

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 8 octobre 2020

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
Mmes Dessaux, juge, et Gabellon, assesseure
Greffière : Mme Neurohr

Cause pendante entre :

E. _____, à [...] (France), recourant,

et

Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, à Lucerne,
intimée.

Art. 61 let. c LPGA ; art. 6 et 36 LAA.

E n f a i t :

A. E._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1978, machiniste de chantier, était au bénéfice d'un contrat de mission avec la société L._____ Sàrl, depuis le 3 avril 2018. Il était assuré 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 3 avril 2018, alors que l'assuré était occupé à décharger du matériel de chantier d'un dumper, le matériel a basculé et l'a touché à l'épaule. Une incapacité de travail à 100 % a été attestée depuis le jour de l'accident, après que l'assuré se soit rendu à l'Hôpital de V._____.

Une radiographie de l'épaule et de la clavicule gauche réalisée le 5 avril 2018 n'a pas révélé de fracture aiguë mais une ancienne fracture de l'extrémité distale de la clavicule avec arthrose acromio-claviculaire.

Par certificat médical du 24 avril 2018, le Dr D._____ a prolongé l'incapacité de travail de l'assuré jusqu'au 12 mai suivant, faisant état d'une luxation de l'épaule.

Le 30 avril 2018, L._____ Sàrl a annoncé l'accident à la CNA. Elle a mentionné que l'assuré avait subi une contusion à l'épaule gauche.

Dans un rapport initial du 13 mai 2018, la Dre G._____, médecin à l'Hôpital de V._____, qui avait examiné l'assuré le jour de son accident, a posé le diagnostic de contusion de l'épaule, sans fracture sur les radiographies. Elle a constaté une dermabrasion de la face supérieure de l'épaule. Elle a attesté une incapacité de travail à 100 % du 3 au 24 avril 2018, à réévaluer.

Par certificat médical du 14 mai 2018, la Dre L._____ a prolongé l'incapacité de travail de l'intéressé, faisant état d'un

traumatisme à l'épaule. Elle a par la suite renouvelé mensuellement cet arrêt de travail.

Par courrier du 29 mai 2018, la CNA a notamment informé l'assuré qu'elle prenait en charge les suites de son accident du 3 avril 2018.

Lors d'un entretien téléphonique du 25 juin 2018 avec un collaborateur de la CNA, l'intéressé a indiqué qu'une imagerie par résonance magnétique (IRM) était prévue le 30 juin prochain. Son arrêt de travail était prolongé jusqu'au 17 juillet 2018.

Le 25 juin 2018, l'employeur de l'assuré a résilié le contrat de mission, avec effet au 3 juillet 2018.

Par certificat médical du 16 juillet 2018, la Dre L. _____ a attesté une incapacité de travail jusqu'au 17 août suivant, évoquant un traumatisme de l'épaule, des douleurs et une impotence fonctionnelle. Elle mentionnait être dans l'attente d'une IRM.

Convoqué le 25 juillet 2018 par la CNA pour un examen médical auprès de la Dre C. _____, médecin praticien et médecin d'arrondissement, l'assuré ne s'est pas présenté. Par courrier du lendemain, la CNA l'a prié de justifier son absence. Elle a précisé que sans nouvelle de sa part, elle serait dans l'obligation de mettre un terme à ses pleines prestations d'assurance. Lors d'un entretien téléphonique du 27 juillet 2018, l'assuré a déclaré à un collaborateur de la CNA qu'il n'avait pas reçu la convocation. Celui-ci a vérifié l'adresse de l'intéressé, laquelle était correcte. Il a été convenu que la CNA enverrait une nouvelle convocation.

Le 23 août 2018, l'assuré a passé une radiographie du rachis cervical ainsi qu'une radiographie et une échographie de l'épaule gauche, qui ont révélé ce qui suit :

« **Rachis cervical** : minime modification d'uncarthrose et spondylo-discarthrose avec minime pincement des trous de conjugaison C3-C4 et C4-C5 à gauche et C4-C5 à droite.

Rectitude du rachis cervical dans le plan sagittal.

Pas de tassement des corps vertébraux et pas de recul du mur postérieur.

Radiographie de l'épaule gauche : modification modérée d'arthrose acromio-claviculaire gauche.

Respect du cintre scapulo-huméral.

Bec acromial, millimétrique, sans rétrécissement de l'interligne sous-acromial.

Pas de calcification se projetant au niveau de l'insertion des tendons de la coiffe.

Pas de trait de fracture récent évident sur les clichés examinés.

Echographie de l'épaule gauche : tendon du long biceps en place dans sa gouttière, sans anomalie de la jonction myotendineuse, sans épanchement pathologique autour.

Pas d'épanchement pathologique intra-articulaire au niveau de la bourse sous-acromio-delhoïdienne.

Absence d'argument en faveur d'une rupture des tendons du supra-épineux, infra-épineux ou sousscapulaire.

Trophicité préservée des muscles supra et infra-épineux.

Modification modérée d'arthrose acromio-claviculaire. »

Dans un rapport intermédiaire du 30 août 2018, la Dre L._____ a fait état de douleurs de l'épaule et du bras gauches avec des névralgies cervico-brachiales.

Le 3 septembre 2018, l'assuré a été examiné par la Dre C._____. Elle a retenu qu'il présentait des douleurs de l'épaule gauche et des cervico-brachialgies d'origine dégénérative. Les douleurs de l'épaule n'étaient pas expliquées par les examens à disposition, sous réserve du rapport d'IRM qui n'était pas en sa possession. Elle a relevé des discordances entre les douleurs déclarées par l'assuré et ses constatations objectives, en particulier l'absence d'amyotrophie de la ceinture scapulaire et des bras alors que l'intéressé prétendait qu'il ne pouvait pas bouger du tout son bras. L'assuré a indiqué devoir prendre contact avec un orthopédiste en France. Il a été convenu avec la Dre C._____ que s'il n'obtenait pas de rendez-vous dans un délai de deux mois, il consulterait un médecin spécialisé en Suisse.

Le 5 novembre 2018, l'assuré s'est rendu à la consultation du Dr X._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans un rapport du 6 novembre 2018, le Dr

X._____ a posé le diagnostic de capsulite rétractile de l'épaule gauche, mentionnant au status une abduction à 30°, une flexion à 30° et une rotation externe à 0°. Il ne proposait aucune prise en charge chirurgicale, mais suggérait un séjour à la Clinique H._____.

Par certificat médical du 13 novembre 2018, la Dre L._____ a posé le diagnostic de capsulite rétractile et a prolongé l'incapacité de travail.

Le 9 janvier 2019, la Dre C._____ s'est entretenue avec le Dr X._____. Celui-ci a précisé que l'examen de la mobilité de l'épaule qu'il avait pratiqué sur l'assuré en novembre 2018 s'était fait en actif et en passif. Lors de l'examen en passif, il avait noté de très fortes contractions musculaires avec une forte résistance. Il avait retenu le diagnostic de capsulite rétractile du fait de la faible mobilité de l'épaule de l'assuré, tant en actif qu'en passif. Au vu de ces constatations, la Dre C._____ s'est montrée favorable à ce que l'assuré effectue un séjour à la Clinique H._____.

Lors d'un entretien téléphonique du 14 janvier 2019, l'assuré a fait savoir à un collaborateur de la CNA qu'il ne souhaitait pas se rendre à la Clinique H._____, préférant « rester tranquille et attendre », comme le lui avait conseillé le Dr X._____.

Le 18 janvier 2019, la CNA s'est vue remettre le rapport d'IRM du 30 juin 2018. L'IRM de l'épaule gauche était sans particularité.

Dans un rapport intermédiaire du 21 janvier 2019 adressé à la CNA, la Dre L._____ a posé les diagnostics de douleurs de l'épaule et du bras gauches et de névralgies cervico-brachiales. La reprise du travail était toujours indéterminée.

Par courrier du 4 février 2019, la CNA a invité l'assuré à lui indiquer s'il consentait à se rendre à la Clinique H._____, cette mesure étant jugée profitable par les Drs X._____ et C._____. La CNA précisait

que, sans nouvelle dans le délai imparti ou en cas de refus de participer aux mesures thérapeutiques prévues, elle jugerait sur la base des éléments au dossier.

Le 7 février 2019, l'assuré a confirmé la CNA qu'il ne souhaitait pas se rendre à la Clinique H. _____ ; sa mère chez qui il vivait était malade et il n'avait personne pour s'occuper de son neveu, âgé de 11 ans, dont il était le tuteur. Il a également indiqué qu'il était malade et suivi par un neurologue.

Par courrier du 12 mars 2019, la CNA a informé l'intéressé que les motifs invoqués à l'appui de son refus de soins auprès de la Clinique H. _____ étaient insuffisants pour lui permettre de renoncer à une mesure médicalement exigible. Il n'apportait au demeurant aucune preuve quant à une éventuelle charge de famille ou à son état de santé qui l'empêcherait de se rendre à la Clinique H. _____.

Dans l'intervalle, l'assuré a adressé une demande de prestations d'assurance-invalidité à l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger, en date du 19 mars 2019.

Dans un rapport du 1^{er} mai 2019, le Dr X. _____ a évoqué son précédent contrôle du 5 novembre 2018, précisant que l'épaule de l'assuré était difficilement évaluable et très enflammée. Il avait relevé une discordance entre l'IRM et la clinique. Lors du contrôle du 29 avril 2019, l'intéressé s'était plaint de douleurs au moindre mouvement mais avait réussi à faire une abduction jusqu'à 50°, une flexion jusqu'à 50° ainsi qu'une rotation externe de 10 à 20°. Selon le Dr X. _____, il n'y avait aucune indication chirurgicale pour le cas de l'assuré.

Dans une appréciation médicale du 21 mai 2019, la Dre C. _____ a retenu que l'assuré avait présenté un traumatisme de son épaule gauche le 3 avril 2018 ayant entraîné une contusion. Les radiographies et l'IRM réalisées après l'accident n'avaient mis en évidence aucune lésion structurelle osseuse, tendineuse ou ligamentaire en lien

avec l'événement, révélant toutefois une ancienne fracture de la clavicule avec des atteintes dégénératives. Ces atteintes pouvaient expliquer la symptomatologie douloureuse. La contusion de l'épaule gauche avait totalement cessé de déployer ses effets depuis plusieurs mois. Lors d'une telle contusion, sans lésion structurelle associée, une guérison totale et une reprise d'activité intervenaient habituellement dans un délai de 6 à 10 semaines chez un travailleur de force. Les troubles actuels déclarés par l'assuré n'étaient plus en relation de causalité avec l'événement incriminé. L'événement du 3 avril 2018 avait totalement cessé de déployer ses effets au plus tard lors de la consultation du 29 avril 2019 chez le Dr X._____.

Par décision du 5 juin 2019, la CNA a mis fin au versement des prestations d'assurance avec effet au 29 avril 2019, au motif que les conséquences de l'accident avaient cessé de déployer leurs effets et devaient être considérées comme d'ordre maladif dès cette date, sans relation avec l'accident initial. Afin de ne pas mettre l'assuré dans une situation financière délicate, la CNA a clos le cas au 9 juin 2019.

Le 1^{er} juillet 2019, l'assuré s'est opposé à la décision précitée. Il a exposé qu'il n'était toujours pas rétabli, malgré l'amélioration constatée par le Dr X._____. La Dre L._____ avait d'ailleurs reconduit son arrêt accident.

Dans une argumentation complémentaire, l'intéressé a précisé que tous les médecins qui le suivaient arrivaient à la même conclusion. Le Dr X._____ avait évoqué une durée de guérison de 18 à 24 mois et la Dre L._____ certifiait, dans un rapport du 19 août 2019, qu'il était toujours en soin pour sa capsulite rétractile. L'assuré a également indiqué avoir consulté un chirurgien orthopédique, le Dr N._____, qui avait attesté, dans un rapport du 19 juillet 2019, qu'il présentait une « capsulite depuis son accident du travail du 23 [recte : 3] avril 2018 ».

Sollicitée pour avis, la Dre C._____ a confirmé son appréciation médicale du 21 mai 2019, considérant que les éléments

apportés par l'assuré au stade de son opposition ne modifiaient pas ses conclusions (appréciation du 11 septembre 2019).

Dans l'intervalle, l'OAI a rendu un projet de décision du 25 septembre 2019, dans lequel il statuait en l'état du dossier et rejetait la demande de prestations de l'assuré, à défaut de nouvelles de sa part. L'OAI a confirmé ce projet par décision du 18 novembre 2019.

Par décision sur opposition du 7 octobre 2019, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé sa décision du 5 juin 2019. Elle a ajouté que si une atteinte psychique devait être à l'origine des plaintes alléguées par l'intéressé, elle n'était pas en lien de causalité avec l'accident du 3 avril 2018, celui-ci pouvant être considéré comme de gravité moyenne, à la limite des accidents de peu de gravité.

B. Le 5 novembre 2019, E._____ a interjeté recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision sur opposition précitée.

Le 5 décembre 2019, après avoir été invité à motiver son recours, E._____, alors représenté par Me David Métille, a conclu à ce que la décision sur opposition du 7 octobre 2019 soit annulée et à ce qu'il lui soit alloué des prestations au-delà du 9 septembre 2019, subsidiairement à ce qu'une expertise orthopédique soit ordonnée, respectivement à ce que la présente cause soit renvoyée à l'intimée pour qu'elle mette en œuvre une expertise. Le recourant a allégué que le Dr X._____ ne s'était pas prononcé sur l'étiologie de la capsulite rétractile qu'il avait diagnostiquée, précisant qu'elle allait durer entre 18 et 24 mois. Il pouvait donc exister un doute sur le lien de causalité entre l'accident et la persistance des troubles.

Par réponse du 19 février 2020, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle a rappelé les raisons pour lesquelles le Dr X._____ avait posé le diagnostic de capsulite rétractile. Elle a ensuite précisé que, dans son deuxième rapport du 1^{er} mai 2019, le Dr X._____ n'avait pas réitéré

son diagnostic, de sorte qu'aucun élément ne venait contredire le bien-fondé des conclusions de la Dre C. _____ dont l'appréciation avait pleine valeur probante.

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 auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a 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. Le litige porte sur la question de savoir si la CNA était fondée à mettre un terme à ses prestations d'assurance au 9 juin 2019, s'agissant des suites de l'accident du 3 avril 2018.

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).

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement *post hoc ergo propter hoc* ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_383/2018 du 10 décembre 2018 consid. 3.1). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; TF 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.1).

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 vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Cependant, lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas ou plus la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). A l'inverse, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (TF 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.2 et les références citées).

4. Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre.

En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne

examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

5. a) En l'espèce, l'intimée soutient, se fondant sur les appréciations des 21 mai et 11 septembre 2019 de la Dre C._____, que l'accident du 3 avril 2018 a cessé de déployer ses effets au 29 avril 2019 au plus tard, ce que le recourant conteste. Il allègue pour sa part qu'il souffre toujours de sa capsulite rétractile à ce jour.

La Dre C._____ a considéré que l'assuré avait présenté une contusion simple de l'épaule gauche, sans lésion structurelle pouvant être imputée à l'accident. Une investigation au niveau cervical avait mis en évidence des atteintes dégénératives pouvant expliquer la symptomatologie douloureuse de l'assuré. Ces lésions étaient préexistantes et ne pouvaient être imputées à l'accident du 3 avril 2018. La contusion avait cessé de déployer ses effets depuis plusieurs mois, la guérison totale intervenant habituellement dans un délai de 6 à 10 semaines. Les troubles actuels déclarés par le recourant n'étaient plus en relation de causalité avec l'accident. Lors du dernier contrôle effectué par le Dr X._____ le 29 avril 2019, l'accident avait donc totalement cessé de déployer ses effets.

b) L'appréciation de la Dre C._____ est convaincante. Elle est en outre corroborée par diverses pièces du dossier. La radiographie réalisée le jour de l'accident n'a en effet révélé aucune fracture aiguë ni aucune lésion traumatique récente. L'IRM du 30 juin 2018 s'est avérée sans particularité, ne montrant aucune lésion tendineuse, ligamentaire ou osseuse au niveau de l'épaule gauche, tandis que la radiographie réalisée le 23 août 2018 a confirmé l'absence de fracture récente. L'échographie

effectuée le même jour a également révélé que le tendon du long biceps de l'épaule gauche était en place dans sa gouttière, qu'il n'y avait pas de rupture des tendons du supra-épineux, infra-épineux ou sous-scapulaire, que la trophicité des muscles supra et infra-épineux était préservée et que l'arthrose acromio-claviculaire était modérément modifiée. Ces éléments confirment le diagnostic de contusion retenu par la Dre C._____. La Dre G._____, qui a procédé à l'examen clinique du recourant le jour de l'accident, a également posé ce diagnostic, relevant uniquement la présence de dermabrasion. On relèvera que même dans la déclaration d'accident, pourtant adressée à l'intimée le 30 avril 2018, il n'est fait état que d'une simple contusion de l'épaule. Les radiographies ont encore révélé la présence d'atteintes dégénératives acromio-claviculaires relatives à une ancienne fracture. Celles-ci ne sont donc pas imputables à l'accident litigieux mais peuvent vraisemblablement expliquer les douleurs ressenties par l'assuré.

S'il est vrai que le Dr X._____ a posé le diagnostic de capsulite rétractile dans un premier temps, celui-ci a toutefois expliqué l'avoir fait en raison de la faible mobilité de l'épaule constatée à l'examen du 5 novembre 2018. Sans détailler l'étiologie de cette atteinte, le Dr X._____ a justifié son diagnostic sur la base de ses constatations cliniques. Or, ce médecin, tout comme la Dre C._____, a relevé des discordances entre les plaintes de l'assuré, d'une part, et ses constatations cliniques et celles issues de l'IRM, d'autre part. En outre, à l'issue de son second contrôle du 29 avril 2019, le Dr X._____ a constaté que la mobilité de l'épaule s'était améliorée et n'a pas réitéré son diagnostic. L'appréciation de ce médecin ne remet dès lors pas en cause celle de la Dre C._____.

Les rapports des médecins traitants de l'assuré ne le permettent pas davantage. Ils sont en effet très succincts, dénués de motivation objective et ne comportent que le diagnostic. On relèvera encore que le diagnostic de capsulite rétractile n'a été posé par la Dre L._____, qui suivait pourtant régulièrement l'assuré, qu'après que le Dr X._____ en ait fait état. Là encore, la Dre L._____ ne justifie pas

médicalement sa position. En outre, le simple fait que l'assuré souffre encore d'une capsulite rétractile n'est pas encore suffisant pour admettre que ces douleurs sont toujours en lien de causalité avec l'accident du 3 avril 2018. La Dre L. _____ n'objective à aucun moment que tel serait le cas.

c) En conclusion, il convient d'accorder une pleine valeur probante à l'appréciation de la Dre C. _____ qui a été établie en pleine connaissance de l'anamnèse et des pièces du dossier, après un examen clinique de l'assuré et faisant état de ses plaintes. Ses conclusions sont en outre claires et motivées. La requête d'instruction complémentaire du recourant relative à la mise en œuvre d'une expertise n'est dès lors pas justifiée et doit être rejetée (appréciation anticipée de preuves ; ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 et la jurisprudence citée).

L'intimée était par conséquent fondée à mettre un terme aux prestations de l'assurance-accidents au 9 juin 2019.

6. a) Vu ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition 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 le recourant 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 7 octobre 2019 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.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- E. _____,
- 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 :