.7.2012. Il affirme également que la reprise du travail dans la profession de nettoyeuse n'est pas compromise. Les lésions constatées par le Dr J._____ ont été suivi[e]s d'une symptomatologie, acceptée et prise en charge par la Suva. Toutefois, à 4 mois de l'événement, on peut aisément considérer que les effets délétères de ce traumatisme sont éteints. Mon analyse est confortée par l'avis du neurologue qui propose une reprise du travail le 14.7.2012. Ainsi je ne peux qu'adhérer à l'avis du spécialiste en neurologie.

L'assurée fait opposition et apporte des éléments radiologiques nouveaux au dossier : l'IRM du 10.07.2012 et la radiographie du 09.05.2012. Il est à souligner que sur les examens radiologiques effectués apportés par l'assurée après son opposition à la Suva, aucune lésion traumatique durable susceptible de faire durer la symptomatologie du tunnel carpien bilatéral prédominant à droite n'a été mise en évidence par les radiologues.

L'absence de traumatisme déterminant sur des lésions constatées par le Dr J._____ et évaluées lors de ma précédente appréciation justifi[e] le retour à l'état antérieur, décidé par la Suva au 31.08.2012, 4 mois et demi après l'événement déclaré.

En conclusion, les éléments apportés par l'assurée à titre d'opposition ne modifient pas mon appréciation du 24.07.2012."

Dans un rapport du 9 octobre 2012, le Dr B._____, médecin assistant à la Permanence de K._____, a indiqué ce qui suit :

"1. Constatations actuelles :

Patiente de 47 ans, femme de ménage, droitère, qui suite à une chute le 15.3.12 présente des douleurs persistantes au niveau du coude droit.

2. Status :

Douleur à la palpation de l'épicondyle latéral coude droit, douleur extension carpe-doigts longs avec coude en extension-pronation. Pas de signe de luxation du nerf cubital mais Tinel douteux. Intrinsèques : sp. Signe de Froment négatif.

ENMG du 19.4.2012 : pas d'atteinte du nerf cubital D significative mais uniquement des anomalies en faveur d'u[n] tunnel carpien bilatéral prédominant à droite, probablement sans rapport avec les plaintes actuelles.

IRM coude droit du 10.7.12 : signes d'inflammation modérée en regard de l'insertion du tendon extenseur commun des doigts évoquant une épicondylite latérale.

3. Diagnostics :

1. Epicondylite latérale D
2. Irritation nerf cubital D
3. Probable tunnel carpien débutant ddc prédominant à droite

4. Traitements entrepris :

Patiente allergique à la Cortisone, on procède donc à une infiltration de l'épicondyle latéral au niveau de l'insertion du tendon extenseur commun des doigts avec du PRP (platelets riched plasma) et immobilisation dans une attelle BAB 70°

5. Incapacité de travail :

2 semaines à partir du 9.10.2012

6. Traitement encore à envisager :

Prochain contrôle dans 2 semaines

7. Facteurs étrangers à l'accident :

--"

Dans une appréciation médicale du 6 novembre 2012, le Dr X. _____ a notamment indiqué ce qui suit :

"3. Appréciation

Rappelons que lors de mon appréciation du 25.9.2012, j'avais conclu que cette assurée présentait un syndrome du canal carpien avec une névrite associée au nerf cubital.

La dernière évaluation effectuée par un médecin de la clinique de K. _____ à [...], établissement spécialisé dans la chirurgie du membre supérieur, met en évidence une **épicondylite latérale D**.

Rappelons que l'épicondylite est une affection non traumatique et qu'elle ne peut pas être mise en relation de causalité pour le moins probable avec un événement traumatique du 15.3.2012."

Par décision sur opposition du 12 décembre 2012, la CNA a confirmé son premier prononcé. Elle a notamment considéré ce qui suit :

"4.

En conclusion de son appréciation du 24 juillet 2012, le Dr X._____, médecin d'arrondissement, a certifié qu'à quatre mois de l'accident les effets délétères de celui-ci sont définitivement éteints. La chute a uniquement décompensé de façon temporaire la lésion neurologique bilatérale présentée par l'assurée. Après avoir pris connaissance du dossier radiologique, le Dr X._____ s'est confirmé dans ses conclusions et souligné que les examens radiologiques n'ont montré aucune lésion durable susceptible de faire durer la symptomatologie du tunnel carpien. L'absence de traumatisme déterminant sur les lésions constatées justifie le retour à l'état antérieur, quatre mois après l'accident.

5.

Le 9 octobre 2012, l'assurée a été examinée à la Clinique K._____, où les diagnostics d'épicondylite droite, d'irritation du nerf cubital droit et de probable tunnel carpien débutant des deux côtés, prédominant à droite ont été retenus. Le 6 novembre 2012, le Dr X._____ est arrivé à la conclusion que l'épicondylite est une affection non traumatique et partant ne peut pas être mise en relation avec l'accident.

6.

Dès lors qu'il n'existe aucun élément permettant de douter du bien-fondé de l'avis émis en toute connaissance de cause par le médecin d'arrondissement, force est de lui accorder entière valeur probante et d'admettre que c'est à bon droit que la Suva [...] a mis un terme au versement des prestations d'assurance au 31 août 2012. Le fait qu'avant l'accident l'assurée n'avait jamais eu de problèmes au bras droit n'a aucune influence sur l'issue de la présente procédure. Selon une jurisprudence constante, un raisonnement fondé sur l'adage "post hoc, ergo propter hoc" (après celui-ci, donc à cause de celui-ci) ne permet pas d'établir un lien de causalité naturelle au degré de la vraisemblance prépondérante exigé en matière d'assurances-sociales et ne saurait être admis comme moyen de preuve (ATF 119 V 335, cons. 2b/bb; arrêt du TF 8C_6/2009 du 30.7.2009, cons. 3).

7.

Sur le vu de tout ce qui précède, la décision querellée doit être confirmée et l'opposition rejetée. [...]"

B. Le 11 janvier 2013, D._____ a recouru contre cette décision en concluant implicitement à la prise en charge de son cas par la CNA au-

delà du 31 août 2012. Elle a produit plusieurs certificats médicaux attestant des incapacités de travail suivantes :

100%	du 16 mars 2012 au	17 juin 2012
50%	du 18 juin 2012 au	24 juin 2012
100%	du 27 juin 2012 au	21 octobre 2012
50%	du 22 octobre 2012 au	4 novembre 2012

Par réponse du 18 février 2013, la CNA a conclu au rejet du recours.

Dans sa réplique du 9 mars 2013, la recourante a maintenu ses conclusions. Elle a notamment allégué qu'après avoir été opérée à la Clinique de K. _____ le 1^{er} octobre 2012, elle avait ensuite pu reprendre son travail à 50% le 22 octobre 2012 et à 100% depuis le 5 novembre 2012, date à partir de laquelle elle n'avait plus eu de problèmes.

L'intimée a confirmé ses conclusions dans sa duplique du 11 avril 2013.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents, RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 LPGA). Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. I LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. LPA-VD).

c) 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; il est donc recevable.

2. Le litige porte sur le droit éventuel de la recourante à la prise en charge de son cas par l'intimée au-delà du 31 août 2012.

a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, sauf disposition contraire de la loi, 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 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; 402, consid. 4.3.1; 119 V 335, consid. 1; 118 V 286, consid. 1b, et les références).

Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans la survenance de l'accident (*statu quo sine*; cf. TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009, consid. 2.3). 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*; cf. ATF 119 V 335, consid. 2b/bb; TF 8C_6/2009 du 30 juillet 2009, consid. 3). 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 (TF 8C_262/2008 du 11 février 2009, consid. 2.2).

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 (TF U 307/05 du 8 janvier 2007, consid. 4; TFA U 222/04 du 30 novembre 2004, consid. 1.3).

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; 402, consid. 2.2; 125 V 456, consid. 5a, et les références).

3. a) Pour pouvoir se prononcer sur le droit à des prestations, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256, consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1 et les autres références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256, consid. 4; 115 V 133, consid. 2; 114 V 310, consid. 2c; 105 V 156, consid. 1; TFA I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007, consid. 2.1).

L'assureur social - et le juge des assurances sociales en cas de recours - 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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353, consid. 5b; 125 V 351, consid. 3a; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008, consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur

des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231, consid. 5.1; 125 V 351, consid. 3a; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis du médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et qu'il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465).

b) Selon l'art. 43 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit (al. 1). L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (al. 2). Conformément au principe inquisitoire régissant la procédure dans le domaine des assurances sociales, il appartient en premier chef à l'administration de déterminer, en fonction de l'état de fait à élucider, quelles sont les mesures d'instruction qu'il convient de mettre en œuvre dans un cas d'espèce donné. Elle dispose à cet égard d'une grande liberté

d'appréciation. Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (cf. TF U 316/06 du 6 juillet 2007 consid. 3.1.1). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007, consid. 3.2).

Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (voir TF U 571/06 du 29 mai 2007, consid. 4.2, in SVR 2007 UV n° 33 p. 111; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2^{ème} édition, Zurich 2009, n° 12 et 17 ad art. 43 LPG, pp. 547 s.). Selon la jurisprudence, le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (ATF 137 V 210; ATF 122 V 157, consid. 1d; RAMA 1993 n° U 170 p. 136 et la critique de G. Aubert parue in SJ 1993 p. 560).

Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008, consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170, consid. 2). Le Tribunal fédéral a récemment précisé cette jurisprudence,

en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative (ATF 137 V 210, consid. 4.4.1.4).

4. En l'espèce, le Dr X._____ (rapports des 24 juillet, 25 septembre et 6 novembre 2012) a retenu que la recourante présentait une lésion neurologique bilatérale, a priori non symptomatique à gauche, et que cette pathologie avait pu être décompensée de façon temporaire par un traumatisme au mois de mars, mais qu'à quatre mois de l'événement traumatique, les effets délétères de cet événement étaient définitivement éteints. Il a estimé que les examens radiologiques (IRM du 10 juillet 2012 et radiographies du 9 mai 2012) n'avaient pas mis en évidence de lésion traumatique durable susceptible de faire durer la symptomatologie du tunnel carpien bilatéral prédominant à droite. En ce qui concerne l'épicondylite, il a considéré qu'il s'agissait d'une affection non traumatique et qu'elle ne pouvait pas être mise en relation de causalité pour le moins probable avec l'événement traumatique du 15 mars 2012.

La Dresse L._____ (rapport du 20 avril 2012) a posé le diagnostic de tunnel carpien bilatéral prédominant à droite, probablement sans rapport avec les plaintes actuelles de la recourante. Elle a indiqué que suite à sa chute, la recourante avait d'emblée présenté une douleur sur la face d'extension du coude droit allant en s'exacerbant avec une augmentation du volume de ce coude et l'apparition de troubles sensitifs (hypoesthésie et paresthésies) dans les deux derniers doigts de la main droite et l'hypothenar droit. Elle a ajouté que pour éclaircir l'origine des plaintes un examen radiologique serait judicieux. Le Dr H._____ (rapport du 8 mai 2012) a posé les diagnostics de contusion au coude droit et tunnel carpien bilatéral, l'épicondyle du coude droit étant toujours aussi douloureux mais la mobilité étant complète et la douleur irradiant jusqu'au poignet droit avec paresthésie. Il a également constaté une diminution de la sensibilité du 5^{ème} doigt. Le Dr J._____ (rapport du 5 juillet 2012) a posé les diagnostics de syndrome du tunnel carpien post-traumatique

droit et névrite du nerf cubital droit positionnel probablement, estimant que le travail pouvait être repris à 100% dès le 14 juillet 2012. Il n'a retenu aucun facteur étranger à l'accident. Le 17 juillet 2012, le Dr H. _____ a mentionné une évolution douloureuse sur le territoire cubital gauche, la reprise de travail s'étant soldée par un échec. Enfin, le Dr B. _____ (rapport du 9 octobre 2012) a posé les diagnostics d'épicondylite latérale droite, irritation du nerf cubital droit et probable tunnel carpien débutant des deux côtés prédominant à droite, et a procédé à une infiltration. Il n'a pas non plus mentionné de facteurs étrangers à l'accident.

Il apparaît ainsi que les différents médecins qui ont examiné la recourante posent certes les mêmes diagnostics, le Dr B. _____ ajoutant celui d'épicondylite, mais différent quant au lien de causalité entre les troubles constatés et l'accident. Si l'on suit le Dr X. _____, on doit admettre uniquement que l'accident a momentanément décompensé un trouble préexistant. En revanche, tant le Dr J. _____ que le Dr B. _____ ne retiennent aucun facteur étranger à l'accident, ce qui conduirait à considérer que les affections dont a souffert la recourante sont dues à l'accident au-delà du 31 août 2012. Comme aucun des praticiens n'a étayé ses conclusions, il n'est pas possible à la Cour de céans de statuer à satisfaction de droit.

L'instruction menée par l'intimée est ainsi lacunaire, ces points essentiels n'ayant pas été élucidés. Il convient dès lors d'admettre le recours et de renvoyer la cause à la CNA pour instruction complémentaire sous la forme d'une expertise (art. 44 LPG), laquelle devra notamment porter sur les affections somatiques dont est atteinte la recourante et leur lien de causalité avec l'accident.

5. a) En définitive, le recours doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants puis nouvelle décision.

b) La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires. La recourante, qui obtient gain de cause sans l'assistance d'un mandataire professionnel, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD).

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

I. Le recours est admis.

II. La décision sur opposition rendue le 12 décembre 2012 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision.

III. L'arrêt est rendu sans frais ni dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- D. _____,
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours

constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :