

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 7 janvier 2020

Composition : Mme PASCHE, présidente
M. Métral, juge, et M. Oppikofer, assesseur
Greffière : Mme Guardia

Cause pendante entre :

F. _____, à [...], recourante, représentée par Me Laurent Damond, avocat
à Lausanne,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à
Lucerne, intimée, représentée par Me Didier Elsig, avocat à Lausanne.

Art. 4 et 16 LPGA ; art. 6 al. 1, 18 al. 1 et 24 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. F. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], de nationalité [...] et titulaire d'un permis [...], droitrière, a travaillé dès le [...] 2011 en qualité de [...] auprès de [...] au taux de 40 %.

Elle était assurée à ce titre contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 15 août 2011, alors qu'elle conduisait un vélomoteur dans le cadre de son travail, l'assurée a expliqué avoir freiné brusquement ce qui a fait que la remorque qu'elle tractait l'a poussée et être tombée. Elle a précisé qu'elle conduisait habituellement un autre scooter dont les freins étaient plus performants. La partie du corps atteinte était le bras droit et la lésion décrite comme une contusion.

Les premiers soins ont été donnés le lendemain par la Dre W. _____, spécialiste en médecine interne générale, qui a relevé ce qui suit s'agissant du déroulement de l'accident :

« Chute à vélomoteur la veille en descendant sur la pente du garage, a freiné et son engin a basculé → chute sur le côté droit, s'est tapée l'épaule droite ».

La CNA a pris le cas en charge.

Par rapport du 17 novembre 2011, le Dr K. _____, spécialiste en radiologie, a rendu compte d'une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) et posé la conclusion suivante :

« Déchirure du tendon sus-épineux à sa partie antérieure, à proximité du foot print, le degré de déchirure (partielle profonde versus transfixiante) étant difficilement définissable en l'absence de produit de contraste arthrographique. Tendinopathie du long chef bicipital et aspect est épaissi / proéminent de l'ancre bicipitale. Tendinopathie d'insertion sous-scapulaire.

Léger empatement de l'intervalle des rotateurs. Irrégularités du bourrelet à sa partie antéro-inférieure. Bursite sous-acromiale et arthrose acromio-claviculaire modérée ».

Le 20 décembre 2011, l'assurée a subi un examen sous narcose de l'épaule droite, une arthroscopie de l'épaule droite, une bursectomie bursoscopique à l'épaule droite, une ténodèse, puis ténotomie du long chef bicipital, après avivement, à l'épaule droite, une refixation arthroscopique, après avivement, de la déchirure partielle pratiquement transfixiante du tendon sus-épineux à l'épaule droite, une refixation arthroscopique, après avivement, de la déchirure de la partie haute du tendon sous-scapulaire à l'épaule droite et une injection intra-articulaire de PRP à l'épaule droite.

Par rapport du 26 mars 2012, le Dr J._____, spécialiste en radiologie, a relevé ce qui suit :

« Hypercaptation tissulaire modérée et hyperfixation en phase osseuse en surprojection de l'épaule droite compatibles avec le status postopératoire récent ; une algodystrophie paraît peu probable. Pas de captation ou de fixation anormale du coude et du carpe à droite ».

Dans un rapport du 30 avril 2012, le Dr P._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a préconisé un séjour de rééducation auprès de [...].

Une IRM cervicale réalisée le 31 mai 2012 par le Dr S._____, spécialiste en radiologie, a permis de constater des discopathies étagées, particulièrement prononcées de C3-C4 à C5-C6, sans conflit de racines ni canal étroit.

Dans un envoi du 28 juin 2012, le Dr C._____, spécialiste en anesthésiologie et en traitement interventionnel de la douleur, a expliqué au Dr P._____ que la symptomatologie dont se plaignait l'assurée paraissait plus d'origine cervicale que véritablement scapulaire.

Le Dr M._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement auprès de la CNA, a examiné l'assurée le 2 juillet 2012. Dans son rapport du même jour, il a posé les diagnostics de status après suture de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, de capsulite rétractile au décours et de suspicion de Sudeck non confirmée lors de la scintigraphie osseuse du 26 mars 2012. Le Dr M._____ a précisé que bien que l'atteinte somatique soit claire, la composante psychologique semblait non négligeable. Il a indiqué une incapacité totale de travail dans la profession exercée. Le spécialiste a enfin rejoint la proposition du Dr P._____ préconisant un séjour à [...] afin d'optimiser la récupération de la mobilité par une physiothérapie intensive.

Par rapport du 30 mars 2012 au Dr P._____, le Dr H._____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, a indiqué que, pendant la journée du 20 décembre 2011, la patiente avait fait une surdité brusque de l'oreille gauche et qu'elle n'avait malheureusement aucune récupération auditive, l'évolution défavorable impliquant probablement un appareillage auditif.

L'assurée a séjourné à [...] du 21 août au 19 septembre 2012. Dans leur rapport du 25 octobre 2012, le Dr X._____, spécialiste en rhumatologie, et la Dre V._____, respectivement médecin adjoint et médecin-assistante auprès [...], ont relevé ce qui suit :

« **DIAGNOSTIC PRINCIPAL**

- Thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs persistantes de l'épaule droite

DIAGNOSTICS SUPPLEMENTAIRES

- 20.12.2011 : intervention d'arthroscopie de l'épaule droite avec bursectomie, ténotomie et ténodèse du long chef du biceps à l'aide d'une [sic] ancre, refixation du tendon du supra-épineux, refixation du tendon sub-scapulaire à l'aide d'une ancre et injection intra-articulaire de PRP pour tendinopathie sévère avec micro-instabilité de type III (HABERMEYER) du long chef du biceps au niveau de la gouttière bicapitale droite et déchirure partielle de la partie haute du tendon sub-scapulaire associée à déchirure partielle transfixiante du tendon supra-épineux
- Traumatisme de l'épaule droite le 15.08.2011

- Vertiges d'origine iatrogène probable (Myorelaxant Mydocalm)
- Notion de dépression après la perte de son ex mari
- Surdité brusque de 50 % de l'oreille gauche après l'intervention chirurgicale de décembre 2011

La RX d'épaule réalisée à l'entrée le 23.08.2012 est sp, notamment pas de signe d'omarthrose et les espaces articulaires sont bien conservés.

[...]

L'arthro-IRM faite en pré-opératoire 01 12 2011 met en évidence une rupture transfixiante partielle du supra-épineux, une bursite sous-acromio-deltoïdienne ainsi que des signes de rupture partielle de la partie supérieure du tendon du sub-scapulaire. Il y a également des altérations de signal pour la portion intra-articulaire du tendon du long chef du biceps, évoquant une rupture partielle ou une tendinopathie. La scintigraphie du 26.03.2012 n'est pas évocatrice d'une algodystrophie et l'IRM cervicale réalisée à fin mai 2012 montre des discopathies étagées, particulièrement prononcées de C3-C4 et C5-C6, sans refoulement des racines, ni canal étroit.

[...]

Sur le plan psychique, aucune psychopathologie n'a été retenue. Une probable phase anxio-dépressive réactionnelle légère ayant justifié la prescription de Citalopram au printemps 2012, semble totalement jugulée sous ce traitement. Sur le plan psychologique, une initiation à la relaxation et une participation aux groupes ont été mises en place. Il a été proposé la poursuite du traitement médicamenteux de Citalopram sans changement du dosage.

[...]

Du point de vue médical, la situation n'est pas encore stabilisée. A la sortie, l'incapacité de travail totale est maintenue et elle poursuivra la physiothérapie et la baln eoth rapie.

En résumé : nous sommes actuellement à dix mois d'une réparation de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite chez une patiente de 50 ans, qui présente toujours des douleurs de type accrochage et une faiblesse lors d'activités répétées prolongées. Avec la prise en charge en physiothérapie l'évolution est plutôt favorable, mais du point de vue médical, pas encore stabilisée. Une r education sera poursuivie à raison de 2 x/semaine en physiothérapie et en baln eoth rapie. Dans ce contexte, l'incapacité totale de travail est maintenue pendant un mois.

Concernant un syndrome vertigineux développé durant le séjour, une étiologie vestibulaire a pu être  cart e et nous retenons ce syndrome dans le contexte d'une intolérance aux myorelaxants. D'autre part, la patiente sera suivie ambulatoirement pour l'adaptation des appareils auditifs, par l'audio-prothésiste ».

Le 10 septembre 2012, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI).

Par décision du 30 novembre 2012, la CNA a refusé de prendre en charge les frais médicaux en lien avec les troubles auditifs de l'assurée, au motif qu'ils ne se trouvaient pas en lien de causalité avec l'événement du 15 août 2011.

Dans un rapport du 12 février 2013, le Prof. N._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a relevé que sa patiente présentait un syndrome douloureux chronique cervico-brachial droit. L'épaule était souple et la coiffe des rotateurs paraissait compétente. Le spécialiste n'avait pas l'impression qu'il persistait une pathologie orthopédique significative à l'origine de l'état douloureux.

Par rapport du 9 octobre 2013, le Dr P._____ a rendu compte de son examen de l'assurée du 2 octobre 2013. Cette dernière lui avait déclaré aller mieux mais que, depuis qu'elle avait cessé de prendre l'antidépresseur prescrit, les douleurs à son épaule étaient réapparues. Les problèmes de l'assurée étaient surtout liés à l'oreille avec d'importants acouphènes. Il n'y avait pas d'incapacité de travail liée à l'épaule, celle-ci étant en ordre du point de vue mécanique.

Le 11 novembre 2013, le Dr M._____ a examiné l'assurée. Dans son rapport du même jour, il a relevé que l'assurée se plaignait de cervicalgies persistantes voire en augmentation depuis l'infiltration effectuée par le Dr C._____, en particulier du côté gauche. Le Dr M._____ a indiqué que, du point de vue médical, l'examen clinique de l'épaule droite montrait une mobilité satisfaisante avec une coiffe compétente. Il notait toutefois une atrophie relative, tant au niveau du sus-épineux que du deltoïde par rapport au côté gauche. L'examen était surtout dominé par des douleurs exquises à la palpation de la gouttière bicipitale et du tendon du biceps associées à des irradiations, tant en amont qu'en aval. Concernant l'avant-bras, il notait la présence d'une forme frustrée de tendinite des radiaux et du long supinateur, associée à des douleurs de l'arcade de Frohse. Le Dr M._____ a dès lors préconisé

une infiltration de cortisone de l'épaule droite. Il a précisé que la situation n'était pas stabilisée à son avis et qu'elle justifiait une incapacité totale dans la profession exercée.

Par rapport du 19 mars 2014, le Dr G._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé les diagnostics de lésion transfixiante itérative du tendon sus-épineux et de la partie haute du tendon sous-scapulaire de l'épaule droite et de status post-réparation arthroscopique d'une lésion du tendon sus-épineux, de la partie haute du tendon sous-scapulaire avec ténodèse du long chef du biceps de l'épaule droite le 20 décembre 2011. Le spécialiste a relevé qu'une nouvelle IRM de l'épaule droite - réalisée le 23 janvier 2014 - mettait en évidence une rupture itérative du tendon sus-épineux. L'évolution après l'infiltration réalisée restait stagnante avec persistance de cervico-brachialgies droites. Le Dr G._____ a précisé qu'il était préférable que l'assurée envisage un métier qui ne nécessiterait pas d'effort de plus de 2 à 5 kg pour son épaule droite ni de mobilisation répétitive de cette épaule au-dessus du buste.

Dans un rapport du 15 mai 2014 rendant compte de l'examen de l'assurée, le Dr M._____ a relevé que l'examen clinique était surtout dominé par une symptomatologie localisée à la région cervicale, avec une légère prédominance à droite sous forme de contractures et de douleurs à la palpation de tous les étages. L'épaule droite était souple, avec une mobilité pratiquement complète - avec un déficit de 10 à 15° tant en élévation qu'en abduction et un arc douloureux entre 120 et 90° à la descente. Le médecin était frappé - d'un point de vue psychologique - par le comportement de l'assurée attribuant systématiquement l'ensemble de ses maux à l'intervention chirurgicale sur l'épaule droite. Il notait également une autolimitation déclarée sous la forme de l'impossibilité d'effectuer une activité professionnelle ou de simples tâches ménagères. Compte tenu qu'aucun traitement spécifique n'avait été entrepris au niveau de la nuque, le Dr M._____ préconisait un séjour auprès de [...]. A l'occasion d'un entretien téléphonique du même jour, le médecin a réitéré

cette proposition. Interpellée par téléphone, l'assurée a donné son accord à ce séjour.

L'assurée a séjourné à [...] du 11 juin au 4 juillet 2014. Dans leur rapport du 24 juillet 2014, les Drs B._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et D._____, respectivement chef de clinique adjoint et médecin-assistante à [...], ont notamment indiqué ce qui suit :

« DIAGNOSTIC PRINCIPAL

- Thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs chroniques de l'épaule droite et cervicalgies

DIAGNOSTICS SUPPLEMENTAIRES

- Lésion transfixiante itérative du tendon sus-épineux et de la partie haute du tendon sous-scapulaire de l'épaule droite (arthro-IRM du 23.01.2014)
- Accident de vélomoteur le 15.08.2011 avec :
 - déchirure de la partie haute du tendon sous-scapulaire et lésion partielle du tendon du sus-épineux
- Arthroscopie épaule droite le 20.11.2011, avec bursectomie, ténotomie-ténodèse du LCB, refixation du tendon du sus-épineux, et tendon sous-scapulaire et injection intra-articulaire de PRP
- Infiltration sous-acromiale de l'épaule droite le 03.02.2014
- Troubles dégénératifs de la colonne cervicale :
 - discopathies dégénératives prédominant de C3-C4 à C5-C6 (IRM cervicale du 31.05.2012)
- Infiltration cervicale le 05.07.2012
- Céphalées d'origine cervicales probables

CO-MORBIDITÉS

- Hypoacousie gauche non appareillée
- Notion de sensations vertigineuses

[...]

Aucun nouveau diagnostic n'a été posé au cours du séjour, en particulier aucune psychopathologie retenue. Pour notre psychiatre, il n'y a pas de psychopathologie décompensée actuellement. [...]. [L'assurée] reste très centrée sur les douleurs. Il est relevé également une peur du mouvement et une peur de devenir paralysée, chez une patiente qui ne veut plus être infiltrée.

L'ENMG du 27.06.2014 ne montre pas de signe d'atteinte radiculaire pouvant expliquer l'extension des douleurs au membre supérieur.

Les plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquent pas principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour (cf. liste diagnostics), en lien avec des lésions de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite et des troubles dégénératifs de la colonne cervicale.

Des facteurs contextuels, chez une patiente de 52 ans non qualifiée qui reste centrée sur les douleurs et présente une peur du mouvement, jouent un rôle important dans les plaintes et les limitations fonctionnelles rapportées par la patiente et influencent défavorablement le retour au travail.

[...]

Subjectivement, la patiente décrit une augmentation des douleurs cervicales et à l'épaule droite, et des sensations d'instabilité, l'amenant à s'allonger au sol, avec des plaintes douloureuses croissantes. Elle demande à écourter son séjour, ayant l'impression de mieux pouvoir gérer ses douleurs chez elle.

Objectivement, il n'y a pas d'évolution durant le séjour (cf. rapports et tests fonctionnels). La participation de la patiente est limitée par des auto-limitations, chez une patiente à tel point centrée sur les douleurs qu'il n'y a pas [sic] été possible d'établir un programme de rééducation qui se tienne. La prise en charge en rééducation vestibulaire n'a pas été possible au vu des réactions pendant la séance d'évaluation.

Les limitations fonctionnelles définitives suivantes sont retenues : ports de charges répétés supérieures à 5 kg, activité au-dessus du plan des épaules.

La situation est stabilisée du point de vue médical. Aucune nouvelle intervention n'est proposée.

[...]

Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité est défavorable en lien avec les facteurs médicaux retenus après l'accident, chez une patiente de 52 ans qui reste centrée sur les douleurs et qui présente une peur du mouvement et de devenir paralysée.

Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles ci-dessus est défavorable en lien avec les facteurs contextuels mentionnés ci-dessus, chez une patiente non-qualifiée maîtrisant mal le français ».

Dans une note interne du 12 août 2014, le Dr R._____, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA, a relevé que les troubles cervicaux prédominant dans la situation de l'assurée n'étaient pas du ressort de la CNA de sorte que le cas devait être clôturé.

Par rapport du 16 septembre 2014, le Dr M. _____ a rendu compte de son examen final de l'assurée du même jour. Il a notamment indiqué ce qui suit :

« Diagnostic :

Status 2¹/₂ ans après arthroscopie de l'épaule D avec bursectomie, ténotomie et ténodèse du long chef du biceps, refixation du tendon sus-épineux, refixation du tendon sous-scapulaire et injection articulaire de PRP pour déchirure partielle du sous-scapulaire et du sus-épineux.

Status avec vertiges d'origine iatrogène sur probables myorelaxants. Surdité brusque de 50 % de l'oreille G après intervention chirurgicale de décembre 2011.

Arthrose cervicale C3-C4 et C5-C6.

5. Appréciation

[...]

Du point de vue médical, l'examen clinique est parfaitement superposable à celui réalisée [sic] en date du 15.05.2014 avec une symptomatologie localisée à la région cervicale avec légère prédominance à droite sous forme de contractures et de douleurs à la palpation.

Par rapport à notre dernier examen, force est de constater que le séjour à [...] n'a nullement amélioré la situation, bien au contraire. En effet, du point de vue comportemental, nous notons à l'instar des conclusions de [...], d'importantes autolimitations dépassant largement la pathologie de l'épaule qui nous concerne.

S'agissant de l'arthrose cervicale C3-C4 et C5-C6, l'ensemble des investigations y compris lors du dernier séjour [...] n'ont pas permis de mettre en évidence de lésions structurelles imputables à l'événement qui nous concerne. De ce fait, elles ne sont clairement pas en relation de causalité naturelle.

S'agissant des vertiges, ceux-ci sont d'origine iatrogène sur probables myorelaxants qui, nous le rappelons, ont été également prescrits dans le contexte de la pathologie cervicale. En ce sens, la relation de causalité avec l'événement ne peut être retenue.

Du point de vue ass curologique, des limitations fonctionnelles sont à reconnaître pour le MSG que sont : le port de charges de plus de 5 kg, toute activité en-dessus de l'horizontale, toute activité répétitive en traction ou en répulsion du MSD et tout travail en force ou en rotation du MSD. En tenant compte des limitations, l'exigibilité est complète dans une activité adaptée.

Concernant le traitement à long terme, restent à la charge de la Suva, les antidouleurs et anti-inflammatoires sur prescription médicale ainsi que 2x/9 séances de physiothérapie par année pour une période de 3 ans à réévaluer.

La situation est stabilisée et donne droit à une IPAI faisant l'objet d'une appréciation séparée ».

Par rapport du même jour, le Dr M. _____ a estimé l'atteinte à l'intégrité de l'assurée à 5 %.

Par attestation du 23 septembre 2014, [...] a indiqué que le salaire horaire de l'assurée se serait élevé, en 2014, à 25 fr. 93, et les allocations familiales mensuelles à 330 francs. Son horaire de travail hebdomadaire s'élevait à 16 heures 80 à un taux de 40 %. A l'occasion d'un entretien téléphonique du 29 septembre 2014, l'ancien employeur a confirmé que les 8.33 % de vacances étaient compris dans le salaire horaire susmentionné et que l'assurée n'avait pas de droit à un treizième salaire.

Par projet de décision du 28 octobre 2014, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui octroyer une rente entière d'invalidité entre le 1^{er} mars 2013 et le 31 décembre 2014, le degré d'invalidité retenu dès le 1^{er} octobre 2014 étant de 4.25 %.

Par envoi du 5 novembre 2014, la CNA a informé l'assurée qu'elle comptait mettre fin au paiement des soins médicaux - sous réserve des médicaments antidouleurs et anti-inflammatoires sur prescription médicale ainsi que deux fois neuf séances de physiothérapie par année - et de l'indemnité journalière avec effet au 31 décembre 2014.

Dans un rapport du 13 novembre 2014, le Dr G. _____ a confirmé que la situation de l'assurée demeurait inchangée et a préconisé la continuation de la physiothérapie.

Par décision du 25 novembre 2014, la CNA a estimé que la perte de gain subie par l'assurée ensuite de l'accident litigieux n'ouvrait pas le droit à une rente d'invalidité. Elle a en outre octroyé à l'assurée une indemnité pour atteinte à l'indemnité (IPAI) de 5 % correspondant à 6'300 francs.

Il ressort des pièces au dossier que, pour déterminer le revenu avec invalidité, la CNA s'est fondée sur son fichier de données salariales résultant de descriptions de postes de travail (DPT). Elle a sélectionné cinq fiches de postes actuels dans le canton de Vaud, savoir : n^{os} 3400

(collaboratrice de production, fonction : prémontage), 10353891 (employée d'horlogerie, fonction : posage), 5788 (collaboratrice de production, fonction : décolletage), 658779 (collaboratrice de production, fonction : assemblage manuel pur) et 4688 (collaboratrice de production, fonction : contrôle visuel et ensachage). Le revenu avec invalidité retenu par la CNA de 51'758 fr. correspondait à la moyenne des revenus de ces cinq postes.

Par courrier du 8 décembre 2014, l'assurée, représentée par AXA-ARAG Protection juridique SA, s'est opposée à la décision du 25 novembre 2014 dans les termes suivants :

« [...] copie de votre décision du 25 novembre 2014, qui est admise en ce qu'elle reconnaît sur le principe l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité, mais contestée quant au montant, aux dates d'incapacité retenues. Par ailleurs, dite décision est prématurée considérant notamment la contestation en cours au niveau invalidité. Nous concluons dès lors, outre à l'annulation de votre décision au sens de ce qui précède, à la suspension de votre dossier jusqu'à ce que nous soyons plus au clair sur la situation médicale et ses répercussions sur la capacité de travail ».

Par courriel du 27 mars 2015, la CNA a suspendu la procédure d'opposition jusqu'à droit connu sur la procédure ouverte auprès de l'OAI.

Dans un rapport du 7 septembre 2017, la Dre Q._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué suivre l'assurée depuis le 11 novembre 2014 en raison d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique, avec un diagnostic différentiel de trouble douloureux somatoforme chez une patiente présentant un trouble de la personnalité à trait dépendant et anankastique péjoré par des difficultés contextuelles et socioprofessionnelles. La psychiatre a indiqué estimer que l'assurée n'était pas en mesure - compte tenu de son état dépressif léger à moyen - d'avoir une activité professionnelle à 100 %, sa capacité de travail s'élevant au maximum à 50 % dans une activité ne la confrontant pas avec de la rapidité et un stress permanent.

Le 1^{er} novembre 2017, l'OAI a transmis son dossier à la CNA. Y figuraient en particulier les documents suivant :

- un rapport du 7 octobre 2014 de la Dre Z._____, spécialiste en chirurgie et médecin auprès du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), relevant en particulier ce qui suit :

« L'examen clinique final de la SUVA du 16.09.2014 décrit une situation médicale stabilisée et superposable à cela [sic] du 15.05.2014 (examen intermédiaire SUVA, GED 04.07.2014) avec une symptomatologie localisée à la région cervical[e] avec légère prédominance à droite sous forme [de] contracture [et] douleurs à la palpation. Lors du dernier séjour à la CRR, les investigations cliniques et para cliniques n'ont pas mis en évidence de lésions structurales imputables à l'accident du 15.08.2011, mais ils ont décrit une arthrose cervicale C3-C4 et C5-C6 ; les vertiges sont d'origine iatrogène mais peuvent être prescrites [sic] dans le contexte de la pathologie cervicale. A signaler des importantes autolimitations de la part de l'assurée qui dépassent largement la pathologie de l'épaule.

Conclusion

L'examen final de la SUVA est détaillé et convaincant : par conséquence, nous adhérons aux conclusions de la SUVA et retenons une capacité de travail de 0% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée à partir du jour de l'examen final cité avec les limitations fonctionnelles [...] ».

- un rapport d'expertise du 1^{er} mars 2017 de la Dre L._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et d'T._____, psychologue, posant le diagnostic avec répercussion sur le rendement mais pas la capacité de travail d'épisodes dépressifs récurrents légers évoluant avec des hauts et des bas depuis au moins 2014 (F33.0). Les spécialistes ont retenu comme diagnostics sans répercussions sur la capacité de travail ceux de trouble douloureux somatoforme persistant sans indices de gravité juridiques remplis (diagnostic moins probable) (F45.4) versus facteurs psychologiques ou comportementaux associés à des troubles ou maladies classées ailleurs sans indices de gravité juridiques remplis (diagnostic plus probable) (F54) et de traits de la personnalité anankastique et dépendant, actuellement non décompensés (Z73.1). Les expertes n'ont pas retenu de limitations fonctionnelles significatives d'un point de vue psychiatrique mais

uniquement des douleurs, une fatigue sans ralentissement psychomoteur et des troubles de la concentration subjectifs. En tenant compte de ces limitations fonctionnelles, la capacité de travail clinique s'élevait à 100 % avec une baisse de rendement de 30 % dans une activité adaptée au niveau d'acquisition et au status somatique de l'assurée, la dernière activité étant une activité adaptée d'un point de vue psychiatrique.

- un avis du 4 avril 2017 de la Dre Z. _____ du SMR faisant l'analyse suivante du cas :

« Sur la base du Rapport d'examen SMR du 07.10.2014, lui-même appuyé par le rapport d'examen final de la SUVA du 16.09.2014, une CT nulle dans l'activité habituelle depuis le 30.11.2011 et une CT entière dans une activité adaptée d'épargne du membre supérieur droit à partir du 16.09.2014 ont été retenus en raison des séquelles orthopédiques d'un accident avec contusion de l'épaule droite survenu le 15.08.2011.

L'assurée conteste le projet de décision de l'OAI du 28.10.2014 avec l'appui de son représentant légal qui se refait [sic] au rapport médical du 12.06.2015 de la Dresse Q. _____, psychiatre de l'assurée depuis le 11.11.2014, qui mentionnait une atteinte psychiatrique depuis 2012 (trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger-moyen avec syndrome somatique, trouble de la personnalité à traits dépendants et anankastique). Une IT totale dans toute activité ainsi que l'impossibilité de mise en place de mesures de réadaptation étaient retenues.

Par conséquent, afin de cerner les diagnostics au plan psychiatrique et déterminer les retentissements sur la CT, une expertise psychiatrique a été demandée dans l'avis SMR du 25.06.2015.

Cette expertise a été réalisée le 17.01, 14.02 et 28.02.2017 par la Dresse L. _____, psychiatrie FMH (Rapport du 01.03.2017).

Après une étude fouillée des documents médicaux à disposition, une anamnèse détaillée avec prise en considération des plaintes de l'assurée, un status clinique exhaustif, l'expert a retenu des épisodes dépressifs récurrents légers (F33.0) fluctuants (« évoluant avec des hauts et de bas ») depuis 2014 dans le contexte d'un trouble douloureux persistant (F45.4) versus facteurs psychologiques ou comportementaux associés à des troubles ou des maladies classées ailleurs (F54) avec traits de la personnalité dépendante et anankastique (Z73.1).

La Dresse L. _____ a discuté les points litigieux de façon convaincante et a précisé les raisons pour lesquelles [elle] s'est écartée de l'appréciation du psychiatre traitant et, au contraire, a admis des diagnostics différents, toujours selon le libellé exact et les critères des ouvrages de référence.

La prise en considération des indicateurs standards conformément à l'arrêt du TF du 3 juin 2015 concernant l'évaluation des affections psychosomatiques n'a pas permis de démontrer le caractère durablement incapacitant du trouble douloureux : l'assurée peut effectuer les travaux ménagers légers et les

courses dans le respect des limitations fonctionnelles induites par l'atteinte somatique, la journée type est bien structurée, la vie sociale est préservée (elle est partie en vacances au Portugal en voiture en octobre 2016 et aimerait repartir en avril 2017) (page 22, 32-36, 43).

En plus un substrat organique pouvant justifier les douleurs existe (accident) et il précède l'apparition de l'affection psychiatrique.

L'examen psychométrique effectué par l'expert fait état de bonnes capacités intellectuelles et de concentration, contrairement aux plaintes subjectives (page 23).

Les traits de la personnalité mentionnés peuvent décompenser ponctuellement mais n'ont pas empêché l'assurée d'exercer une activité professionnelle adéquate avant l'accident (page 41).

Dès lors l'expert n'a pas retenu de limitations fonctionnelles significatives d'un point de vue psychiatrique, mais seulement des douleurs et une fatigue subjective sans ralentissement psychomoteur objectivable et des troubles de la concentration subjectifs (page 19-20, 30).

La CT peut, donc, être considéré [sic] entière avec une baisse de rendement de 30% d'un point de vue psychiatrique dans toute activité adaptée à l'atteinte somatique depuis 2014 (page 46-47).

L'expert a aussi bien mentionné des facteurs étrangers qui limiteraient une reprise professionnelle (page 40-41), mais qui ne rentrent pas en ligne de compte dans notre évaluation assurantielle d'ordre biomédicale.

Le traitement a été conduit selon les règles de l'art, la coopération est apparue bonne, selon l'avis de l'expert (page 44).

Conclusion

Nous confirmons notre ancienne appréciation basée sur l'examen final du Dr M. _____ de la SUVA, selon laquelle l'activité de factrice n'est plus exigible en raison de l'atteinte somatique.

Par contre une activité adaptée aux limitations somatiques reste exigibles [sic] à 100% depuis 2014 avec une baisse de rendement de 30% d'un point de vue psychiatrique ».

- un projet de d'acceptation de rente du 22 mai 2017 annulant et remplaçant le projet du 28 octobre 2014, reconnaissant à l'assurée le droit à une rente entière d'invalidité entre le 1^{er} mars 2013 et le 31 décembre 2014, le degré d'invalidité retenu dès le 1^{er} octobre 2014 étant de 29.77 %. C'était en raison d'une baisse de rendement de 30 % d'un point de vue psychiatrique que l'OAI avait rendu un nouveau projet de décision.

Par courrier du 19 avril 2018, la CNA a informé l'assurée de la reprise de la procédure d'opposition.

Par envoi du 26 octobre 2018, la recourante, représentée par Me Laurent Damond, a précisé son opposition. Elle a fait valoir ne pas être

en mesure d'exercer une des activités retenues par la CNA pour calculer le revenu avec invalidité et a demandé le versement d'une rente d'invalidité.

Par décision sur opposition du 23 novembre 2018, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assurée. Elle a notamment considéré que les troubles psychiques dont l'intéressée est atteinte n'étaient pas en relation de causalité adéquate avec l'événement litigieux. La CNA s'est en outre ralliée aux conclusions du Dr M. _____ et a estimé que l'assurée était en mesure d'exercer à 100 % une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

B. Par acte du 11 janvier 2019, F. _____, représentée par Me Damond, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente d'invalidité dont le taux serait fixé à dire de justice et subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimée pour nouvelle décision. Elle a fait valoir que, compte tenu de ses atteintes à la santé - tant physiques que psychiques - sa capacité de gain était fortement réduite et qu'elle n'était pas en l'état capable d'exercer une activité au gain présumé par la CNA ni d'exercer les professions retenues par l'intimée. Elle a considéré que son taux d'invalidité était dès lors bien supérieur à 10 %. A titre de mesure d'instruction, la recourante a requis la mise en œuvre d'une expertise orthopédique et psychiatrique « afin de constater s'il existe une capacité résiduelle de travail ».

Dans sa réponse du 12 avril 2019, la CNA, représentée par Me Didier Elsig, a conclu au rejet du recours.

E n d r o i t :

1. **a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les

décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile compte tenu des fêtes de Noël (art. 38 al. 4 let. c LPGA) auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a et 96 LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]), et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable

2. a) Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-accident à raison de l'événement du 15 août 2011, singulièrement sur le point de savoir si elle peut prétendre à des prestations de la CNA (autres que les antidouleurs et anti-inflammatoires sur prescription médicale et deux fois neuf séances de physiothérapie par année) du fait de cet événement au-delà du 31 décembre 2014.

b) Les modifications de la LAA introduites par la nouvelle du 25 septembre 2015 (RO 2016 4375), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017, ne sont pas applicables au cas d'espèce. Selon le ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification (RO 2016 4388), les prestations d'assurance allouées pour les accidents qui sont survenus avant l'entrée en vigueur de la modification du 25 septembre 2015 sont en effet régies par l'ancien droit.

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Selon l'art. 4 LPGA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort.

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration, le cas échéant le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références citées).

c) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 ; TF 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.1 et les références citées).

d) En vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique, il faut d'abord classer les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants, ou de peu de gravité ; les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, 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 (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa ; 403 consid. 5c/aa ; TF 8C_775/2017 du 13 juin 2018 consid. 5.2). Le Tribunal fédéral a encore précisé que ce qui est déterminant à cet égard, ce sont les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent. La gravité des lésions subies – qui constitue l'un des critères objectifs définis par la jurisprudence pour juger du caractère adéquat du lien de causalité – ne doit être prise en considération à ce stade de l'examen que dans la mesure où elle donne une indication sur les forces en jeu lors de l'accident (TF 8C_567/2017 du 12 mars 2018 consid. 5.1). Le caractère adéquat du lien de causalité ne peut être admis que si l'accident revêt une importance déterminante dans le déclenchement de l'affection psychique. Ainsi, lorsque l'événement accidentel est insignifiant – comme par exemple le cas d'une glissade (ATF 115 V 133 consid. 6a), l'existence du lien en question peut d'emblée être niée, tandis qu'il y a lieu de le considérer comme établi, lorsque l'assuré est victime d'un accident grave. En revanche, lorsque la gravité de l'événement est qualifiée de moyenne, la jurisprudence a dégagé un certain nombre de critères objectifs à prendre en considération pour l'examen du caractère adéquat du lien de causalité, dont les plus importants sont les suivants (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références citées) :

- 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 des complications importantes ;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

De manière générale, lorsque l'on se trouve en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut un cumul de trois critères sur les sept ou au moins que l'un des critères retenus se soit manifesté de manière particulièrement marquante (TF 8C_493/2017 du 10 juillet 2018 consid. 2.2 et les références citées). Les exigences quant à ces critères seront d'autant plus strictes qu'au sein des accidents de gravité moyenne, l'accident sera considéré comme léger (ATF 115 V 133 consid. 6bb).

4. En vertu du principe de la libre appréciation des preuves, consacré notamment à l'art. 61 let. c LPGA, le juge est tenu de procéder à une appréciation complète, rigoureuse et objective des rapports médicaux en relation avec leur contenu ; il doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352 ; TF 9C_573/2010 du 8 août 2011 consid. 4.1).

Il importe pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou 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_851/2012 du 5 mars 2013 consid. 2.2).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions

sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee ; TFA U 216/04 du 21 juillet 2005 consid. 5.2). Le Tribunal fédéral a par ailleurs précisé que la CNA 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, 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).

5. Le 15 août 2011, la recourante a été victime d'un accident lors duquel elle a chuté du vélomoteur sur lequel elle se trouvait.

Il est constant que depuis cet accident, l'assurée n'est plus en mesure d'exercer son activité habituelle de [...]. Il n'est en outre, à juste titre, pas remis en question que l'état de santé de l'assurée est stabilisé.

L'intimée considère que - nonobstant les atteintes résultant de l'événement litigieux - l'assurée est à même d'exercer une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles au taux de 100 %. La recourante conteste cette appréciation et estime que son taux d'invalidité est supérieur à 10 %.

a) La recourante se prévaut dans un premier moyen de son atteinte psychique. Elle se réfère à cet égard aux rapports du 1^{er} mars 2017 de la Dre L._____ et de la psychologue T._____ et du 7 septembre 2017 de la Dre Q._____.

Or, si le fait d'être tombée de son vélomoteur a pu subjectivement revêtir chez l'intéressée un caractère relativement impressionnant, le déroulement de l'accident n'apparaît pas du point de vue objectif - seul déterminant en l'espèce - particulièrement dramatique : il n'est ainsi pas intervenu dans la circulation, mais dans la pente du garage où se rendait la recourante. Il n'a pas impliqué de tiers et, comme il est survenu alors que la recourante était à l'entrée d'un garage, aucun élément ne permet de retenir qu'il a eu lieu à une vitesse élevée, dès lors que l'assurée était presque à l'arrêt. Ainsi cet accident peut, tout au plus, être qualifié de gravité moyenne, à la limite d'un accident bénin, au vu des forces générées. Il convient dès lors d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité entre les troubles psychiques développés et l'accident litigieux au regard des critères objectifs développés par la jurisprudence (cf. consid. 3 *supra*).

L'accident du 15 août 2011 n'a pas revêtu de caractère particulièrement impressionnant : la tête de la recourante n'a pas heurté le sol ; elle n'a pas perdu connaissance et sa vie n'a pas été mise en danger. Elle n'a pas non plus subi de lésion grave et a pu bénéficier d'une prise en charge médicale utile. Ainsi, il y a lieu de retenir, avec la CNA, que les lésions organiques de la recourante ne sont pas propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques. En effet, les lésions physiques qui ont résulté de l'accident, à savoir une déchirure du tendon sus-épineux, un léger empâtement de l'intervalle des rotateurs et une bursite sous-acromiale, ne présentent pas une gravité ou une nature particulière. Le dossier ne laisse apparaître aucune erreur médicale, ni aucune complication. La recourante ressent cependant d'intenses douleurs. Il ressort de nombreux rapports médicaux que ces douleurs ont pour origine les atteintes cervicales dont celle-ci souffre également (cf. envoi du 28 juin 2012 du Dr C. _____ ; rapports du Dr M. _____ des 11 novembre 2013, 15 mai 2014 et 16 septembre 2014 ; du Dr G. _____ du 19 mars 2014 ; des Drs B. _____ et D. _____ du 24 juillet 2014 ; de la Dre Z. _____ du SMR des 7 octobre 2014 et 4 avril 2017), atteintes qui ne sont pas consécutives à l'accident du 15 août 2011 (cf. rapports du Dr S. _____ du 31 mai 2012 ; des Drs X. _____ et V. _____ du 25 octobre

2012 ; Du Dr G. _____ du 19 mars 2014 ; des Drs B. _____ et D. _____ du 24 juillet 2014 ; du Dr R. _____ du 12 août 2014 ; de la Dre Z. _____ du SMR du 7 octobre 2014). La recourante présente en outre des atteintes d'origine dégénérative en particulier une arthrose acromio-claviculaire (cf. rapport du 17 novembre 2011 du Dr K. _____). Enfin, de nombreux spécialistes ont relevé que les douleurs dénoncées par l'assurée n'étaient pas corroborées par leurs constatations objectives (cf. rapports des Drs X. _____ et V. _____ du 25 octobre 2012 ; du Prof. N. _____ du 12 février 2013 ; du Dr P. _____ du 9 octobre 2013 ; du Dr M. _____ des 15 mai et 16 septembre 2014 ; des Drs B. _____ et D. _____ du 24 juillet 2014 ; de la Dre Z. _____ du SMR du 7 octobre 2014), Ainsi, les Drs X. _____, V. _____, le Prof. N. _____, le Dr P. _____ et le Dr M. _____ ont relevé le bon fonctionnement de l'épaule droite. Les Drs B. _____ et D. _____ ont quant à eux relevé l'importante autolimitation dont faisait preuve la recourante. Or l'intensité des douleurs doit être examinée au regard de leur crédibilité, ainsi que de l'empêchement qu'elles entraînent dans la vie quotidienne (ATF 134 V 109 consid. 10.2.4 ; TF 8C_459/2017 du 6 avril 2018 consid. 5.2). Les douleurs dont se plaint la recourante ne peuvent dès lors pas être imputées, sinon qu'en partie, à l'événement assuré. Le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques accidentelles ne sont certes pas négligeables. Toutefois cet élément n'est pas suffisamment marquant au vu des conditions fixées par la jurisprudence pour conduire à reconnaître l'existence d'un lien de causalité adéquat entre l'atteinte psychique et l'accident litigieux.

Dans ces circonstances, c'est à juste titre que l'intimée a estimé que la question d'un éventuel lien de causalité naturelle entre les troubles psychiques allégués et la chute de vélomoteur pouvait demeurer ouverte, faute de lien de causalité adéquate entre lesdits troubles et l'événement accidentel du 15 août 2011.

b) La recourante se prévaut également de ses atteintes somatiques pour affirmer ne pas être en mesure d'exercer les activités retenues par la CNA dans le cadre du calcul de son revenu avec invalidité.

A la suite de l'événement du 15 août 2011, la recourante a présenté une lésion de l'épaule droite, qui l'a conduite à subir le 20 décembre 2011 une arthroscopie de cette épaule sous forme de suture de la coiffe des rotateurs.

Compte tenu de cette atteinte, l'ensemble des médecins consultés est d'avis que l'activité habituelle de [...] n'est plus adaptée.

Lorsqu'elle a séjourné pour la première fois à [...], en 2012, son état n'était pas encore stabilisé. Toutefois, les médecins de [...] ont constaté qu'à dix mois de la réparation de la coiffe, l'évolution était plutôt favorable. Le 12 février 2013, le Prof. N. _____ a observé que l'épaule droite était souple et que la coiffe des rotateurs paraissait compétente. Le Dr M. _____ a lui aussi relevé dans son rapport du 11 novembre 2013 que du point de vue médical, l'examen clinique de l'épaule droite montrait une mobilité satisfaisante avec une coiffe compétente, sans que la situation ne soit encore stabilisée. Quant au Dr G. _____, il a indiqué qu'il était préférable que la recourante envisage un métier ne nécessitant pas d'effort de plus de 2 à 5 kg pour son épaule droite, ni de mobilisation de cette épaule au-dessus du buste (cf. rapport du 19 mars 2014). L'état de l'épaule de l'assurée s'est encore amélioré, car lors de son examen du 15 mai 2014, le Dr M. _____ a relevé que l'épaule droite était souple, avec une mobilité pratiquement complète. Dans le cadre du deuxième séjour de l'assurée à [...], les médecins ont posé les limitations fonctionnelles suivantes (cf. rapport du 24 juillet 2014 des Drs B. _____ et D. _____) : port de charges répétées supérieures à 5 kg, activités au-dessus du plan des épaules. Pour ces médecins, la situation était désormais stabilisée, mais le pronostic de réinsertion dans une activité respectant les limitations fonctionnelles était défavorable, compte tenu de facteurs contextuels, chez une patiente non qualifiée maîtrisant mal le français.

Le Dr M. _____ a procédé à un nouvel examen de l'assurée le 16 septembre 2014. Dans son rapport du même jour, il a constaté que la situation était stabilisée, et que les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : le port de charges de plus de 5 kg, toute activité en-dessus de

l'horizontale, toute activité répétitive en traction ou en répulsion du membre supérieur droit, et tout travail en force ou en rotation du membre supérieur droit. Moyennant une activité tenant compte de ces limitations, l'exigibilité était complète. Aucun médecin ne contredit cette appréciation.

Dans ces conditions, il y a lieu de retenir que l'atteinte à l'épaule dont souffre la recourante à la suite de l'événement du 15 août 2011 n'empêche pas une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues, savoir l'exclusion de ports de charge de plus de 5 kg, de toute activité au-dessus de l'horizontale, de toute activité répétitive en traction ou en répulsion du membre supérieur droit et de tout travail en force ou en rotation du membre supérieur droit (cf. rapport du Dr M. _____ du 16 septembre 2014). A cet égard, l'appréciation du Dr M. _____ est fondée sur un examen complet de l'assurée et a été établie en connaissance de l'ensemble des pièces médicales au dossier. Elle n'est contredite par aucun élément au dossier et a été confirmée par les Drs N. _____, P. _____, G. _____, B. _____, D. _____ et la Dre Z. _____ du SMR, de sorte qu'il n'y a pas lieu de s'en écarter.

Concernant l'arthrose cervicale C3-C4 et C5-C6, les investigations n'ont pas permis de mettre en évidence de lésions structurelles imputables à l'événement du 15 août 2011 (cf. rapports du Dr S. _____ du 31 mai 2012 ; des Drs X. _____ et V. _____ du 25 octobre 2012 ; du Dr G. _____ du 19 mars 2014 ; des Drs B. _____ et D. _____ du 24 juillet 2014 ; du Dr R. _____ du 12 août 2014 ; de la Dre Z. _____ du SMR du 7 octobre 2014). La recourante n'apporte aucun élément médical contredisant cette appréciation. C'est dès lors à bon droit que la CNA a retenu l'absence de causalité naturelle entre cette atteinte et l'accident du 15 août 2011. De même, tant la surdité de l'oreille gauche que les vertiges présentés par la recourante, sur probables myorelaxants prescrits dans le contexte de la pathologie cervicale, ne sont pas en relation de causalité naturelle avec l'événement assuré (cf. rapports des Drs X. _____ et V. _____ du 25 octobre 2012 ; du Dr M. _____ du 16 septembre 2014 et de la Dre Z. _____ du SMR du 7 octobre 2014).

En conséquence, c'est à juste titre qu'une capacité de travail entière a été retenue dans une activité adaptée dès le 1^{er} janvier 2015.

6. La recourante conteste également le calcul de son taux d'invalidité, plus spécifiquement la détermination de son revenu avec invalidité.

a) Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite. Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus à attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré – ce par quoi il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; TF 8C_202/2017 du 21 février 2018 consid. 3) – et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA).

b) Pour évaluer le taux d'invalidité, et ainsi le montant de la rente, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA).

c) La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 137 V 334 consid. 3.1.1 ; TF 8C_643/2016 du 25 avril 2017 consid. 4.1). Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les

valeurs approximatives ainsi obtenues (TF 8C_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 5.4.1).

d) Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2).

e) Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Le revenu effectivement réalisé par la personne assurée après la survenance de l'atteinte à la santé doit être pris en considération si l'activité exercée repose sur des rapports de travail stables et qu'elle met pleinement en valeur la capacité résiduelle de travail et de gain raisonnablement exigible (ATF 139 V 592 consid. 2.3).

aa) Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué selon deux méthodes d'évaluation.

bb) Le revenu avec invalidité peut être déterminé en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1).

Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1_skill_level), tous secteurs confondus

(RAMA 2001 n° U 439 p. 347). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222).

L'assuré peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3 ; 126 V 75).

cc) Le revenu avec invalidité peut également être évalué sur la base des données salariales résultant des DPT établies par la CNA (ATF 135 V 297 consid. 5.2 ; 129 V 472 consid. 4.2.1). La jurisprudence admet que les DPT, qui reposent sur des postes de travail concrets et permettent de ce fait une approche différenciée des activités exigibles en prenant en compte les limitations dues au handicap de l'assuré, les autres circonstances personnelles et professionnelles, ainsi que les aspects régionaux, constituent une base plus concrète que les données tirées de l'ESS pour apprécier le salaire d'invalidité, même si le Tribunal fédéral a renoncé à donner la préférence à l'une ou l'autre de ces méthodes d'évaluation (ATF 129 V 472 consid. 4.2 ; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : SBVR, 2^{ème} éd., Bâle/Genève/Munich 2007, n° 176).

Pour que le revenu d'invalidité corresponde aussi exactement que possible à celui que l'assuré pourrait réaliser en exerçant l'activité

que l'on peut raisonnablement attendre de lui (ATF 128 V 29 consid. 1), l'évaluation dudit revenu doit nécessairement reposer sur un choix large et représentatif d'activités adaptées au handicap de la personne assurée. C'est pourquoi la jurisprudence impose, en cas de recours aux DPT, la production d'au moins cinq d'entre elles (ATF 129 V 472 consid. 4.2.2 ; TF 8C_809/2008 du 19 juin 2009 consid. 4.2.2 ; TF 8C_4/2008 du 25 juin 2008 consid. 3.2). La jurisprudence exige de plus la communication du nombre total des postes de travail pouvant entrer en considération d'après le type de handicap de l'assuré, ainsi que du salaire le plus haut, du salaire le plus bas et du salaire moyen du groupe auquel il est fait référence (ATF 129 V 472 ; TF 8C_809/2008 précité consid. 4.2.2). Il s'agit d'assurer une certaine représentativité des DPT produites et de garantir le respect du droit d'être entendu du recourant (ATF 129 V 472 ; TF 8C_809/2008 précité consid. 4.2.2). De jurisprudence constante, dans le cadre de la méthode des DPT, aucune réduction liée à la situation personnelle et professionnelle (limitations liées au handicap, à l'âge, aux années de service, à la nationalité/permis de séjour et taux d'occupation, qui permettent un taux d'abattement global de 25 % au maximum sur le revenu statistique, TF 8C_800/2015 du 7 juillet 2016 consid. 3.4.2) n'est possible, contrairement à ce qui est admis dans la méthode fondée sur l'ESS (ATF 139 V 592 consid. 7.3 ; 129 V 472 consid. 4.2.3). En effet, dans le cadre de la méthode des DPT, les différents éléments précités doivent être pris en compte dans le cadre du choix du salaire de référence entre le revenu minimum et le revenu maximum mentionnés dans les DPT retenues (ATF 139 V 592 consid. 7.3 ; 129 V 472 consid. 4.2.3).

g) En l'espèce, pour déterminer le revenu avec invalidité, l'intimée s'est fondée sur cinq DPT : collaboratrice de production – fonction prémontage, employée d'horlogerie – fonction posage, collaboratrice de production – fonction décolletage, collaboratrice de production – fonction assemblage manuel pur et collaboratrice de production – fonction contrôle visuel et ensachage. Chacune de ces DPT respecte les limitations fonctionnelles retenues ci-dessus (cf. consid. 5b *supra*) de sorte que le revenu avec invalidité de 51'758 fr. retenu par l'intimée n'est pas critiquable. La comparaison de ce montant avec un revenu sans invalidité

- non contesté et contrôlé d'office - de 52'285 fr., aboutit à un taux d'invalidité de 1 %, taux insuffisant à ouvrir le droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents.

Force est de constater que le résultat ne serait pas différent avec l'ESS. A cet égard, au vu du large éventail d'activités simples et répétitives - qui correspondent à un emploi léger respectant les limitations fonctionnelles observées - que recouvre le marché du travail, il y a lieu d'admettre qu'un nombre significatif d'entre elles, ne nécessitant aucune formation spécifique, est adapté aux limitations fonctionnelles de la recourante. A titre d'exemple, on peut citer des tâches simples de surveillance, de vérification ou de contrôle (TF 9C_329/2015 du 20 novembre 2015 consid. 7.3). Le salaire de référence, pour des femmes exerçant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services) s'élevait, en 2014, à 4'300 fr. mensuels, part au treizième salaire comprise (ESS 2014, TA 1, niveau de qualification 1).

Compte tenu de la durée hebdomadaire de travail des entreprises en 2014 (41,7 heures), ce montant doit être porté à 4'482 fr. 75, soit 53'793 fr. par an. La situation de la recourante ne présente au demeurant pas de spécificités justifiant qu'un taux d'abattement soit imputé sur son revenu avec invalidité. L'absence de formation de la recourante n'est en effet pas un obstacle dans la mesure où l'activité considérée constitue une activité non qualifiée dans le domaine de la production et des services, la table de l'Office fédéral de la statistique prenant déjà en compte cette question (TF 9C_458/2018 du 17 octobre 2018 consid. 4.1 ; TF 8C_766/2017 du 30 juillet 2018 consid. 8.6 ; TF 9C_633/2017 du 29 décembre 2017 consid. 4.3). L'âge de la recourante n'est pas suffisant à admettre qu'il constituerait un facteur déterminant et nécessiterait une approche particulière (ATF 138 V 457 consid. 3.1 et les références citées ; TF 9C_918/2008 du 28 mai 2009 consid. 4.2.2 ; TF 9C_437/2008 du 19 mars 2009 consid. 4.2 ; TFA I 819/04 du 27 mai 2005 consid. 2.2 et les références citées). La nationalité de la recourante, au bénéfice d'un permis C, n'est pas non plus pertinente à cet égard. Cela étant, même en retenant un taux d'abattement de 5 % comme l'a fait

l'OAI dans ses calculs pour tenir compte des limitations fonctionnelles, le taux d'invalidité de la recourante s'élèverait à 2,26 % (51'103 fr. 35 [53'793 fr. - 5 %] comparé à 52'285 fr.), taux insuffisant à ouvrir à la recourante le droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents.

7. La recourante n'a pas contesté, dans son opposition, le montant de l'IPAI retenu. La décision du 25 novembre 2014 est ainsi devenue définitive et exécutoire en ce qu'elle concerne l'IPAI (ATF 125 V 413 consid. 2a ; 119 V 347 consid. 1b ; TF 8C_45/2019 du 1^{er} avril 2019 consid. 2 ; TF 8C_592/2012 du 23 novembre 2012 consid. 3.2). Ce point ne fait quoi qu'il en soit pas l'objet du présent recours.

8. Le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de compléter l'instruction comme le requiert le recourant par la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit (appréciation anticipée des preuves ; ATF 130 II 425 c. 2.1 ; 122 II 464 consid. 4a ; TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.2.1 ; TF 8C_361/2009 du 3 mars 2010 consid. 3.2).

9. a) Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer 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
p r o n o n c e :**

I. Le recours est rejeté.

II. La décision sur opposition rendue le 23 novembre 2018 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.

III. Il n'est pas perçu de frais judiciaire, 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 :

- Me Laurent Damond (pour F. _____),
- Me Didier Elsig (pour 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 :