

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 27 mars 2014

Présidence de Mme DI FERRO DEMIERRE
Juges : M. Métral et M. Bidiville, assesseur
Greffière : Mme Barman Ionta

Cause pendante entre :

L. _____, à Lausanne, recourante,

et

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

Art. 6 al. 1 LAA, 11 OLAA

En fait :

A. L._____ (ci-après : l'assurée), née en 1971, travaillait depuis septembre 2006 en qualité d'aide-isoleuse pour le compte de la société [...] SA, à [...]. A ce titre, elle était assurée auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA) contre le risque d'accidents et de maladie professionnelle, dans le cadre de la LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20).

Par déclaration de sinistre LAA du 9 janvier 2007, l'assurée a annoncé à la CNA avoir subi une luxation de l'épaule droite le 3 janvier 2007, dans le contexte d'un accident de travail (chute d'une échelle). Les radiographies de la colonne cervicale, de l'épaule, du coude, de l'avant-bras et de la main, effectuées le jour même à l'Hôpital de [...], n'ont révélé aucune lésion osseuse. L'ultrason de l'épaule droite, réalisée le 17 janvier suivant, faisait apparaître une forte suspicion de lésion partielle du sous-scapulaire, éventuellement du sus-épineux.

En raison de douleurs persistantes à l'épaule droite, l'assurée a été adressée au Département de chirurgie orthopédique de l'Hôpital de [...]. Dans un rapport médical du 24 janvier 2007, le Dr B._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé les diagnostics de douleurs à l'épaule, l'omoplate et la nuque droites après contusion sur chute d'une échelle le 3 janvier 2007, de contusions de l'articulation acromio-claviculaire à droite et de distorsion de la colonne cervicale basse. Il relatait les plaintes de l'assurée, soit des vertiges à la suite de l'accident et des douleurs de l'épaule avec irradiation vers la nuque, le bras et l'omoplate. L'examen clinique mettait en évidence une épaule calme avec une excellente mobilité active et passive, avec une bonne force pour la coiffe des rotateurs. Le Dr B._____ recommandait un traitement conservateur, pour le moment médicamenteux, et des traitements anti-douleurs par des massages, de la physiothérapie ou autres. Il attestait une incapacité de travail totale jusqu'au prochain contrôle chez le médecin traitant.

Le 7 mars 2007, une arthrographie et une arthro-IRM de l'épaule droite ont été réalisées par le Dr H._____, spécialiste en radiologie. Il apparaissait une petite lésion partielle non transfixiante intéressant les fibres profondes antéro-distales du sus-épineux et une arthrose acromio-claviculaire avec un acromion de type II pouvant être à l'origine d'un syndrome sous-acromial. Aucune lésion du tendon du sous-scapulaire n'était visible lors de l'examen.

Un examen neurologique a été pratiqué le 14 mars 2007, lequel n'a révélé aucune lésion neurogène.

Après avoir examiné l'assurée le 17 avril 2007, le Dr J._____, médecin d'arrondissement de la CNA, a rédigé un rapport aux termes duquel il rappelait la petite lésion du tendon du sus-épineux, mentionnait la persistance d'une légère limitation fonctionnelle et considérait l'incapacité de travail totale comme justifiée. En accord avec l'assurée, un complément de physiothérapie allait être mis en œuvre à la Clinique romande de réadaptation à Sion (ci-après : la CRR).

L'assurée a séjourné à la CRR du 22 mai au 20 juin 2007. Le 31 mai 2007, elle a été vue en consilium par le Dr S._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, médecin-chef à la CRR. Rappelant le traumatisme de la ceinture scapulaire présenté par l'assurée en janvier 2007, le Dr S._____ faisait état d'une mobilité articulaire libre et symétrique, d'un testing des tendons de la coiffe des rotateurs normal, d'une articulation acromio-claviculaire indolore à la palpation et à la mobilisation, et de l'absence de signe d'atrophie. Le bilan radiologique confirmait la discrète tendinopathie du sus-épineux. Dans un rapport du 18 juin 2007, le physiothérapeute observait une patiente indépendante dans toutes les activités de la vie quotidienne, dans la clinique et à l'extérieur. Le seul facteur limitant était la douleur ; l'assurée se plaignait de douleurs au niveau du pourtour de l'omoplate et au niveau antérieur de l'épaule. Le Dr C._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, médecin-chef à la CRR, a posé le diagnostic de trouble de l'adaptation avec à la fois anxiété

et dépression. Au terme d'un consilium psychiatrique du 30 mai 2007, il discutait la situation comme suit :

« Cette ressortissante portugaise de 36 ans est examinée dans le contexte d'une contusion de l'épaule droite le 03.01.2007 (chute au travail). L'anamnèse est marquée par le décès du père lorsqu'elle avait 13 ans et le fait d'avoir toujours dû travailler dur, beaucoup et depuis très tôt. Il y a aussi la notion d'une schizophrénie chez un frère. Enfin, cette personne rapporte un état dépressif d'épuisement probablement en 2003, dans le contexte d'un problème ORL résolu par une opération de la cloison nasale.

Le problème actuel est la chute sur l'épaule droite le 03.01.2007 et l'évolution vers une tendinopathie du supra-épineux (IRM du 07.03.2007). Cette personne n'a pas pu reprendre son travail dans le bâtiment. Le contexte significatif est celui de tensions avec son ami qui se sont manifestées dès l'arrivée en Suisse. Le bilan de l'émigration est donc très négatif. La patiente est très isolée en Suisse et ne parle pas français.

Si un suivi psychothérapeutique n'est pas possible en raison des problèmes de langue, il faudrait tenter de le mettre en place après la sortie. Il pourrait être déterminant sur l'évolution de la situation. Une médication psychotrope ne me paraît pas utile, en l'absence de trouble du sommeil et de perte de poids significative. Nous estimerons à la sortie l'impact qui doit être donné au trouble psychiatrique sur la capacité de travail. »

Se référant aux différents bilans et investigations résultant du séjour de l'assurée, les Drs X._____ et G._____, médecin associé respectivement médecin-assistant à la CRR, ont établi leur rapport le 9 juillet 2007. Ils posaient les diagnostics de contusion de l'épaule droite et de discrète tendinopathie du muscle supra-épineux droit, et mentionnaient un trouble de l'adaptation avec anxiété et dépression à titre de comorbidité. A l'examen clinique, il y avait une hypertonie marquée de la musculature périscapulaire droite, en particulier du trapèze, des rhomboïdes et de l'angulaire de l'omoplate. La mobilité de l'omoplate était complète, les tests de coiffe étaient tenus et douloureux, et les tests de conflit étaient douloureux mais de façon non spécifique. Selon les Drs X._____ et G._____, il fallait s'attendre à une reprise difficile de l'activité professionnelle, dans la mesure où le travail de l'assurée nécessitait d'avoir parfois les membres supérieurs au-dessus des épaules. L'incapacité de travail totale était maintenue jusqu'au 15 juillet 2007 et un essai au taux de 50% devait être organisé dès le 16 juillet suivant. Un suivi

psychologique avait été mis en place compte tenu du trouble anxieux et dépressif et devait se poursuivre au terme du séjour.

Le 12 juillet 2007, le Dr J._____ a procédé à un nouvel examen de l'assurée. Dans son rapport du même jour, il mentionnait la persistance d'une limitation fonctionnelle légère de l'épaule droite, la reprise du travail à 50% dès le 16 juillet 2007 et à 100% dès la fin août 2007.

Dans un courrier du 27 juillet 2007, le Dr T._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a exposé que la reprise du travail par l'assurée, le 16 juillet 2007, avait été très difficile, les gestes avec le bras droit en surélévation étant douloureux. L'examen réalisé le 23 juillet précédent avait mis en évidence une articulation gléno-humérale plus ou moins libre, une mobilité complète, des tests de provocation pour une atteinte du muscle sous-épineux négatifs et l'absence de signe évocateur d'un conflit sous-acromial. Le testing pour le long chef du biceps et le labrum restait cependant douteux, voire positif.

L'assurée a produit un certificat médical attestant d'une incapacité de travail totale en raison de troubles psychiques, du 20 août au 30 septembre 2007.

Le 6 septembre 2007, après un nouvel examen de l'assurée, le Dr J._____ a constaté que la mobilité de l'épaule droite était légèrement limitée, surtout dans la rotation interne. S'agissant des éventuelles séquelles organiques de l'accident, il considérait que la capacité de travail était totale. Il rapportait par ailleurs que l'assurée faisait valoir des troubles psychiques qu'elle mettait sur le compte de l'accident.

Le 13 septembre 2007, se fondant sur les constatations du médecin d'arrondissement, la CNA a informé l'assurée que son droit aux indemnités journalières était suspendu au 1^{er} octobre 2007.

Par courrier du 21 septembre 2007, le Dr W._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, sous la plume de son médecin remplaçant le Dr R._____, a informé la CNA que l'assurée, adressée par la CRR pour un état dépressif, était suivie à son cabinet depuis le 18 juillet 2007. Elle présentait un important trouble anxieux, un trouble phobique avec des épisodes de panique et un trouble du sommeil (humeur dépressive).

Le 19 octobre 2007, le Dr Z._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, médecin au Service psychiatrique de la CNA, a exposé que le trouble psychique présenté par l'assurée était sans lien de causalité avec l'accident du 3 janvier 2007 ; ce trouble était réactionnel à une situation psychosociale particulièrement difficile dans laquelle l'accident ne jouait aucun rôle.

B. Le 31 janvier 2012, présentant un état grippal accompagné d'une exacerbation de dorsolombalgies, l'assurée s'est rendue en consultation à la K._____. (ci-après : K._____).

Par déclaration de sinistre du 8 mai 2012, elle a annoncé à la CNA une rechute de l'accident du 3 janvier 2007.

Interpellé par l'assureur-accidents, le Dr Q._____, médecin assistant à la K._____, a rédigé un rapport le 3 juillet 2012, mentionnant qu'il ne s'agissait pas d'une rechute mais d'une suite de traitement. Il évoquait une aggravation des dorsolombalgies connues post-traumatiques de 2007 dans le contexte d'un état grippal. L'assurée était en incapacité de travail totale depuis le 31 janvier 2012.

Le 19 juillet 2012, le Dr N._____, médecin d'arrondissement de la CNA, a nié toute relation de causalité vraisemblable entre les troubles annoncés en mai 2012 et l'accident de janvier 2007.

Selon une notice d'entretien du 26 septembre 2012, l'assurée a expliqué à un inspecteur de la CNA avoir toujours souffert de l'épaule

droite et du dos depuis l'accident et s'étonnait que les douleurs dorsales n'aient pas été documentées. La symptomatologie douloureuse s'étant aggravée au début 2012, une incapacité totale de travail lui avait été reconnue dès le 31 janvier 2012. Elle avait cependant pu reprendre le travail à 50% le 28 juillet suivant. Les frais de traitement avaient été adressés à son assurance-maladie jusqu'à ce que son nouvel employeur lui conseille d'annoncer une rechute à la CNA.

Dans un rapport du 29 octobre 2012, V._____, docteur en chiropratique, a posé le diagnostic de dysfonctions vertébrales étagées post-traumatiques et attesté d'une reprise de travail à 100% dès le 6 novembre 2012.

Le 6 novembre 2012, le Dr N._____ a confirmé son appréciation, savoir que les troubles de 2012 n'étaient pas en relation de causalité pour le moins probable avec l'accident de 2007.

Par décision du 16 novembre 2012, déclarant se fonder sur l'appréciation de son médecin d'arrondissement, la CNA a refusé la prise en charge des lésions annoncées par déclaration de rechute du 8 mai 2012, considérant qu'elles n'étaient pas en relation de causalité au moins probable avec l'accident du 3 janvier 2007.

L'assurée s'est opposée le 10 décembre 2012 à la décision précitée. Elle exposait avoir consulté son médecin au mois de janvier pour des douleurs à l'épaule droite et au dos, et qu'il lui paraissait manifeste que ces troubles s'inscrivaient dans les suites de l'accident du 3 janvier 2007. Elle reprochait à la CNA de nier tout lien de causalité en se fondant essentiellement sur l'appréciation de son médecin d'arrondissement, lequel ne l'avait jamais examinée. Elle priait la CNA de bien vouloir réexaminer son cas en tenant compte d'un rapport du Dr Q._____ établi le 10 décembre 2012, rédigé en ces termes :

« Diagnostic principal :

1. Cervico-dorsolombalgies chroniques post-accident sur chute de 3 m en 2007 avec :

- Syndrome sacro-iliaque droit
- Syndrome de Tietze droit
- Dysfonction cervicale
- Dysbalance musculaire cervicale avec hypomobilité costo-vertébrale
- Aggravation des cervico-dorsalgies chroniques en janvier 2012

[...]

Discussion

Madame L. _____ est suivie de manière régulière à la consultation générale de la K. _____ depuis le 25 mars 2011.

Depuis un accident de travail sur chute d'un échafaudage de 3 m de haut survenue en janvier 2007, elle présente des douleurs du rachis qui ont nécessité une prise en charge par la Clinique de Réadaptation de la SUVA à Sion. Ces douleurs n'ont jamais complètement disparu, mais sont restées stables durant plusieurs années. En janvier 2012, suite à un épisode d'état grippal, Madame L. _____ présente une exacerbation des cervico-dorsolombalgies droites. En raison des douleurs occasionnées, et de la difficulté de son travail qui consiste essentiellement en des horaires de nuit, la patiente a été mise en arrêt de travail à 100% dès le 31 janvier 2012.

A l'examen clinique, on note surtout une contracture para-vertébrale droite diffuse, prédominant en cervical avec diminution de la mobilité de la tête en rotation à droite à 45°. La mobilité de l'épaule droite est également douloureuse. Il n'y a pas de déficit neurologique.

Un bilan radiologique avec une radio du bassin de face montre une légère irrégularité symphysaire et une lombalisation de S1. Une radio de la colonne cervico-dorsale montre une scoliose dextro-convexe centrée sur le rachis dorsal moyen avec remaniements dégénératifs, ostéophytes antérieurs de D7 à D10.

Vu l'absence d'amélioration de ces syndromes douloureux avec un traitement antalgique simple, la patiente est présentée à divers spécialistes, notamment en physiothérapie, à un chiropraticien, un ostéopathe et enfin un médecin manuel à la K. _____. Ces diverses interventions permettent une amélioration transitoire des douleurs, qui peuvent être exacerbées à la moindre occasion. Néanmoins, grâce à la volonté de la patiente, une reprise du travail à 50% est réussie le 27 juillet 2012, puis une reprise complète le 3 novembre 2012.

Il est à noter, qu'en parallèle à cette prise en charge somatique, la patiente a également un suivi psychologique dans le contexte d'un syndrome de stress post-traumatique avec ces douleurs chroniques.

En conclusion, Madame L. _____ présente des cervico-dorsolombalgies chroniques depuis un accident de travail en 2007 exacerbées en janvier 2012 suite à un état grippal. Ces douleurs ne sont pas nouvelles, mais liées à l'événement de 2007. »

L'assurée remettait également un rapport du Dr V._____, daté du 4 décembre 2012, rédigé comme suit :

« Je soigne Mme L._____ depuis juin 2012 pour des douleurs chroniques de la colonne apparues après un accident en 2007 et se péjorant depuis 2012.

L'examen de la colonne vertébrale révèle de nombreuses dysfonctions vertébrales étagées inflammées par la rechute de janvier 2012.

Madame Martins souffre plus spécifiquement de cervico-brachialgies droites ainsi que d'un syndrome sacro-iliaque droite, les deux exacerbés par les efforts de son travail. Les radiographies de juin 2011 révèlent une bascule du bassin avec remodelage au niveau de la symphyse pubienne typique d'un événement traumatique ainsi qu'une scoliose dorsale avec remodelage osseux aussi typique d'un traumatisme.

Les traitements effectués à ce jour ont amené une amélioration de 60%, mais un suivi est toujours nécessaire. »

L'assurée produisait finalement un certificat de P._____, psychologue, laquelle la suivait depuis mai 2012. Les consultations intervenaient à la suite de questions émotionnelles liées au congé maladie de l'assurée et à son mal être physique et psychique. Selon la psychologue, l'assurée présentait des symptômes dépressifs liés à sa situation personnelle, laquelle n'arrivait pas à trouver un sommeil réparateur à cause de son état douloureux.

Le 31 janvier 2013, le Dr N._____ a rédigé un rapport après avoir étudié le dossier médical de l'assurée et examiné cette dernière les 23 et 30 janvier 2013. Il appréciait la situation comme suit :

« A l'examen clinique, on est en présence d'une patiente mince, euthymique, qui se dérobe ni à l'anamnèse ni à l'examen clinique, mais qui ne semble avoir aucune limitation fonctionnelle notable.

Objectivement, on note des troubles statiques modérés sous forme d'une longue scoliose dorsolombaire à convexité G. La musculature paravertébrale et le chef supérieur du trapèze sont un peu tendus et sensibles à la palpation à D. La mobilité du rachis cervical est conservée. La mobilisation entraîne de légères douleurs dans la partie D de la nuque. Les épaules sont tout à fait souples. A D, la mobilisation entraîne de vagues douleurs dans le moignon de l'épaule. Les signes du conflit sont négatifs. Tous les tendons de la coiffe des rotateurs sont fonctionnels et leur mise sous tension

n'entraîne aucune douleur. Il n'y a pas de syndrome lombovertébral. Les hanches sont libres. La sollicitation de la sacro-iliaque D est un peu sensible. La manœuvre de Lasègue est indolore. Les ROT sont vifs et symétriques. La trophicité et la force musculaire sont conservées à tous les niveaux, tant aux MS qu'aux MI. La patiente ne décrit pas de trouble de la sensibilité.

La patiente est donc bien remise et l'examen clinique n'est suggestif d'aucune pathologie bien claire.

La question qui se pose est maintenant de savoir si les troubles à partir d'octobre 2007 peuvent être rapportés à l'accident du 03.01.2007.

On doit répondre par la négative.

En effet, du point de vue orthopédique, les seules lésions objectivables qui ont été mises en évidence chez cette patiente, dans les suites de l'accident, sont une légère tendinopathie du sus-épineux et une arthrose acromio-claviculaire droites dont tout laisse penser qu'elles étaient largement guéries et ne nécessitaient plus de traitement spécifique lorsque la patiente a été examinée à l'agence par le Dr J. _____ le 06.09.2007.

Il convient également de relever que le diagnostic de cervico-dorsolombalgies chroniques retenu par la K. _____ chez cette patiente en 2011 est nouveau. Il n'en est pas fait mention auparavant, en particulier lors du séjour à la Clinique romande de réadaptation du 22.05 au 20.06.2007.

On doit aussi noter que les précisions apportées à ce diagnostic (syndrome de la sacro-iliaque D, syndrome de Tietze à D, dysfonction cervicale, dysbalance musculaire avec hypomobilité costo-vertébrale), correspondent la plupart du temps à des troubles fonctionnels douloureux sans grand substrat anatomo-pathologique démontrable.

En d'autres termes, il ne s'agit pas d'un diagnostic de nature.

J'ai également revu les radiographies de la colonne lombaire et du bassin réalisées en 2011 ainsi que celles de la colonne dorsale effectuées en 2012.

On retrouve une longue scoliose dorsolombaire à convexité G. Il n'y a pas de lésion traumatique. Au niveau de la colonne dorsale, les plateaux vertébraux ont un aspect un peu feuilleté, sans plus. Pour ce qui est de la symphyse pubienne, elle présente un léger remaniement aspécifique dont le caractère post-traumatique est bien peu probable en l'absence d'autres séquelles identifiables d'une fracture du bassin.

Au demeurant, la patiente ne se plaint absolument pas d'une symptomatologie douloureuse à cet endroit.

On pourrait évoquer une maladie rhumatismale mais il s'agit plus probablement d'une découverte fortuite.

Pour ce qui est d'un syndrome de stress post-traumatique en relation avec l'accident, on ne comprend pas sur quoi ce diagnostic se fonde.

La patiente n'en présentait aucun signe lors de l'évaluation psychiatrique du 30.05.2007 à la Clinique romande de réadaptation et la Dr W._____ qui l'a longtemps suivie n'a jamais évoqué ce diagnostic.

Il appartient finalement à notre Service administratif de savoir s'il veut examiner plus avant cet aspect des choses, l'accident étant de toute évidence de peu de gravité. »

Par décision sur opposition du 8 février 2013, la CNA a rejeté l'opposition et maintenu sa décision du 16 novembre 2012, se référant au rapport du 31 janvier 2013 du Dr N._____ et à l'appréciation émise le 19 octobre 2007 par le Dr Z._____.

C. L._____ a formé recours contre la décision sur opposition précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 6 mars 2013. Elle conclut principalement à sa réforme en ce sens que les prestations d'assurance-accidents sont reconnues dès le 31 janvier 2012, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimée pour instruction complémentaire. Elle se fonde particulièrement sur le diagnostic posé par le Dr Q._____, savoir des dorsolombalgies chroniques post-traumatiques de 2007 aggravées dans le contexte d'un état grippal, et sur la présence de ces douleurs depuis l'accident de 2007, supportables jusqu'en janvier 2012. Elle fait grief à l'intimée de s'être fondée uniquement sur l'appréciation du Dr N._____ pour nier toute causalité entre l'accident du 3 janvier 2007 et les troubles présents depuis janvier 2012, et de passer outre l'avis de ses médecins et psychologue traitants. Elle sollicite la mise en œuvre d'une expertise tendant à déterminer si les lésions ayant entraîné l'incapacité de travail dès le 31 janvier 2012 trouvent leur origine dans l'accident du 3 janvier 2007.

Dans sa réponse du 21 juin 2013, l'intimée conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Elle considère que les troubles dont se plaint la recourante et ayant conduit à une nouvelle incapacité de travail ne peuvent, de l'avis de son médecin d'arrondissement, être mis en relation de causalité avec l'accident du 3

janvier 2007. Elle précise en outre que les troubles psychiques diagnostiqués sont, de l'avis du Dr Z._____, réactionnels à une situation psychosociale particulièrement difficile et ne sauraient, au vu de la jurisprudence en la matière, présenter un lien de causalité adéquate avec l'accident.

Dans sa réplique du 24 septembre 2013, la recourante réitère ses griefs à l'encontre de l'intimée s'agissant de l'existence d'un lien de causalité naturelle, arguant que les cervico-dorso-lombalgies chroniques, même si elles n'étaient pas présentes directement à la suite de l'accident, sont en lien direct avec celui-ci puisqu'elles touchent son épaule droite. Elle se réfère à cet égard à l'avis de son médecin traitant ainsi qu'à un rapport du 14 août 2013 du Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : CHUV), Département de l'appareil locomoteur, Service de rhumatologie. Elle allègue ne pas avoir présenté de douleur au dos ou à l'épaule avant l'accident, avoir dû se réorienter vers une nouvelle profession, estimant de ce fait que l'existence d'un lien de causalité adéquate est établie. Finalement, elle conteste l'appréciation du Dr N._____ s'agissant de l'absence d'un syndrome de stress post-traumatique, rappelant qu'à l'issue de son séjour à la CRR en juin 2007, il était fait état d'un trouble de l'adaptation avec anxiété et dépression.

Au terme de sa duplique du 14 octobre 2013, l'intimée maintient ses conclusions.

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). Un tel recours doit être adressé au tribunal des assurances

du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment de son dépôt, dans un délai de 30 jours suivant la notification de la décision querellée (art. 57, 58 et 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 let. a LPA-VD).

En l'espèce, interjeté en temps utile auprès de l'autorité vaudoise compétente, le recours satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable en la forme.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre une décision prise par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 ; 125 V 413 consid. 2c ; 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

b) Le litige porte sur le droit de la recourante à bénéficier des prestations de l'intimée (indemnités journalières et prise en charge des frais médicaux) pour la période postérieure au 30 septembre 2007. La décision attaquée refuse les prestations d'assurance pour la rechute annoncée le 8 mai 2012, niant tout rapport de causalité entre l'accident du 3 janvier 2007 et les troubles ayant entraîné le traitement médical et l'incapacité de travail dès le 31 janvier 2012. Au contraire, la recourante soutient que ses troubles, somatiques et psychiques, relèvent des suites de l'accident.

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, et sous réserve de dispositions spéciales de la loi, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. En relation avec les art. 10 et 16 LAA, cette disposition implique, pour l'ouverture du droit aux prestations, l'existence d'un rapport de causalité naturelle et adéquate entre l'accident, d'une part, et le traitement médical et l'incapacité de travail de la personne assurée, d'autre part. Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, en présence de troubles physiques consécutifs à un accident, la causalité adéquate se recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle (ATF 118 V 286 consid. 3a ; 117 V 359 consid. 5d/bb ; TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1). En présence de troubles d'ordre psychique développés ensuite par la victime d'un accident, le caractère adéquat du lien de causalité doit être examiné selon des critères posés par la jurisprudence (voir ATF 115 V 403 ; cf. consid. 6 *infra*).

b) Un rapport de causalité naturelle doit être admis si le dommage ne se serait pas produit du tout, ou ne serait pas survenu de la même manière sans l'événement assuré. Il n'est pas nécessaire que cet événement soit la cause unique, prépondérante ou immédiate de l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua none* de cette atteinte (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et 402 consid. 4.3.1 ; 119 V 335 consid. 1). Selon la jurisprudence, il suffit même que l'accident ait été la « *conditio sine qua non* » qui a simplement déclenché de manière prématurée le dommage (« *bloss zeitlich bestimmend war* ») qui se serait de toute manière produit plus tard ; il en va différemment si le risque était déjà présent et qu'il fallait s'attendre à tout instant à la survenance du dommage (TF U 413/2005 du 5 avril 2007 consid. 4.2, in SVR 2007 UV n° 28 p. 94 ; TF U 136/2006 du 2 mai 2007 consid. 3).

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. Le juge fonde sa décision sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent au moins comme les plus probables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut 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 ; 126 V 353 consid. 5b ; 117 V 359 consid. 3a ; TF 8C_433/2008 du 11 mars 2009 consid. 3.1).

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 réduites 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 tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*) ; 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_42/2009 du 1^{er} octobre 2009 consid. 2.2). *A contrario*, 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 a été causé ou aggravé par l'accident (TF 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 ; TF 8C_552/2007 du 19

février 2008 consid. 2 ; RAMA 1994 n° U 206 p. 326 consid. 3b ; RAMA 1992 n° U 142 p. 75).

En d'autres termes, si le rapport de causalité avec l'accident est établi avec la vraisemblance requise, l'assureur n'est délié de son obligation d'octroyer des prestations que si l'accident ne constitue plus une cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé. De même que pour l'établissement du lien de causalité fondant le droit à des prestations, la disparition du caractère causal de l'accident eu égard à l'atteinte à la santé de l'assuré doit être établie au degré habituel de la vraisemblance prépondérante. La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit donc pas pour délier l'assureur de son obligation de prester (TF U 136/2006 du 2 mai 2007 consid. 3.1 ; TFA U 179/2003 du 7 juillet 2004 consid. 3 ; TFA U 43/2003 du 29 avril 2004 consid. 3 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2 ; RAMA 1994 n° U 206).

d) La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également versées en cas de rechutes ou de séquelles tardives (art. 11 OLAA [ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]) ; ainsi, l'assuré peut à nouveau prétendre à la prise en charge du traitement médical et, en cas d'incapacité de travail, le paiement d'indemnités journalières. Selon la jurisprudence, il y a rechute ou séquelle tardive lorsqu'une atteinte à la santé est 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 et les arrêts cités ; TF 8C_1023/2008 du 1er décembre 2009 consid. 5.3).

Les rechutes et les séquelles tardives se rattachent par définition à un événement accidentel. Corrélativement, elles ne peuvent

faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 293 consid. 2c et les références ; RAMA 1994 n° U 206 p. 327 consid. 2).

Il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'accident. Plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (TF 8C_596/2007 du 4 février 2008 consid. 3).

4. a) Si le principe inquisitoire (art. 43 et 61 let. c LPGA) dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve : en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse (ATF 124 V 372 consid. 3 in fine ; TF 9C_400/2012 du 4 avril 2013 consid. 5.2 ; TFA U 316/2000 du 22 mars 2001 consid. 1b). Cette règle du fardeau de la preuve entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui, au degré de vraisemblance prépondérante, corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b in fine ; TF 9C_468/2011 du 12 décembre 2011 consid. 4.3 ; TF 8C_86/2009 du 17 juin 2009 consid. 4).

Dans cette mesure, le fardeau de la preuve revient en principe à l'assuré en ce qui concerne la question de savoir si les conditions qui confèrent un droit aux prestations sont remplies (« anspruchsbegründende Tatfrage »). Par contre, dans le contexte de la suppression du droit aux prestations qui, dans un premier temps, avait été établie (« anspruchsaufhebende Tatfrage »), le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit, donc à l'assureur et non pas

à l'assuré (TF U 136/2006 du 2 mai 2007 consid. 3.1 ; TFA U 239/2005 du 31 mai 2006 consid. 2.2 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46 ; RAMA 1994 n° U 206 p. 326 ; RAMA 1992 n° U 142 p. 75).

b) 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 comme rapport ou comme expertise, 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 ; 125 V 351 consid. 3 ; cf. TF 9C_22/2011 du 16 mai 2011 consid. 5).

Une valeur probante doit 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, 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 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; 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 les références citées ; VSI 2001 p. 106 consid. 3b ; TFA I 554/2001 du 19 avril 2002 consid. 2a).

5. En l'espèce, il s'agit de déterminer si les troubles et douleurs ressentis par la recourante dès janvier 2012 sont la conséquence probable de la contusion de l'épaule droite survenue lors de l'accident du 3 janvier 2007.

a) En juillet 2012, le Dr Q._____ diagnostique des cervico-dorsolombalgies chroniques, avec syndrome sacro-iliaque droit, syndrome de Tietze droit, dysfonction cervicale et dysbalance musculaire cervicale. Il expose que ces douleurs ne sont pas nouvelles, et de ce fait ne peuvent être qualifiées de rechute, mais sont liées à l'accident de 2007 et se sont exacerbées en janvier 2012. Le qualificatif de « post-traumatiques » qu'il attribue aux cervico-dorsolombalgies semble être fondé sur le séjour de l'assurée à la CRR. En effet, le Dr Q._____ mentionne la présence, à la suite de l'accident, de douleurs du rachis ayant nécessité une prise en charge par la CRR au printemps 2007. Or à la lecture des différents rapports rédigés par les médecins de la CRR, il appert que le séjour de l'assurée s'inscrivait dans le cadre d'une prise en charge pluridisciplinaire en raison de la persistance de douleurs à l'épaule droite. Il n'est question, dans le consilium du 31 mai 2007 du Dr S._____, que d'un traumatisme de la ceinture scapulaire droite, de la mobilité articulaire du membre supérieur droit et d'une discrète tendinopathie du sus-épineux. Par ailleurs, le rapport de physiothérapie du 18 juin 2007 retranscrit les plaintes de l'assurée au niveau du pourtour de l'omoplate et au niveau antérieur de l'épaule. Finalement, les seuls diagnostics posés, aux termes du rapport final du 9 juillet 2007, sont la contusion de l'épaule droite et la discrète tendinopathie du muscle supra-épineux droit. Sont mentionnées

des douleurs permanentes de l'épaule, irradiant à droite dans le rachis cervical et l'omoplate, sans autre indication quant à d'éventuelles cervico-dorsolombalgies. En outre, les radiographies cervicales n'ont pas révélé de trouble dégénératif et les clichés fonctionnels ont fait apparaître une courbure dysharmonieuse au niveau C5-C6 en flexion, sans spondylolisthésis.

Cela étant, le Dr N. _____ relève que le diagnostic de cervico-dorsolombalgies chroniques posé par le Dr Q. _____ est nouveau et n'a pas été retenu auparavant, notamment lors du séjour à la CRR. Il mentionne par ailleurs que les précisions apportées à ce diagnostic (syndrome sacro-iliaque droit, syndrome de Tietze droit, dysbalance musculaire avec hypomobilité costo-vertébrale) correspondent la plupart du temps à des troubles fonctionnels douloureux sans grand substrat anatomo-pathologique démontrable. Après examen des radiographies de la colonne lombaire et du bassin réalisées en 2011 et celles de la colonne dorsale effectuées en 2012, le Dr N. _____ relève que ces radiographies n'ont pas révélé de lésion post-traumatique. Il précise que s'agissant de la symphyse pubienne, elle présente un léger remaniement aspécifique, mais dont le caractère post-traumatique est peu probable en l'absence d'autres séquelles identifiables d'une fracture du bassin. De surcroît, la recourante ne se plaint pas d'une symptomatologie douloureuse à cet endroit. L'appréciation du Dr V. _____ à cet égard, savoir que la bascule du bassin avec remodelage au niveau de la symphyse pubienne et la scoliose dorsale avec remodelage osseux sont typiques d'un événement traumatique, n'est pas de nature à mettre en doute les constatations du Dr N. _____, dans la mesure où il ne s'agit que d'une appréciation d'ordre générale. Quant à l'avis du Dr Q. _____, lequel relève une légère irrégularité symphysaire, une lombalisation de S1 et une scoliose dextro-convexe centrée sur le rachis dorsal moyen avec remaniements dégénératifs, il ne démontre pas que ces lésions résulteraient de l'accident du 3 janvier 2007.

Les Drs Q. _____ et V. _____, qui suivent la recourante depuis mars 2011 respectivement juin 2012, expliquent que les

symptômes douloureux du rachis dont se plaint la patiente ne se sont manifestés qu'après la survenance de l'accident de janvier 2007 et que, de ce fait, les plaintes actuelles sont attribuables à cet événement. Leurs constatations semblent donc résulter essentiellement du raisonnement « *post hoc ergo propter hoc* » dont la jurisprudence a précisé qu'il n'était pas suffisant, à lui seul, pour établir un rapport de causalité naturelle entre une atteinte à la santé et un accident assuré (ATF 119 V 335 consid. 2b/bb).

A *contrario*, le Dr N._____ explique de façon précise les raisons pour lesquelles les troubles invoqués ne résultent pas de l'atteinte à l'épaule droite survenue le 3 janvier 2007. Il rappelle que du point de vue orthopédique, les seules lésions objectivables mises en évidence chez l'assurée dans les suites de l'accident sont une légère tendinopathie du sus-épineux et une arthrose acromio-claviculaire droites. Ces constatations ressortent en effet des examens radiologiques effectués en janvier et mars 2007. Se référant à l'appréciation du Dr J._____ du 6 septembre 2007, lequel retenait que la mobilité de l'épaule droite était légèrement limitée et que d'éventuelles séquelles organiques de l'accident ne justifiaient plus d'incapacité de travail à cette période, le Dr N._____ considère que ces lésions étaient largement guéries lors de l'examen de septembre 2007. De surcroît, il n'a observé aucune limitation fonctionnelle notable lors des examens cliniques de janvier 2013. Il constatait que la mobilité du rachis cervical était conservée, que les épaules étaient tout à fait souples, que tous les tendons de la coiffe des rotateurs étaient fonctionnels, que les hanches étaient libres, qu'il n'y avait pas de syndrome lombo-vertébral, tout en ne passant pas outre les douleurs exprimées par l'assurée.

b) Il s'ensuit qu'aucune raison suffisante ne justifie de s'écarter de l'appréciation du Dr N._____, dont la valeur probante ne saurait être mise en doute (cf. consid. 4b *supra*). Le rapport du 14 août 2013 du Service de rhumatologie du CHUV, produit céans par la recourante, ne lui est par ailleurs d'aucun secours. En effet, si le diagnostic de cervico-dorsolombalgies chroniques est confirmé, l'origine

post-traumatique telle que soutenue par l'assurée n'est nullement attestée. Par ailleurs, cette dernière demande en vain que soit établie l'origine traumatique des troubles présentés. En effet, il incombe à l'assuré - qui annonce une rechute - d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'accident (cf. consid. 3d *supra*). Or on ne peut que constater l'échec de la recourante à cet égard, laquelle ne fait valoir aucune constatation objective de nature à mettre en doute l'analyse de la situation telle que ressortant du rapport du médecin d'arrondissement.

Partant, à l'aune de ce qui précède, la Cour de céans retient que la problématique algique alléguée par la recourante n'est, au degré de vraisemblance prépondérante, pas en relation de causalité naturelle avec l'événement du 3 janvier 2007. Ainsi, sur le plan somatique, on peut suivre l'appréciation du Dr N._____ selon laquelle les cervico-dorsolombalgies présentées par l'assurée en janvier 2012 ne peuvent être mises en relation de causalité avec l'accident déclaré. Il n'y a dès lors pas lieu, en l'état, d'examiner s'il existe un lien de causalité adéquate (cf. consid. 3a *supra*).

6. La recourante demande que soit reconnue l'existence d'un lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques qu'elle présente et l'accident du 3 janvier 2007.

a) S'agissant des suites psychiques provoquées par un accident, la jurisprudence a précisé (ATF 112 V 30 consid. 3c) que le point de savoir si l'accident considéré est propre à provoquer, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, l'atteinte à la santé psychique qu'il a entraînée, ne doit pas être tranché en se référant aux effets probables d'un pareil accident sur un assuré jouissant d'une constitution psychique normale. Il convient bien plutôt de prendre en considération un large cercle d'assurés comprenant aussi les personnes qui, en raison de certaines prédispositions morbides, sont davantage sujettes à des troubles mentaux et qui, sur le plan psychique, assument

moins bien l'accident que des assurés jouissant d'une condition normale. Les motifs pour lesquels certains assurés surmontent plus lentement ou plus difficilement que d'autres un choc traumatique peuvent relever notamment d'une prédisposition constitutionnelle ou, d'une manière générale, d'un mauvais état de santé, de la pression psychique due aux conditions sociales, familiales ou professionnelles ou, enfin, de la personnalité peu structurée de l'assuré. Ainsi, la question de la causalité adéquate doit être tranchée également au regard des effets probables d'un accident sur des assurés appartenant à une catégorie dite à risques élevés, autrement dit sur des personnes peu aptes à assumer pleinement un choc traumatique. Cela étant, le point de savoir si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, un accident peut être considéré comme propre à entraîner des troubles psychiques déterminés, doit être tranché non pas au regard d'un critère étroit, mais en fonction d'une norme représentative de la réalité (ATF 115 V 133, précisant les principes exposés aux ATF 113 V 307 et 321).

Cette jurisprudence a été complétée par une pratique consacrant une classification par degrés de gravité des accidents entraînant des troubles psychiques réactionnels (ATF 115 V 133 précité et 403). Selon ces arrêts, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même. En effet, le principe d'égalité de traitement et l'exigence de la sécurité du droit nécessitent que l'on recoure à des critères objectifs pour trancher la question de l'existence d'une relation de causalité adéquate entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain d'origine psychique (ATF 112 V 30 ; RAMA 1999 n° U 335 p. 207 ; Maurer, *Aus der Praxis des Eidgenössischen Versicherungsgerichts*, SZS 1986 p. 199). Aussi, suivant la manière dont ils se sont déroulés, les accidents peuvent-ils être classés en trois catégories : les accidents insignifiants ou de peu de gravité, les accidents graves et les accidents de gravité moyenne.

b) Lorsque l'accident est insignifiant (l'assuré s'est par exemple heurté légèrement la tête ou s'est fait marcher sur le pied) ou de

peu de gravité (il a été victime d'une chute banale), l'existence d'un lien de causalité adéquate entre cet événement et d'éventuels troubles psychiques peut être d'emblée niée.

Lorsque l'assuré est victime d'un accident grave, il y a lieu de considérer comme établie l'existence d'une relation de causalité adéquate entre cet événement et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. D'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, un accident grave est propre, en effet, à entraîner une telle incapacité. Dans ce cas, la mise en oeuvre d'une expertise psychiatrique se révélera la plupart du temps superflue.

Sont réputés de gravité moyenne les accidents qui ne peuvent être classés dans l'une ou l'autre des catégories décrites ci-dessus. Pour juger du caractère adéquat du lien de causalité entre de tels accidents et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique, il ne faut pas se référer uniquement à l'événement accidentel lui-même. Il sied bien plutôt de prendre en considération, du point de vue objectif, l'ensemble des circonstances qui sont en connexité étroite avec l'accident ou qui apparaissent comme des effets directs ou indirects de l'événement assuré. Ces circonstances constituent des critères déterminants dans la mesure où, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, elles sont de nature, en liaison avec l'accident, à entraîner ou à aggraver une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique.

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

importantes qui ont pu en résulter, et, enfin, le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

Il n'est toutefois pas nécessaire qu'apparaissent dans chaque cas toutes ces circonstances à la fois. Il est possible que la présence d'une seule d'entre elles soit suffisante pour admettre l'existence d'une relation de causalité adéquate entre l'accident et une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. Il en est ainsi lorsque l'accident considéré apparaît comme l'un des plus graves de la catégorie intermédiaire et qu'on se trouve par conséquent à la limite de la catégorie des accidents graves. Lorsque, en revanche, aucun critère ne revêt à lui seul une importance particulière ou décisive, il convient de se fonder sur plusieurs critères, cela d'autant plus lorsque l'accident est de moindre gravité.

c) En l'occurrence, le Dr Q._____ mentionne un suivi psychologique dans le contexte d'un syndrome de stress post-traumatique. Le Dr N._____ indique ne pas comprendre sur quel élément se fonde le diagnostic de syndrome de stress post-traumatique en relation avec l'accident, relevant que l'assurée n'en présentait aucun signe lors de l'évaluation psychiatrique à la CRR en automne 2007 et que ce diagnostic n'a jamais été évoqué par le Dr W._____ qui l'a longtemps suivie.

Dans leur rapport du 9 juillet 2007, se référant au consilium psychiatrique du 30 mai 2007, les Drs X._____ et G._____ ont retenu un trouble de l'adaptation avec anxiété et dépression, à titre de comorbidité. Le Dr C._____ se fondait principalement sur un bilan d'émigration très négatif chez une patiente isolée en Suisse et ne parlant pas le français. Il n'établissait pas que le trouble psychique présenté résultait de l'accident de janvier 2007. Dans son courrier du 21 septembre 2007, le Dr W._____ indiquait suivre la recourante depuis juillet 2007 en raison d'un important trouble anxieux, d'un trouble phobique avec épisodes de panique et d'un trouble du sommeil (humeur dépressive). S'il écrivait que « la patiente affirme que tous ses symptômes sont apparus après l'accident de travail du 03.01.2007 », il ne rattachait pas, de manière claire, les troubles psychiques à l'accident de 2007. Le 19 octobre

2007, le Dr Z._____ mentionnait que le trouble psychique présenté par l'assurée était réactionnel à une situation psychosociale particulièrement difficile dans laquelle l'accident n'avait joué aucun rôle, arguant de ce fait que ce trouble était sans lien de causalité avec l'accident du 3 janvier 2007. Cette appréciation s'insérait ainsi dans le prolongement des constatations du Dr C._____. Finalement, en 2012, P._____, psychologue, indiquait que les consultations étaient intervenues à la suite de questions émotionnelles liées au congé maladie de l'assurée et à son mal être physique et psychique ; l'assurée présentait des symptômes dépressifs liés à sa situation personnelle. Il appert ainsi qu'aucun spécialiste en psychiatrie - ou psychologue - n'attribue l'origine des troubles psychiques présentés par l'assurée à l'accident du 3 janvier 2007.

Cela étant, il n'y a pas lieu de se prononcer plus avant sur la question du lien de causalité naturelle dans la mesure où le lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques et l'accident de 2007 doit de toute façon être nié. En effet, dans le cas présent, l'accident peut être qualifié de gravité moyenne, et aucun des critères dégagés par la jurisprudence et rappelés plus haut n'est en l'occurrence réalisé. L'accident n'apparaît pas particulièrement dramatique (chute d'une échelle). Les lésions physiques consécutives à l'accident n'ont pas non plus été particulièrement graves, la recourante souffrant uniquement d'une contusion de l'épaule droite avec discrète tendinopathie du muscle supra-épineux ; aucune lésion osseuse n'a été constatée. Le traitement médical ne s'est pas révélé anormalement long ni n'a été entaché d'erreurs ayant entraîné une aggravation des séquelles de l'accident. La durée de l'incapacité de travail attribuable aux seules séquelles somatiques ne saurait être considérée comme particulièrement longue. A cet égard, le Dr J._____ a indiqué, le 6 septembre 2007, que la capacité de travail était totale, s'agissant des éventuelles séquelles organiques de l'accident, et l'intimée a reconnu que les symptômes somatiques n'étaient plus en lien de causalité avec l'accident dès le 1^{er} octobre 2007 au plus tard.

Les critères posés par la jurisprudence ne sont dès lors pas remplis en l'espèce pour admettre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident du 3 janvier 2007 et les troubles psychiques annoncés dès le mois de mai 2012. Ainsi, on ne saurait considérer que l'accident dont a été victime la recourante a joué un rôle déterminant dans l'apparition des troubles psychiques allégués.

7. **a)** En définitive, l'existence d'un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'accident du 3 janvier 2007 et les troubles annoncés le 8 mai 2012 n'est pas établie au degré de vraisemblance prépondérante. Aussi, l'intimée était-elle fondée, par sa décision sur opposition du 8 février 2013, à nier le droit de la recourante à des prestations d'assurance pour les troubles ayant nécessité des soins et entraîné une incapacité de travail dès le 31 janvier 2012. Le recours se révèle ainsi mal fondé.

b) Si l'assureur ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu de rechercher d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 459 consid. 4a ; 122 III 223 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas, en tant que telle, les garanties de procédure (ATF 130 II 425 consid. 2.1 ; 122 II 464 consid. 4a ; 119 V 335 consid. 3c).

En l'occurrence, l'instruction du dossier apparaissant suffisante, la requête de la recourante tendant à la mise en œuvre d'une expertise doit être rejetée, les éléments au dossier étant clairs, dénués de contradiction et permettant à la Cour de céans de statuer.

8. Il s'ensuit que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'est pas perçu de frais de justice, ni alloué de dépens dès lors que la recourante n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I. Le recours déposé le 6 mars 2013 par L. _____ est rejeté.

- II. La décision sur opposition rendue le 8 février 2013 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.

- III. Il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- L. _____
- 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 :