

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 17 décembre 2015

---

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente  
Mmes Thalmann et Röthenbacher, juges  
Greffière : Mme Mestre Carvalho

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**R.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Etienne J. Patrocle,  
avocat à Morges,

et

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

---

**Art. 53 al. 1 LPGA.**

## **E n f a i t :**

**A.** Le 3 novembre 2005, la Blanchisserie J.\_\_\_\_\_ SA, à P.\_\_\_\_\_, a annoncé à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA) que son employée R.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), née en 1975, présentait des troubles du bras gauche, pour lesquels elle avait consulté un médecin le 2 novembre 2005.

A teneur d'un post-it collé sur un rapport médical LAA frappé d'un timbre portant la mention « *SCAN 20 DEC. 2005* », le Dr Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée, s'est adressé en ces termes à la CNA : « *Veillez trouver votre certificat en retour. Il n'y a pas eu d'accident pour cette patiente* ».

Répondant le 21 décembre 2005 à un questionnaire adressé par la CNA, l'assurée a précisé que, le 2 décembre 2005, alors qu'elle portait une armoire à roulettes en poussant en même temps un chariot à roulettes, elle avait ressenti une forte douleur au-dessous du bras gauche jusqu'à l'épaule.

Aux termes d'un rapport médical LAA complété le 10 janvier 2006, le Dr Z.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de cervico-brachialgies gauches et de douleurs thoraciques gauches d'origine mécanique. Il a relevé que lors de la consultation du 2 novembre 2005, l'assurée s'était plainte de douleurs thoraciques gauches subites avec blocage respiratoire associées à des cervico-brachialgies gauches sans cause déclenchante évidente. Pour sa part, il a constaté des douleurs thoraciques à la respiration profonde, para-vertébrales et cervico-dorsales. Il a de surcroît estimé que le contexte psycho-social difficile était susceptible d'influencer défavorablement le cours de la guérison. Répondant à la question « *les lésions sont-elles dues uniquement à accident ?* », le Dr Z.\_\_\_\_\_ a fait état d'une absence d'indication concernant un accident.

Par communication du 19 janvier 2006, la CNA a avisé l'assurée que les conditions pour l'octroi des prestations d'assurance n'étaient pas remplies, motif pris que l'existence d'un accident ou d'une lésion corporelle assimilée à un accident faisait défaut.

Dans un certificat médical initial du 28 février 2006 à l'attention de l'assurance-maladie perte de gain, le Dr Z. \_\_\_\_\_ a indiqué que le traitement avait débuté le 2 novembre 2005 pour des douleurs thoraciques gauches avec blocages respiratoires et cervico-brachialgies gauches, que la patiente avait déjà présenté des dorsalgies D6-D8 en 2003 en relation avec une surcharge professionnelle de mouvements en rotation et que l'atteinte du 2 novembre 2005 n'était pas due à un accident.

**B.** Le 21 février 2014, Me Etienne J. Patrocle, agissant pour l'assurée, a demandé à la CNA de lui faire parvenir une copie du dossier.

Le 13 juin 2014, le conseil de l'assurée a sollicité un réexamen de la situation, au motif que les connaissances de français de l'intéressée à l'époque des faits concernés ne lui avaient pas permis de s'expliquer convenablement ou d'être comprise par ses interlocuteurs. Il a ainsi reformulé comme il suit les circonstances de l'événement du 2 novembre 2005, selon les explications de sa mandante : *« Ce jour-là, alors qu'elle poussait avec la main gauche et tirait de la main droite simultanément 2 chariots lourdement chargés sur un chemin en pente, les roues du chariot avant se sont bloquées au passage du seuil de la porte, provoquant l'arrêt brutal du chariot contre lequel ma cliente est venue s'écraser, lui causant un violent déchirement à l'intérieur de l'épaule gauche et du thorax; son bras gauche s'est ensuite trouvé paralysé depuis la base du poignet jusqu'à l'épaule; ma cliente s'est retenue au chariot pour ne pas tomber et est restée prostrée de longues minutes »*. Il a également requis l'octroi de l'assistance gratuite d'un conseil juridique en faveur de sa mandante. Divers documents étaient joints à cet écrit, dont une lettre manuscrite non datée portant sur le déroulement de l'événement du 2 novembre 2005, une correspondance adressée par l'assurée le 22 mars 2013 à son conseil

évoquant le contexte dans lequel cet événement avait à l'époque été annoncé à l'assureur-accidents et décrivant l'évolution des circonstances jusqu'au stade actuel, ainsi qu'une lettre de l'assurée au Dr Z. \_\_\_\_\_ du 23 avril 2013 revenant sur les faits en question.

Par décision du 11 juillet 2014, la CNA a rejeté la demande de révision de l'assurée au motif qu'elle ne faisait valoir aucun élément nouveau.

Le 12 août 2014, l'assurée, sous la plume de son conseil, a formé opposition à l'encontre de cette décision. A cet effet, elle a soutenu que la nouvelle description de l'événement litigieux correspondait à la définition d'un accident et a reproché à la CNA de ne pas avoir instruit le dossier conformément aux exigences légales, la Caisse ne l'ayant pas rencontrée pour comprendre les circonstances de l'accident du 2 novembre 2005, ni entrepris de commettre un interprète pour s'assurer de la bonne compréhension des questions et de la bonne restitution des réponses. Elle a de surcroît fait valoir que les cervico-brachialgies gauches et douleurs thoraciques gauches d'origine mécanique étaient manifestement la conséquence de l'accident du 2 novembre 2005. A l'appui de son opposition, l'assurée a produit un rapport établi le 5 juin 2007 par le Dr B. \_\_\_\_\_, radiologue, à la suite d'une arthro-IRM du 4 juin 2007, concluant à un signe de tendinopathie inflammatoire du tendon du muscle sus-épineux associée à une bursite sous-acromiale. Elle a également versé en cause un rapport du 4 février 2008 du Dr N. \_\_\_\_\_, médecin chef du Service de chirurgie orthopédique, de traumatologie de l'appareil moteur et de chirurgie de la main des Etablissements hospitaliers [...] (ci-après : les Etablissements O. \_\_\_\_\_), dont il ressortait que la patiente présentait des scapulalgies gauches depuis qu'elle portait ou déplaçait des charges lourdes à son poste de travail, scapulalgies qui semblaient avoir été entraînées par une bursite sous-acromiale. L'assurée en a déduit que la « *causalité professionnelle* » de l'accident était dès lors démontrée.

Par décision sur opposition du 30 septembre 2014, la CNA a confirmé sa décision du 11 juillet 2014 et rejeté l'opposition de l'assurée. Dans sa motivation, la Caisse a relevé pour l'essentiel que la révision procédurale des décisions était subordonnée au respect des délais prévus par la législation applicable et que les connaissances insuffisantes de français de l'assurée ne constituaient manifestement pas un motif de révision. La CNA a en outre rejeté la requête d'assistance gratuite d'un conseil juridique au motif que l'opposition paraissait dénuée de chances de succès.

**C.** Agissant par l'entremise de son conseil, R. \_\_\_\_\_ a recouru le 3 novembre 2014 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision sur opposition précitée, concluant avec dépens à l'annulation de cette décision en ce sens qu'elle a droit à toutes les prestations de l'assurance-accidents dès le 2 novembre 2005. La recourante requiert en outre la production de ses dossiers en mains des Etablissements O. \_\_\_\_\_ et de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, son audition par les juges du Tribunal cantonal, l'audition comme témoins des médecins qui l'ont suivie et qui la suivent, en particulier des Drs Z. \_\_\_\_\_ et N. \_\_\_\_\_, la mise en œuvre d'une expertise médicale afin de déterminer les pathologies dont elle souffre, ainsi que leur cause, notamment leur lien avec l'accident du 2 novembre 2005, et la mise en œuvre de débats publics conformément à la jurisprudence fédérale. En substance, la recourante soutient qu'une révision procédurale s'impose non pas en relation avec sa méconnaissance du français mais bien plutôt en raison des pièces nouvelles postérieures à la décision informelle du 19 janvier 2006, pièces qui prouvent – selon elle – un fait nouveau important antérieur à cette décision, à savoir son état de santé avant ladite décision. Elle reproche de surcroît à la CNA d'avoir violé le devoir d'instruction prévu par la loi en se gardant d'investiguer les circonstances de l'accident du 2 novembre 2005, en particulier le fait antérieur pertinent que constitue la bursite sous-acromiale. Elle se prévaut par ailleurs d'une violation du droit d'être entendu, l'intimée ayant ignoré dans son prononcé du 11 juillet 2014 les pièces postérieures à la décision du 19 janvier 2006 et n'ayant à l'époque

entrepris aucune démarche visant à garantir la bonne compréhension de cette dernière décision soit en lui proposant une traduction, soit en l'invitant à s'adresser à qui de droit pour ce faire, soit encore en la convoquant à un entretien particulier pour lui en expliquer les tenants et aboutissants. La recourante estime également que la Caisse a contrevenu aux règles relatives à la qualification d'un accident. A cet égard, elle soutient en particulier que l'on ignore tout des motifs ayant incité le Dr Z.\_\_\_\_\_ à se prononcer le 10 janvier 2006 dans le sens d'une absence d'indication en faveur d'un accident, considérant quant à elle que l'origine mécanique des douleurs thoraciques gauche plaide au contraire pour un accident. Elle fait en outre valoir une aggravation de son état de santé sur la base des pièces produites en annexe à son recours. Finalement, sous l'angle de l'assistance judiciaire gratuite, la recourante soutient que sans l'aide d'un spécialiste en assurance sociale, elle ne serait pas en mesure de comprendre les démarches à entreprendre et de faire valoir ses droits, notamment au vu de ses problèmes psychologiques, et que ses chances de succès ne sont pas nulles ni plus faibles que ses chances de défaite, au vu des violations invoquées contre la CNA.

Pour étayer ses dires, la recourante produit un onglet comportant différentes pièces déjà au dossier ainsi que divers autres documents. Parmi ceux-ci figurent notamment un rapport du 18 mai 2009 de la Dresse W.\_\_\_\_\_, radiologue, évoquant « *[l']apparition de petites lésions géodiques de la tête humérale postérieurement et la persistance du signe d'une discrète tendinopathie du tendon du muscle sus-épineux* », un rapport du 18 septembre 2009 du Dr G.\_\_\_\_\_, médecin chef au Service d'antalgie des Etablissements O.\_\_\_\_\_, signalant des « *cervico-dorso-scapulo-brachialgies gauches, accompagnées de lombopygialgies, voire de lombosciatalgies gauches* », un second rapport établi par ce même médecin le 30 octobre 2009 constatant l'échec de deux traitements par bloc stellaire et d'un traitement segmentaire, ainsi qu'un rapport du 15 janvier 2010 du Dr Z.\_\_\_\_\_ relevant la persistance de cervico-dorso-scapulo-brachialgies gauches et attestant une incapacité de travail totale, une activité manuelle n'étant plus envisageable.

Le 20 décembre 2014, la recourante a sollicité l'octroi de l'assistance judiciaire.

### **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 (cf. 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 (cf. art. 56 al. 1 LPGA) auprès du tribunal des assurances compétent. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 60 al. 1 LPGA).

Dans le cas présent, le recours a été formé en temps utile et dans le respect des formalités prévues par la loi (cf. 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 (cf. art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (cf. art. 93 let. a LPA-VD).

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises 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 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a ; cf. RCC 1985 p. 53).

**b)** Est litigieux le rejet de la demande de révision déposée par la recourante le 13 juin 2014 en raison de l'absence d'éléments nouveaux. La recourante ne conclut pas expressément à la réforme de la décision litigieuse en ce sens que l'assistance d'un avocat lui est allouée en procédure administrative ; il ressort toutefois de son recours qu'elle entend également contester ce refus.

**3. a)** L'assureur doit rendre par écrit les décisions qui portent sur des prestations, créances ou injonctions importantes ou avec lesquelles l'assuré n'est pas d'accord (cf. art. 49 al. 1 LPGA). Les décisions indiquent les voies de droit. Elles doivent être motivées si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties (cf. art. 49 al. 2 phr. 1 et 2 LPGA). Selon l'art. 51 al. 1 et 2 LPGA, les prestations, créances et injonctions qui ne sont pas visées par l'art. 49 al. 1 LPGA, peuvent être traitées selon une procédure simplifiée, l'intéressé pouvant toutefois exiger qu'une décision soit rendue. Ainsi, celui qui entend contester le refus (total ou partiel) de prestations communiqué à tort par l'assurance-accidents selon une procédure simplifiée, sans décision formelle, doit en principe le déclarer dans un délai d'une année. L'assureur doit alors rendre une décision formelle, contre laquelle la procédure d'opposition est ouverte. A défaut de réaction dans le délai utile, le refus de prestations entre en force comme si la procédure simplifiée de l'art. 51 al. 1 LPGA avait été appliquée à juste titre (cf. ATF 134 V 145 consid. 5.3.2).

**b)** Il suit de là que la communication de la CNA du 19 janvier 2006 est entrée en force, même en l'absence de décision formelle, faute d'avoir été contestée dans le délai d'une année comme le prévoit la jurisprudence.

**4. a)** En vertu de l'art. 53 al. 1 LPGA, les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant. La notion de fait ou moyen de preuve nouveau

s'apprécie de la même manière en cas de révision (procédurale) d'une décision administrative (cf. art. 53 al. 1 LPGA), de révision d'un jugement cantonal (cf. art. 61 let. i LPGA) ou de révision d'un arrêt fondée sur l'art. 123 al. 2 let. a LTF (loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110) (cf. TF 9C\_764/2009 du 26 mars 2010 consid. 3.1, in SVR 2010 IV n° 55 p. 169).

Sont "nouveaux" au sens de ces dispositions les faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables, mais qui n'étaient pas connus du requérant malgré toute sa diligence. La nouveauté se rapporte ainsi à la découverte du fait, et non au fait lui-même. En outre, les faits nouveaux doivent être importants, c'est-à-dire qu'ils doivent être de nature à modifier l'état de fait qui est à la base du jugement entrepris et à conduire à un jugement différent en fonction d'une appréciation juridique correcte. Les preuves, quant à elles, doivent servir à prouver soit les faits nouveaux importants qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment du requérant. Si les nouveaux moyens sont destinés à prouver des faits allégués antérieurement, le requérant doit aussi démontrer qu'il ne pouvait pas les invoquer dans la précédente procédure. Une preuve est considérée comme concluante lorsqu'il faut admettre qu'elle aurait conduit le juge à statuer autrement s'il en avait eu connaissance dans la procédure principale (cf. ATF 127 V 353 consid. 5b et les références ; cf. TF 8C\_824/2014 du 29 décembre 2014 consid. 2). Il n'y a pas motif à révision du seul fait que l'administration ou le tribunal paraît avoir mal interprété des faits connus déjà lors de la procédure principale. L'appréciation inexacte doit bien plutôt être la conséquence de l'ignorance ou de l'absence de preuve de faits essentiels pour la décision (cf. ATF 127 V 353 consid. 5b et les références ; cf. TF 9C\_589/2013 du 2 mai 2014 consid. 4.2 et les références). Ainsi, il ne suffit pas qu'un nouveau rapport médical donne une appréciation différente des faits ; il faut bien plutôt des éléments de fait nouveaux, dont il résulte que les bases de la décision entreprise comportaient des défauts objectifs (cf. ATF 127 V 353 consid. 5b et les références ; cf. TF 8C\_501/2014 du 5 août 2015 consid. 2,

9C\_531/2014 du 27 janvier 2015 consid. 4.1, 9C\_589/2013 du 2 mai 2014 consid. 4.2 et 9C\_371/2008 du 2 février 2009 consid. 2.3).

**b)** Par analogie avec la révision des décisions rendues par les autorités judiciaires, la révision procédurale est soumise aux délais prévus par l'art. 67 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) – applicable par renvoi de l'art. 55 al. 1 LPGA –, à savoir un délai relatif de nonante jours dès la découverte du motif de révision et un délai absolu de dix ans qui commence à courir avec la notification de la décision (cf. HAVE 2005 p. 242 [TFA I 3/05 du 17 juin 2005] ; cf. RAMA 1994 n° U 191 p. 145 ; cf. Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3<sup>e</sup> éd., Zurich/Bâle/Genève 2015, n° 38 ad art. 53 LPGA p. 707).

**5. a)** Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel ou de maladie professionnelle. 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 (cf. art. 4 LPGA). La notion d'accident se décompose ainsi en cinq éléments ou conditions, qui doivent être réalisés cumulativement : une atteinte dommageable ; le caractère soudain de l'atteinte ; le caractère involontaire de l'atteinte ; le facteur extérieur de l'atteinte ; enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident (cf. ATF 129 V 402 consid. 2.1 et les références ; cf. TF 8C\_520/2009 du 24 février 2010 consid. 2).

**b)** L'art. 6 al. 2 LAA permet au Conseil fédéral d'inclure dans l'assurance-accidents des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. En vertu de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 9 al. 2 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accident ; RS 832.202), selon lequel, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, les lésions corporelles suivantes, dont la liste est exhaustive, sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas

causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire, les fractures (let. a), les déboîtements d'articulations (let. b), les déchirures du ménisque (let. c), les déchirures de muscles (let. d), les élongations de muscles (let. e), les déchirures de tendons (let. f), les lésions de ligaments (let. g) et les lésions du tympan (let. h).

**6. a)** En l'occurrence, la recourante a reformulé le 22 mars 2013 les circonstances de l'accident du 2 novembre 2005, arguant du fait que ses connaissances du français lui permettaient enfin de décrire correctement ce qui s'était passé. Dans un second temps, elle a également invoqué à l'appui de sa demande de révision différents rapports médicaux, le dernier datant du 15 janvier 2010, à titre de nouvel élément ou de nouvelles preuves. Force est ainsi de constater que la recourante a largement dépassé le délai de nonante jours pour invoquer la découverte d'un motif de révision. Sa demande de révision est dès lors tardive et le recours, manifestement mal fondé, peut déjà être rejeté pour ce premier motif.

**b)** Cela étant, en ce qui concerne la méconnaissance du français de l'assurée, force est de constater qu'il ne s'agit pas d'un élément nouveau qui n'existait pas au moment de la décision litigieuse. En effet, la méconnaissance du français de la recourante, même si elle était avérée, ne constituerait pas un fait réellement inconnu au moment de la décision initiale entrée en force. De plus, cette méconnaissance paraît peu probable au vu des réponses fournies par l'assurée le 21 décembre 2005, ses explications étant claires ainsi que correctement exprimées et rédigées. Du reste, l'assurée était notamment accompagnée par un collègue lors de sa consultation auprès du Dr Z. \_\_\_\_\_ le 2 novembre 2005 (cf. lettre manuscrite non datée produite le 13 juin 2014 p. 2 ; cf. lettre au Dr Z. \_\_\_\_\_ du 22 avril 2013 p. 1). Il apparaît ainsi que la recourante a modifié ses déclarations depuis la décision de refus de prestations du 19 janvier 2006. Il s'agit là en réalité de nouvelles déclarations qui ne sauraient de toute façon être retenues en vertu de la jurisprudence (cf. ATF 121 V 47 consid. 2a et 115 V 143 consid. 8c). Par ce moyen, l'assurée cherche uniquement à obtenir une appréciation des faits

différente de celle retenue dans la décision initiale, ce qui ne saurait justifier l'application de l'art. 53 al. 1 LPGA (cf. consid. 4a supra ; cf. ATF 127 V 353 consid. 5b). Il n'y a dès lors aucun motif de révision.

**7. a)** Telle que formulée le 13 juin 2014, la demande de révision de la recourante était uniquement basée sur sa méconnaissance du français. On peut dès lors douter de la recevabilité des nouveaux éléments de preuve (rapports médicaux) produits par l'intéressée à l'appui de son opposition et de son recours. Cette question peut toutefois rester ouverte dans la mesure où ces documents ne constituent de toute façon pas des moyens de preuve susceptibles d'établir des faits qui étaient connus lors de la procédure précédente, mais qui n'auraient pas pu être prouvés, au détriment de la recourante.

**b)** La recourante soutient à cet égard que la bursite sous-acromiale est un nouvel élément qui n'a pas pu être établi le 19 janvier 2006 faute d'investigation suffisante et qui se trouve en lien de causalité directe avec l'accident.

A cet égard, on rappellera que, dans sa communication du 19 janvier 2006, l'intimée a réfuté l'existence d'un risque assuré selon la LAA, considérant que les faits survenus le 2 novembre 2005, tels que décrits par l'assurée le 21 décembre 2005, ne répondaient pas à la notion d'accident - comme l'avait par ailleurs attesté le Dr Z. \_\_\_\_\_ en date du 10 janvier 2006 - et que les cervico-brachialgies gauches comme les douleurs thoraciques gauches ne relevaient pas d'une lésion corporelle assimilée à un accident. Ainsi, la décision rendue à l'époque était basée sur deux éléments : l'absence d'accident, d'une part, et l'absence de lésion corporelle assimilée à un accident, d'autre part. Cela étant, on voit mal comment le seul diagnostic de bursite sous-acromiale posé en juin 2007 permettrait de revenir sur la description de l'événement du 2 novembre 2005 ayant amené la CNA à conclure que les faits en question ne correspondaient pas à la notion d'accident, ou comment ce diagnostic - soit l'inflammation d'une bourse séreuse - serait susceptible de remettre

en cause l'absence de lésion corporelle assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA retenue le 19 janvier 2006.

Pour le surplus, le diagnostic même de bursite sous-acromiale ne saurait être considéré comme un fait antérieur pertinent, contrairement à ce que soutient la recourante. Il convient d'observer à ce propos que les examens effectués à l'époque des faits litigieux n'ont révélé que des cervico-brachialgies gauches et des douleurs thoraciques gauches d'origine mécanique, sans cause déclenchante évidente (cf. rapport du Dr Z. \_\_\_\_\_ du 10 janvier 2006). A cela s'ajoute qu'aucun élément apporté par la recourante ne permet de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le diagnostic de bursite sous-acromiale serait en lien avec l'événement du 2 novembre 2005. En l'état, il apparaît uniquement que l'arthro-IRM de l'épaule gauche du 4 juin 2007 a révélé un signe de tendinopathie inflammatoire du tendon du muscle sus-épineux associée à une bursite sous-acromiale. La bursite sous-acromiale ne résulte dès lors pas d'une contusion ou de mouvements répétés comme le soutient la recourante (cf. mémoire de recours du 3 novembre 2014 p. 13), mais d'une tendinopathie. Il ne s'agit donc pas d'un élément nouveau qui n'était pas connu au moment de la décision litigieuse, mais bien d'un vrai *nova* tout comme les nouvelles atteintes qui résultent des rapports médicaux produits par la recourante dans son recours, ce qui exclut une révision au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA.

**c)** Sous un autre angle, la recourante soutient que les cervico-brachialgies seraient manifestement la conséquence de l'événement du 2 novembre 2005, nonobstant le constat du Dr Z. \_\_\_\_\_ dans le sens d'une « *absence d'indication concernant un accident* », et que l'origine mécanique évoquée par ce médecin plaiderait clairement pour un accident (cf. mémoire de recours du 3 novembre 2014 p. 13). Il s'agit là d'une nouvelle appréciation de la recourante et aucunement d'un nouvel élément. Quoi qu'en dise l'assurée, il n'en demeure pas moins que l'intimée a retenu avec le Dr Z. \_\_\_\_\_ l'absence d'accident et que l'origine mécanique des douleurs thoraciques gauches ne témoigne aucunement d'une origine accidentelle mais signifie simplement que les

douleurs thoraciques sont provoquées par les mouvements ou par la respiration par exemple. Il apparaît en réalité que la recourante se limite à avancer une nouvelle appréciation des faits à la base de la décision du 19 janvier 2006, ce qui n'est pas admissible sous l'angle de l'art. 53 al.1 LPGA (cf. consid. 4a supra). Pour ce motif également la demande de révision est manifestement infondée.

**d)** La recourante soutient de surcroît que son état de santé se serait aggravé. Sur ce plan, elle présente une argumentation contradictoire dans laquelle elle mélange visiblement la notion de révision procédurale (cf. art. 53 al. 1 LPGA) avec celles de révision de la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA et de rechute (cf. art. 11 OLAA). On peut d'emblée relever que l'art. 17 al. 1 LPGA n'entre pas en ligne de compte dans le cas particulier. En effet, cette disposition règle la modification du taux d'invalidité des bénéficiaires de rentes et la recourante n'a pas été mise au bénéfice d'une rente par la CNA. Quant à la notion de rechute, elle peut elle aussi être écartée en l'espèce au vu de l'absence de notion d'accident au sens de l'art. 4 LPGA et de lésion corporelle assimilée à un accident. A ce niveau également, l'argumentation de l'assurée s'avère donc inopérante.

**e)** Finalement, sous le couvert d'une violation du droit d'être entendu, la recourante conteste en réalité l'appréciation au fond de l'intimée et impute en outre à la Caisse des obligations allant bien au-delà des exigences découlant de la garantie procédurale du droit d'être entendu. Aussi, là encore, on ne saurait souscrire aux allégations de la recourante.

**f)** Sur le vu de ce qui précède, il apparaît, d'une part, que les motifs de révision invoqués par la recourante sont tardifs et que, d'autre part, l'intéressée n'apporte pas d'éléments nouveaux qui auraient été ignorés au moment de la décision du 19 janvier 2006 et qui permettraient d'établir l'existence d'un accident ou d'une lésion assimilée.

Il s'ensuit que le recours est manifestement mal fondé (cf. art. 82 LPA-VD) et doit être rejeté, la décision attaquée étant confirmée.

**8.** Vu l'issue du litige, il y a lieu d'admettre que les conclusions de la recourante sur la question de fond, en l'espèce la révision demandée, étaient dépourvues de toute chance de succès au regard des motifs de révision invoqués. Il apparaît ainsi que le procès n'aurait pas été engagé ou soutenu par une personne raisonnable plaidant à ses propres frais (cf. ATF 133 III 614 consid. 5, 129 I 129 consid. 2.3.1 et 128 I 225 consid. 2.5.3). En conséquence, l'assistance judiciaire sous la forme de l'assistance d'un mandataire professionnel d'office doit être refusée à la recourante (cf. art. 61 let. f LPGA). De même, l'opposition paraissant dénuée de chances de succès, il convient de confirmer la décision de la CNA de lui refuser l'assistance gratuite d'un conseil juridique dans la procédure administrative (cf. art. 37 al. 4 LPGA).

**9.** Saisi d'une demande tendant à la mise en œuvre de débats publics, le juge cantonal doit en principe y donner suite. Il peut cependant s'abstenir lorsqu'il apparaît clairement, comme en l'espèce, que le recours est infondé (cf. art. 6 par. 1 phr. 2 CEDH [Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 ; RS 0.101] ; cf. ATF 122 V 47 consid. 3b). Par ailleurs, la procédure incidente relative à l'assistance judiciaire ne porte pas sur des « *droits de caractère civil* » au sens de cette disposition conventionnelle ; en conséquence, son champ d'application ne s'étend pas à cette procédure (cf. TF 5A\_446/2009 du 19 avril 2013 consid. 6.2.1 ; cf. CourEDH, décision d'irrecevabilité Hilpert c. Suisse du 29 novembre 2001, req. 61316/00). Il s'ensuit qu'il n'y a pas lieu de donner suite à la requête de la recourante.

**10.** Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (cf. art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens dès lors que la recourante, certes assistée d'un mandataire professionnel, n'obtient pas gain de cause (cf. art. 55 LPA-VD et art. 61 let. g LPGA).

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

- I. Le recours est rejeté.
  
- II. La décision sur opposition rendue le 30 septembre 2014 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
  
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.
  
- IV. La requête d'assistance judiciaire est rejetée.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Etienne J. Patrocle (pour R. \_\_\_\_\_),
- 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 :