

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 17 avril 2014

Présidence de Mme THALMANN
Juges : Mmes Brélaz Braillard et Berberat
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

A. _____, à Grandson, recourante, représentée par Protekta Assurance de protection juridique SA, à Lausanne,

et

M. _____ **SA**, à Martigny, intimée.

**Art. 4, 6, 43 al. 1 et 44 LPGA ; 6 al. 1, 10 al. 1, 16 al. 1-2 et 36 al. 1
LAA**

E n f a i t :

A. Par déclaration d'accident-bagatelle LAA complétée les 13 et 21 avril 2005, l'employeur d'A._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), alors première employée d'administration à plein temps auprès de l'Office Régional de Placement (ORP) d' [...], a annoncé que celle-ci avait été victime d'un accident survenu le 7 avril 2005 à 16h.50 et dont le déroulement était décrit en ces termes :

“En laissant traverser un piéton sur le passage piéton[s], l'assurée a été percutée par une voiture à l'arrière de son véhicule.”

Les parties du corps atteintes étaient la nuque, la tête et les épaules de l'assurée (coup du lapin et douleurs musculaires).

Dans la « Feuille pour le médecin » du 18 mai 2005 complétant la déclaration d'accident, le Dr G._____, médecin assistant, de l'Hôpital d' [...], ayant prodigué les premiers soins, a mentionné que l'assurée souffrait de contusions cervicales droites et à l'épaule droite.

Le 20 septembre 2005, en réponse aux questions qui lui étaient adressées, l'assurée a fait savoir que le traitement médical et le traitement de physiothérapie étaient terminés. Elle précisait au sujet de ce dernier, avoir uniquement effectué une seule séance chez un masseur sans consultation d'un physiothérapeute.

Au terme d'un rapport du 28 octobre 2010 consécutif à une IRM de l'épaule droite (face et neer) de l'assurée effectuée le 26 octobre 2010, le Dr F._____, chef de clinique, du service de radiologie des Etablissements Hospitaliers du Nord Vaudois (eHnv) a fait les constatations suivantes :

“Bonne minéralisation osseuse. Pas de fracture évidente. Congruence gléno-humérale sans ascension majeure de la tête humérale. L'espace sous-acromial n'est pas complètement dégagé sur l'incidence de Rockwood. Cependant, on note une régularité de

l'articulation acromi-claviculaire. Si un doute clinique devait persister, nous restons à disposition pour une arthro-IRM de l'épaule droite."

Dans un rapport médical du 9 décembre 2010 faisant suite à une première arthro-IRM de l'épaule droite de l'assurée pratiquée le jour précédent, le Dr Q._____, spécialiste en radiologie, a conclu à une légère tendinopathie du sus-épineux associée à une petite bursite sous-acromiodeltoïdienne, sans déchirure tendineuse. Observant une bonne trophicité musculaire, ce radiologue n'a par ailleurs pas constaté de lésion osseuse ni ligamentaire.

A la suite d'une seconde arthro-IRM de l'épaule droite du 13 février 2012, dans un rapport médical du 14 février suivant, la Dresse S._____, spécialiste en radiologie, a observé un état stationnaire à celui du 8 octobre (recte : décembre) 2010 montrant de discrets signes de tendinopathie insertionnelle du tendon du muscle sus-épineux associée à une petite bursite sous-acromiodeltoïdienne, sans autre anomalie notoire.

B. Par déclaration d'accident LAA du 21 février 2013, l'assuré a annoncé la survenance d'un nouvel événement dommageable en date du 3 février 2013 à 20h.00. Il y était mentionné une glissade suivie d'une chute de l'assurée dans les escaliers de la gare d' [...] durant les vacances de celle-ci. La partie du corps atteinte était l'épaule droite. L'assurée indiquait être en incapacité de travail depuis le 4 février 2013 dans son poste de collaboratrice au sein du [...] à [...]. Elle mentionnait également que les premiers soins avaient été prodigués par le Dr B._____, spécialiste en médecine générale à [...].

Dans un rapport médical du 6 février 2013 faisant suite à une consultation en date du 3 février 2013, le Dr B._____ a noté des plaintes douloureuses de l'assurée, insomniantes avec une nette diminution de la mobilité depuis sa chute. Indiquant qu'un traitement médicamenteux avait été mis en œuvre, ce médecin estimait qu'une prise en charge orthopédique de l'assurée était souhaitable. Il mentionnait par ailleurs les co-morbidités médico-chirurgicales suivantes :

- Tendinite coiffe rot D (sus-épineux) (2010 - 2012).
- Dyspepsie.
- Intolérance Augmentin.
- Allergie aux protéines de lapin.
- Asthme allergique.
- Troubles du sommeil.”

Dans un certificat médical établi le même jour, le Dr B. _____ a attesté un arrêt de travail de l'assurée à 100 % du 6 février 2013 au 8 février 2013 y compris.

A l'occasion d'un rapport du 8 février 2013 consécutif à une IRM de l'épaule droite (face et neer) de l'assurée du 7 février 2013, le Dr F. _____ observait une congruence acromio-claviculaire et gléno-humérale et pas de signe indirect de rupture de la coiffe des rotateurs, cette dernière devant si besoin être recherchée par arthro-IRM. Ce radiologue notait en outre, l'absence de signe indirect d'une tendinite calcifiante de la coiffe des rotateurs, pas de fracture évidente ainsi qu'une bonne minéralisation osseuse.

Il ressortait les incapacités de travail suivantes de l'assurée, attestées selon certificats médicaux des 7 / 14 février, 14 mars et 4 avril 2013 des médecins des eHnv :

“100 % du 7 février 2013 au 24 février 2013.
50 % du 25 février 2013 au 13 mars 2013.
40 % dès le 18 mars 2013 au 07 mai 2013.
0 % depuis le 8 mai 2013, la situation devant être réévaluée.”

Dans un rapport du 23 avril 2013 faisant suite à une nouvelle arthro-IRM de l'épaule droite de l'assurée, le Dr Z. _____, spécialiste en radiologie, a conclu à une tendinopathie du muscle sus-épineux, mais sans franche déchirure. Il précisait que le labrum se présentait normalement.

A teneur d'un certificat médical du 7 mai 2013 des médecins des eHnv, l'assurée présentait à cette même date une incapacité de travail à 40 % d'une durée probable de deux mois selon l'évolution à venir.

Lors d'un entretien avec l'assurée en date du 16 mai 2013 à son domicile, l'inspecteur de sinistres L. _____ au terme d'un rapport de visite LAA du 22 mai 2013, a relevé que l'intéressée avait repris son activité le 25 février 2013 à 50 % qu'elle avait pu augmenter à 60 % dès le 18 mars suivant, taux d'activité qu'elle continuait d'occuper depuis lors.

Dans le cadre de l'instruction de son dossier, l'assurée a été examinée en date du 29 mai 2013 par le Dr R. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie à [...]. Dans son rapport d'expertise orthopédique du 4 juin 2013 adressé au médecin-conseil de M. _____ SA (ci-après : M. _____ ou l'intimée), cet expert s'est exprimé comme il suit sur l'état de santé de l'assurée :

"[...]

DIAGNOSTIC

- Status après contusion épaule droite (3 février 2013).
- Récidive d'une tendinopathie du sus-épineux sans déchirure de l'épaule droite.

APPRECIATION DU CAS

Madame A. _____ est âgée de 38 ans. Elle est peu sportive. Elle fait un travail de bureau. Suite à une chute en avant, dont le mécanisme exact n'est pas connu, elle développe à partir du 3 février 2013 des douleurs en regard de son épaule droite. Elle a bénéficié d'un traitement conservateur sous forme de séances de physiothérapie sec et en piscine ainsi que des AINS avec une amélioration progressive mais les douleurs persistent. Une arthro-IRM de l'épaule droite effectuée le 22 avril 2013 a montré une tendinopathie du sus-épineux sans franche déchirure. L'assurée a eu déjà des douleurs à l'épaule droite dans le passé. Elle a eu 2 arthro-IRM de l'épaule droite, la première le 8 décembre 2010 et la 2ème le 13 février 2012. Ces examens ont aussi montré une tendinopathie du sus-épineux sans rupture.

A mon avis, l'événement du 3 février 2013 a révélé mais pas causé les lésions visibles à l'IRM de 2013. Le lien de causalité entre l'événement en cause et la persistance de douleurs de l'épaule droite me paraît hautement improbable.

En ce qui concerne la capacité de travail, à mon avis, rien ne lui empêche de reprendre son métier habituel à 100 %. Il s'agit d'un travail adapté aux limitations fonctionnelles, c'est-à-dire sans port de charges ou soulèvement de charges supérieures à 5 kg, en évitant les mouvements au-delà de l'horizontal et sans gestes répétitifs de l'épaule droite.

En ce qui concerne le traitement, je pense qu'il faut persévérer avec le traitement conservateur. Une infiltration sous-acromiale de corticostéroïde pourrait être utile."

Par décision du 13 juin 2013, M. _____ a indiqué à l'assurée que les soins prodigués dès le 23 avril 2013 relevaient de la garantie de l'assurance-maladie de celle-ci. Dès lors que dans son rapport le Dr R. _____ relevait en particulier que les troubles persistants n'étaient pas attribuables à l'événement survenu le 3 février 2013 et en l'absence de troubles d'origine traumatique mis en évidence lors de l'arthro-IRM réalisée le 22 avril 2013, l'assureur-accidents retenait qu'il ne lui était pas possible d'offrir ses prestations au-delà de cette dernière date.

En annexe à son opposition du 12 juillet 2013 contre la décision précitée, l'assurée, dès lors représentée par Protekta Assurance de protection juridique SA, a en particulier produit les pièces et documents médicaux suivants :

- Un rapport médical du 11 juin 2013 du Dr X. _____, spécialiste en neurologie à [...], faisant suite à un examen clinique de l'assurée pratiqué le 10 juin 2013. Son évaluation de l'état de santé de l'examinée était la suivante :

"APPRECIATION DU CAS

Au vu de l'accident et de son déroulement, du tableau actuel ainsi que de la symptomatologie, on peut dire que très vraisemblablement cette patiente a été victime d'une axonotmèse dans une partie postérieure du plexus brachial touchant le nerf radial et le nerf long thoracique probablement par un phénomène d'abaissement violent de l'épaule. Il n'y a par contre pas d'éléments pouvant évoquer une neurotmèse. Cela va bien avec l'anamnèse d'une amélioration progressive et du status qui montre une atteinte dans le territoire radial (myographie de réinnervation dans le triceps) avec une parésie proportionnelle distale.

Je ne pense pas qu'il y ait de manœuvre particulière à faire notamment sur le plan chirurgical. Une physiothérapie prudente mais surtout une remusculature des muscles en question peut être nécessaire.

Le rapport entre l'accident et les troubles neurologiques constatés me paraît certain."

- Une lettre du 28 juin 2013 adressée à l'assurée à teneur de laquelle le Dr X. _____ confirmait que les anomalies constatées lors de son examen

clinique du 10 juin 2013 étaient bien dues à l'accident dont elle avait été victime en février 2013, accident ayant provoqué la lésion d'une branche du plexus entraînant une faiblesse de la main ainsi que des douleurs dans le membre supérieur droit, ce qui n'avait aucun rapport avec une éventuelle tendinite.

Sur demande de M. _____, au terme d'un « complément d'expertise orthopédique » du 24 juillet 2013, le Dr R. _____ s'est déterminé comme il suit sur les pièces et documents médicaux de son confrère, le Dr X. _____ :

“[...]

Le Dr X. _____, spécialiste FMH en neurologie à [...], a examiné la patiente le 10 juin 2013 et fait un ENMG [électroneuromyogramme]. Il a conclu que, très vraisemblablement, la patiente a été victime d'une axonotmèse de la partie postérieure du plexus brachial touchant le nerf radial et le nerf long thoracique.

On peut donc conclure que l'événement du 3 février 2013 a révélé mais pas causé les lésions visibles du tendon du sus-épineux de l'épaule droite qui étaient déjà présentes en 2010. Il est vraisemblable que lors de cet événement, il y a eu une axonotmèse du plexus brachial.

En ce qui concerne la capacité de travail, je ne comprends pas pourquoi elle [l'assurée] n'a pas pu reprendre son métier de collaboratrice juridique en juin 2013 mais seulement le 8 juillet 2013.”

Par décision sur opposition du 18 septembre 2013, M. _____ a finalement accepté de prolonger la prise en charge du cas de l'assurée jusqu'au 16 juin 2013 tant en ce qui concernait les frais médicaux que l'incapacité de travail. L'assureur-accidents se fondait sur le rapport complémentaire du 24 juillet 2013 établi par le Dr R. _____.

C. Par acte du 17 octobre 2013, A. _____, représentée par Protekta Assurance de protection juridique SA, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision sur opposition précitée. Elle conclut à l'annulation de la décision attaquée et partant, qu'il soit admis que l'accident survenu le 3 février 2013 lui ouvre le droit aux prestations dues par M. _____ SA au titre de l'assurance-accidents obligatoire. La recourante conteste la valeur du complément

d'expertise du 24 juillet 2013 du Dr R._____. A la suivre, ce dernier ne donne aucune explication médicale quant à la reprise de son métier de collaboratrice juridique non pas en juin 2013 mais seulement le 8 juillet suivant. De plus, le Dr R._____ n'explique pas en quoi les avis du Dr X._____ et de la Dresse H._____ des eHnv - dont la recourante produit un certificat médical établi le 17 juin 2013 par ce dernier médecin qui mentionne en particulier une reprise de travail à 100% le 8 juillet 2013 - indiquant une reprise d'activité possible au 8 juillet 2013, seraient infondés. Produisant également une attestation médicale établie le 2 octobre 2013 par le Dr T._____, chef de clinique du service d'orthopédie des eHnv, dont il ressort qu'elle bénéficie toujours de la prescription de séances de physiothérapie concernant une lésion survenue dans un cas d'accident, la recourante estime dès lors que l'accident subi le 3 février 2013 constitue la cause naturelle et adéquate du dommage physique principal l'ayant affectée jusqu'au 8 juillet 2013 et qui l'a empêchée de reprendre son activité habituelle avant cette date.

Dans sa réponse du 14 janvier 2014, M._____ SA conclut au rejet du recours ainsi qu'à la confirmation de la décision litigieuse. Son argumentation s'articule comme il suit :

"[...]

3. En l'espèce, il convient de souligner la présence de troubles importants antérieurs à l'événement du 3 février 2013, comme cela ressort du dossier médical (pièces no 4, 5, 6).

Au vu de l'appréciation du Dr R._____, à laquelle il convient d'accorder pleine valeur probante conformément à la jurisprudence rendue en la matière, il apparaît qu'il n'est pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante que les troubles au-delà du 16 juin 2013 sont toujours dus à l'accident du 3 février 2013. Par ailleurs, au vu de l'évolution objective des troubles, concernant les seules suites de l'accident (« elle a peu de douleurs lorsqu'elle travaille » selon l'expertise du Dr R._____, pièce no 23), la poursuite du versement des indemnités journalières au-delà de cette date n'est pas justifiée.

Pour le surplus, il est renvoyé à la décision sur opposition (pièce no 31).

4. Au vu de la loi, la jurisprudence et des éléments qui précèdent, il apparaît clairement que les troubles de l'épaule droite de Mme A._____ au-delà du 16 juin 2013 ne sont plus, au degré de la vraisemblance prépondérante, en relation de causalité naturelle avec l'événement du mois de février 2013 et ne relèvent par conséquent pas de la compétence de l'assurance-accidents. Par

ailleurs, les troubles ne justifient plus, au vu de leur évolution, d'incapacité de travail au-delà du 16 juin 2013. Signalons au passage que la caisse-maladie de Mme A. _____ partage cette analyse juridique, puisqu'elle n' pas fait opposition à la décision de [...].”

Il n'y a par la suite pas eu de second échange d'écritures entre les parties.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (art. 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 auprès du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile et respecte pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, 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 est dès lors applicable dans la présente cause. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

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 (cf. ATF 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) L'assureur-accidents a pris en charge les frais de traitement et alloué les indemnités journalières depuis l'accident du 3 février 2013 jusqu'au 16 juin 2013.

Est litigieux le point de savoir si l'assureur-accidents peut cesser de servir ses prestations à la recourante à compter du 17 juin 2013.

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. Est réputée 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 (art. 4 LPGA).

aa) Selon l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir: au traitement ambulatoire dispensé par le médecin, le dentiste ou, sur leur prescription, par le personnel paramédical ainsi que, par la suite, par le chiropraticien (let. a); aux médicaments et analyses ordonnés par le médecin ou le dentiste (let. b); au traitement, à la nourriture et au logement en salle commune dans un hôpital (let. c); aux cures complémentaires et aux cures de bain prescrites par le médecin (let. d); aux moyens et appareils servant à la guérison (let. e).

bb) Selon l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré une pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou

dès que l'assuré décède (al. 2). Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique due à un accident (cf. art. 6 LPGGA).

L'art. 36 al. 1 LAA prévoit que 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.

b) L'obligation de l'assureur-accidents d'allouer ses prestations au-delà du 16 juin 2013 suppose l'existence, à ce moment-là, d'un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé (ATF 123 V 103 consid. 3d, 123 V 139 consid. 3c, 122 V 416 consid. 2a et les références; TF 8C_55/2013 du 7 janvier 2014, consid. 3 et 8C_87/2007 du 1^{er} février 2008, consid. 2.2).

aa) L'exigence du lien de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question 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'il ne peut être qualifié de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (TFA U 80/2005 du 18 novembre 2005, consid. 1.2; ATF 129 V 177 consid. 3.1, 129 V 406 consid. 4.3.1, 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références).

La jurisprudence a souligné à cet égard que lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer ses prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident (statu quo sine) par suite d'un développement ordinaire (TF 8C_551/2012 du 26 juin 2013, consid. 2, 8C_552/2007 du 19 février 2008, consid. 2, 8C_805/2007 du 20 août 2008, consid. 2 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; TFA U 215/1997 du 23 février 1999, consid. 3b, in : RAMA 1999 n° U 341 p. 408 ss.). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence d'un rapport de causalité avec l'événement assuré.

bb) Le droit à des prestations découlant d'un événement assuré suppose également un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 in limine ; TF 8C_892/2012 du 29 juillet 2013, consid. 3.1). Selon la jurisprudence, la causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale 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, 129 V 402 consid. 2.2, 125 V 456 consid. 5a et les références). En matière de troubles physiques, elle est généralement admise dès lors que le rapport de causalité naturelle est établi (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb; pour les troubles psychiques cf. ATF 129 V 402 consid. 4.4 et 115 V 133 consid. 6c).

4. a) Dans le domaine des assurances sociales, les assureurs examinent les demandes en prenant d'office les mesures d'instruction nécessaires et en recueillant les renseignements dont ils ont besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA).

Les autorités et tribunaux apprécient librement les preuves médicales recueillies. Ils doivent 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, ils ne peuvent trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles ils se fondent sur une opinion plutôt qu'une autre (ATF 126 V 353 consid. 5b; TF 9C_137/2013 du 22 juillet 2013, consid. 3.1, 9C_1001/2012 du 29 mai 2013, consid. 2.2 et 9C_418/2007 du 8 avril 2008, consid. 2.1). Un rapport médical a une valeur probante pour autant 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 de l'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 dûment 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 et la référence citée; TF 9C_205/2013 du 1^{er} octobre 2013, consid. 3.2, 9C_137/2013 du 22 juillet 2013, op. cit., 9C_66/2013 du 1^{er} juillet 2013, consid. 4, 9C_603/2009 du 2 février 2010, consid. 3.1, 8C_658/2008 et 8C_662/2008 du 23 mars 2009, consid. 3.3.1).

b) 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 d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants, voire faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne

saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou l'autre de ces avis et 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).

L'assureur-accidents est tenu, au stade de la procédure administrative, de confier une expertise à un médecin indépendant, si une telle mesure se révèle nécessaire. Lorsque de telles expertises sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb ; TF 8C_330/2012 du 19 avril 2013, consid. 6.1 et 8C_510/2009 du 3 mai 2010, consid. 3.3).

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 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; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210, consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

5. a) A lecture tant de la décision litigieuse que de la réponse de l'intimée, on constate que cette dernière fonde ses constatations médicales, tant en ce qui concerne la prise en charge des frais médicaux que l'évaluation de l'incapacité de travail, sur la base du complément d'expertise orthopédique du 24 juillet 2013 établi par le Dr R._____. M._____ en déduit ainsi qu'une prolongation de l'octroi de ses prestations à la suite de l'accident survenu le 3 février 2013 se justifie

jusqu'au 16 juin 2013. Or, dans son complément d'expertise, l'orthopédiste prénommé constate en premier lieu que l'accident en question a révélé (mais non pas causé) les lésions du tendon de l'épaule droite mises en évidence lors des précédentes arthro-IRM des 8 décembre 2010, 13 février 2012 et 22 avril 2013. Le Dr R._____ confirme d'autre part, l'appréciation de son confrère le Dr X._____ selon laquelle l'accident a causé une axonotmèse du plexus brachial de l'assurée. Pour terminer, le Dr R._____ fait part de son incompréhension en ce qui concerne l'évaluation de la capacité de travail de la recourante. L'expert dit en effet ne pas saisir pour quels motifs l'assurée n'a pas été en mesure de reprendre son activité professionnelle de collaboratrice juridique en juin 2013 mais uniquement à partir du 8 juillet 2013.

A l'aune de ce qui précède, on constate que la date de reprise médico-théorique de l'activité habituelle à 100 % telle qu'arrêtée par l'intimée au 17 juin 2013 ne ressort en aucun cas du complément d'expertise établi le 24 juillet 2013 par le Dr R._____. Dite date de reprise d'activité ne se retrouve pas plus dans l'appréciation du cas de l'assurée telle que figurant en page 6 du rapport d'expertise du 4 juin 2013. Quant au certificat médical du 17 juin 2013 de la Dresse H._____, ce médecin s'y limite à faire mention de la date du 8 juillet 2013 pour la reprise de travail de l'assurée à 100 % sans fournir de plus amples explications. Au vu de l'ensemble des pièces telles que figurant au dossier, documents, certificats et attestations médicaux, il n'est pas possible de déterminer en l'état jusqu'à quelle date a perduré l'incapacité de travail de la recourante médicalement attestée à 40 % depuis le 7 mai 2013 (cf. certificat médical du 7 mai 2013 des médecins des eHnv).

b) On peine d'autre part à saisir sur quels éléments se base l'intimée pour retenir que le traitement de la recourante était terminé au 16 juin 2013. En effet, dans son complément d'expertise, le Dr R._____ n'a pas contesté les observations faites par le Dr X._____ à l'occasion de son rapport du 11 juin 2013. Or, ce dernier médecin indique notamment à cette date qu'une physiothérapie prudente mais surtout une remusculation des muscles en question peut être nécessaire. On ignore

toutefois si un traitement tel que décrit était encore nécessaire, pour quelle durée et de quelle nature était-il le cas échéant. Sur la base de l'attestation médicale du 2 octobre 2013 du Dr T._____ il est uniquement établi qu'à cette dernière date, la recourante continuait le suivi de séances de physiothérapie prescrites en lien avec son accident du 3 février 2013.

c) Dans ces conditions, c'est à tort que l'intimée a statué en l'état sans chercher à élucider ces points essentiels. Ce faisant, elle a constaté les faits de façon sommaire et a failli à son devoir de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin (art. 43 al. 1 LPGA et 69 al. 2 RAI [Règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961, RS 831.201]). Dès lors, en l'état actuel du dossier, il subsiste des incertitudes quant à la durée de l'incapacité de travail de la recourante et sur la nécessité, la nature et la durée d'un traitement. L'instruction menée par l'intimée est ainsi lacunaire et ne permet pas de trancher le litige à satisfaction de droit.

Il convient dès lors d'admettre le recours et de renvoyer la cause à M._____ SA pour instruction complémentaire sous la forme d'une expertise (orthopédique) de l'assurée au sens de l'art. 44 LPGA (ATF 137 V 210), laquelle devra notamment porter sur les affections dont la recourante était potentiellement encore atteinte après le 16 juin 2013, leurs traitements éventuels ainsi que leurs conséquences possibles sur la capacité de travail dans l'activité habituelle. L'intimée rendra ensuite une nouvelle décision.

6. En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants, puis nouvelle décision.

Il n'y a pas lieu de percevoir des frais de justice, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA, applicable en vertu de l'art. 1 LAA ; art. 45 LPA-VD).

Ayant obtenu gain de cause avec l'aide d'un mandataire professionnel, la recourante a droit à des dépens (art. 55 LPA-VD et art. 61 let. g LPGA), qu'il convient de fixer à 1'500 francs.

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision sur opposition rendue le 18 septembre 2013 par M. _____ SA est annulée, la cause étant renvoyée à cet assureur pour instruction complémentaire dans le sens des considérants, puis nouvelle décision.

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

- IV. Une indemnité de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à verser à la recourante est mise à la charge de M. _____ SA.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Protekta Assurance de protection juridique SA (pour A. _____),
- M. _____ SA,
- Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP),

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral, RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :