

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 11 novembre 2021

Composition : Mme BERBERAT, présidente
MM. Bidiville et Riesen, assesseurs
Greffière : Mme Parel

Cause pendante entre :

Q._____, à T._____, recourante,

Et

R._____, à X._____, intimée.

Art. 6 et 36 LAA

E n f a i t :

A. Q. _____ (ci-après : l'assurée ou la recoursante), née en 1974, travaillait à 100% comme conseillère en personnel depuis le 1^{er} juin 2016 pour l'O. _____ (ci-après : l'employeur). A ce titre, elle était assurée notamment contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de R. _____ (ci-après : R. _____ ou l'intimée).

Par déclaration d'accident-bagatelle LAA du 18 juin 2020, l'employeur a informé R. _____ que l'assurée avait été victime d'une chute à ski le 11 mars 2020 et qu'elle s'était fait mal à l'épaule droite.

Les premiers soins ont été prodigués par la Dre D. _____, médecin traitante de l'intéressée, le 22 juin 2020 en raison d'une douleur incommodante persistant à l'épaule droite.

Le rapport de sonographie pratiquée le 24 juin 2020 par le Dr [...], spécialiste en radiologie, a conclu à une épaule droite dans les limites de la norme compte tenu de l'âge de l'assurée.

Dans son rapport du 28 juillet 2020, la Dre D. _____ a indiqué qu'à l'examen clinique, elle avait constaté une douleur en abduction avec une limitation à environ 150°. Hormis la rotation interne, tous les mouvements provoquaient une douleur. Etaient également constatée une limitation de la rétropulsion. L'ultrason était tout à fait normal. La Dre D. _____ a posé comme diagnostic une douleur à l'épaule droite à la suite d'une chute à ski, probablement d'origine musculaire, sans signe radiologique. Elle a prescrit comme traitement des séances de physiothérapie.

Dans un avis du 11 août 2020, le Dr K. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin-conseil de R. _____, a indiqué que la prise en charge d'un cas tel que celui de l'assurée durait au maximum deux à trois mois, selon l'évolution (consultation rapide/tardive, traitement

adéquat ou pas, etc.). Relevant que dans le cas d'espèce, il n'y avait pas eu la nécessité d'un traitement rapide, il a considéré qu'il s'agissait d'un cas bénin et que la prise en charge pouvait être assumée jusqu'au jour de l'ultrason - y compris -, examen qui n'avait pas montré de lésion traumatique ou de lésion « tout court », susceptible d'être rapportée à l'événement incriminé.

Par décision du 14 août 2020, R._____ a mis fin aux prestations versées à l'assurée avec effet au 24 juin 2020, en considérant que, de l'avis de son médecin-conseil, les troubles qui subsistaient à l'épaule droite n'étaient plus en relation de causalité avec l'accident survenu le 11 mars 2020.

Par courrier du 24 août 2020, l'assurée s'est opposée à la décision du 14 août 2020 en faisant valoir qu'avant sa chute à ski le 11 mars 2020, elle ne souffrait d'aucune douleur à l'épaule droite. Elle a relevé qu'elle n'avait jamais été convoquée chez le médecin-conseil de R._____, qui s'était basé uniquement sur le rapport de son médecin traitant pour prendre position. Après avoir invité R._____ à prendre contact avec la Dre D._____ si elle estimait avoir besoin d'information supplémentaires, elle a requis de l'assureur-accidents qu'il reconsidère sa décision et prenne en charge les frais médicaux (médecin, échographie et physiothérapie) « inhérents » à l'accident du 11 mars 2020, en précisant que si les douleurs diminuaient, elles persistaient cependant et nécessitaient un traitement de physiothérapie.

Dans son appréciation du 16 septembre 2020, le Dr K._____ a résumé les éléments médicaux au dossier (rapport médical du 28 juillet de la Dre D._____ et rapport d'échographie du 24 juin 2020), en relevant en particulier que le rapport d'échographie ne mentionnait aucune atteinte tendineuse, ni bursite, ni inflammation acromio-claviculaire ou autre. Il a indiqué que le dossier ne contenait pas d'indication d'antécédents médico-chirurgicaux. Après avoir rappelé que l'assurée faisait valoir n'avoir jamais souffert de problème ou de douleur à l'épaule avant l'événement du 11 mars 2020, il a considéré ce qui suit :

« Le traumatisme subi le 11 mars 2020 semble avoir été de relative faible envergure. C'est ainsi que la première consultation médicale est intervenue seulement 3 mois plus tard. Plus encore, l'examen échographique détaillé n'a pas révélé de lésion structurelle, susceptible de surcroît d'être rapportée à l'événement assuré.

Sur la base de ces éléments, en particulier échographiques, je retiendrais comme diagnostic possible/probable celui de contusion bénigne de l'épaule droite, survenue le 11 mars 2020.

Une contusion de l'épaule cesse généralement de déployer ses effets après quelques jours, à quelques semaines (maximum 8). Il ne s'agit pas d'un délai abstrait mais d'un délai qui tient compte de certaines entités physiopathologiques. En effet, un hématome se résorbe généralement après 4-6 semaines. Un oedème post-contusionnel des tissus mous nécessite un délai de 4-8 semaines. Sur ce, on y ajoute, de façon empirique un délai supplémentaire de 1 mois, qui permettrait de parfaire la récupération fonctionnelle.

Sans autre argument probant, prouvant une lésion significative de l'épaule droite, en lien pour le moins probable avec l'événement annoncé, je n'ai aucun argument pour faire repousser encore ce délai (de 3 mois).

Je précise que l'examen échographique, ainsi que le rapport du médecin traitant (et la consultation y relative) sont des éléments d'éclaircissement du dossier. »

Par décision sur opposition du 23 décembre 2020, R. _____ a confirmé la décision du 14 août 2020 mettant fin à ses prestations au 24 juin 2020. Elle a relevé que si l'assurée avait subi une chute à ski lors de laquelle le haut de son corps avait « tapé le sol » ce qui avait provoqué une douleur à l'épaule droite, elle n'avait toutefois consulté son médecin traitant que le 22 juin 2020. Pour le surplus, elle a considéré que l'appréciation de son médecin-conseil, laquelle avait pleine valeur probante et était corroborée par les autres éléments médicaux figurant au dossier, concluait que les troubles de l'assurée à l'épaule droite n'étaient manifestement plus en relation de causalité naturelle avec l'accident du 11 mars 2020. Elle a souligné que le fait que l'assurée n'ait pas souffert de l'épaule droite avant l'accident du 11 mars 2020 n'avait pas de valeur probante à lui seul et ne permettait pas d'admettre une relation de causalité au degré de la vraisemblance prépondérante au regard de la jurisprudence du Tribunal fédéral sur le principe « post hoc ergo propter hoc » (ATF 119 V 341 consid. 2b/bb).

B. Par acte du 29 janvier 2021, Q._____ a formé recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud contre la décision sur opposition rendue par R._____ le 23 décembre 2020 en concluant implicitement à sa réforme en ce sens que l'intimée est tenue de poursuivre la prise en charge des suites de l'accident du 11 mars 2020. Elle conteste l'appréciation de l'intimée selon laquelle ses troubles à l'épaule droite ne seraient plus en relation de causalité avec l'accident du 11 mars 2020. La recourante expose qu'en raison de la pandémie Covid-19 et du confinement qui a suivi, entre le 13 mars et le 19 juin 2020, de la sollicitation particulière du personnel soignant durant cette période et de son anxiété face à cette situation sanitaire exceptionnelle, elle a préféré attendre avant de consulter. Elle pensait que la douleur allait s'atténuer et disparaître et, par crainte d'être contaminée par le virus, elle a limité ses sorties au strict minimum. C'est la raison pour laquelle elle n'a consulté son médecin traitant qu'au mois de juin 2020. Elle considère que c'est à l'intimée de prendre en charge les séances de physiothérapie qui lui ont été prescrites de juin à septembre 2020 et rappelle qu'avant l'événement du 11 mars 2020, elle n'a jamais souffert d'aucun problème à l'épaule. Ainsi, selon la recourante, les douleurs ayant été provoquées par un accident, c'est à l'assureur-accidents qu'il incombe de prendre en charge les suites dudit événement.

Par réponse du 4 mars 2021, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle fait valoir notamment ce qui suit :

« Dans le cas particulier, le Dr K._____ a pris connaissance de toutes les pièces du dossier, notamment du rapport d'échographie du 24 juin 2020, et a procédé à une appréciation détaillée de la question litigieuse.

Il relève que l'échographie du 24 juin 2020 ne fait état d'aucune lésion structurelle. Cet examen est dans les limites de la norme et ne révèle aucune atteinte tendineuse, ni bursite, ni inflammation acromio-claviculaire ou autre. Notons d'ailleurs que la Dresse D._____ indique dans son rapport du 28 juillet 2020 (pièce n°5), sous « constatations radiologiques », que l'ultrason est tout à fait normal. C'est pour ces motifs, à savoir l'absence en l'espèce de lésion structurelle, que le Dr K._____ arrive à la conclusion que les troubles dont se plaint l'assurée dès le 25 juin 2020 ne sont plus en relation de causalité avec l'accident. Les troubles subjectifs ne trouvent en effet aucune explication objective.

Par ailleurs, le fait que l'assurée n'avait pas de douleurs à son épaule droite avant l'accident n'est pas un argument permettant d'admettre la relation de causalité, comme cela a été rappelé dans la décision sur opposition.

Au vu de ce qui précède, il n'est pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante que les troubles de l'épaule droite au-delà du 24 juin 2020 soient en relation de causalité avec l'accident du 11 mars 2020. »

Par réplique du 25 mars 2021, la recourante a confirmé ses conclusions. Elle a produit les pièces suivantes :

- Un courrier de la Dre D. _____ du 24 mars 2021 dont il ressort notamment ce qui suit (sic) :

« Depuis 2013 je l'ai vue à plusieurs reprises à ma consultations pour des bilans de check up et l'anamnèse détaillée faite lors de ces consultations n'a jamais mis en évidence une quelconque douleurs des épaules ou de tout autre articulations par ailleurs. [...]

Il est vrai que suite à cet accident elle immédiatement présenté des douleurs mais qui n'étaient pour elle pas assez invalidante pour consulter dans l'immédiat, raison pour laquelle, je ne l'ai vue que au mois de juin pour sa première consultation dans ce contexte. Par ailleurs elle estimait que dans le cadre de la pandémie, elle ne se sentait pas le droit de consulter en urgence pour cette douleur.

Depuis cet accident la douleur est constante et ne s'est que peu modifié dans le caractère mais est devenue un peu moins intense avec le temps selon elle, cependant elle est gênée lors de tout mouvement (y compris le coiffage) et le jour de la consultation le 22.06.2020 elle évaluait sa douleur à 6-7/10.

Cette patiente ne m'ayant jamais parlé de douleurs de l'épaule avant cet accident, la causalité et la persistance de la douleur est pour moi imputable à l'accident.

Il est possible que le fait que cela n'a pas été pris en charge dès le départ explique cette douleur persistante mais cela n'est pas lié à de la négligence de la part de la patiente mais en lien avec la situation sanitaire qui comme vous le savez a empêché de nombreux patients de consulter en urgence y compris lors d'AVC. »

- Le courrier d'une collègue de travail de l'assurée, témoin de l'accident du 11 mars 2020, qui certifie que la recourante s'est immédiatement plainte de douleurs à l'épaule droite à la suite de sa chute à ski, qu'elle n'a pas d'absence pour cause de maladie ou d'accident, qu'elle n'a jamais eu de problème d'épaule par le passé

et que c'est en raison du confinement qu'elle a fini par consulter en juin 2020 eu égard à la persistance des douleurs.

Par duplique du 16 avril 2021, l'intimée a confirmé ses conclusions et ses motifs en relevant que la recourante n'avait pas apporté d'éléments nouveaux.

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 compte tenu des fêtes de fin d'année (art. 38 al. 4 let. c LPGA ; 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 prise en charge du cas par l'intimée au-delà du 24 juin 2020, singulièrement sur le point de savoir si l'atteinte à l'épaule droite de la recourante est en relation de causalité avec l'événement accidentel du 11 mars 2020.

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) 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. Aux termes de l'art. 6 al. 2, let. a et f LAA, l'assurance-accidents alloue ses prestations en cas de fractures et de déchirures de tendons, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à la maladie. Lorsqu'une telle lésion est constatée à la suite d'un événement même banal, l'assurance-accidents est en principe tenue de prester ; la preuve que l'atteinte a été causée par un facteur extérieur extraordinaire, au sens de l'art. 4 LPGA, n'est pas nécessaire. L'assurance-accidents est toutefois libérée de son obligation de prester s'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la lésion est due à plus de 50 % à une atteinte malade ou dégénérative (ATF 146 V 51 consid. 8.6).

5. **a)** Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré

seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées). Il n'existe aucun principe juridique dictant à l'administration ou au juge de statuer en faveur de l'assuré en cas de doute (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et les références).

b) 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).

c) D'après la jurisprudence, le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances 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

permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

6. a) En l'espèce, l'intimée a reconnu que l'événement du 11 mars 2020 constituait un accident au sens de l'art. 4 LPGA, dès lors qu'elle a pris en charge les frais relatifs à la consultation du 22 juin 2020 et ceux de l'échographie du 24 juin 2020.

L'intimée a en revanche nié le droit de la recourante à des prestations au-delà du 24 juin 2020, en considérant que les troubles persistant après cette date, soit les troubles à l'épaule droite, n'étaient pas en relation de causalité avec l'accident du 11 mars 2020. Pour ce faire, elle s'est fondée sur les conclusions du rapport du 16 septembre 2020 de son médecin-conseil, le Dr K._____, spécialiste en chirurgie orthopédique. Celui-ci a estimé qu'en l'absence de toute lésion structurelle, l'examen échographique du 24 juin 2020 n'ayant révélé aucune atteinte tendineuse, ni bursite, ni inflammation acromioclaviculaire ou autre, il y avait lieu de considérer que l'accident du 11 mars 2020 n'avait possiblement/probablement entraîné qu'une contusion bénigne de l'épaule droite. Or, une telle contusion cesse généralement de déployer ses effets après quelques jours et au maximum huit semaines. Ce délai tient compte de certaines entités physiopathologiques, un hématome se résorbant généralement après quatre à six semaines, auquel on rajoute, de façon empirique, un mois ce qui permet de parfaire la récupération fonctionnelle. Ainsi, en l'absence de tout argument probant prouvant une lésion significative de l'épaule droite, en lien au moins probable avec l'événement du 11 mars 2020, le délai de prise en charge ne pouvait être repoussé au-delà du 24 juin 2020.

Cette appréciation est contestée par la recourante. Elle fait valoir, d'une part que les douleurs qu'elle ressent à l'épaule droite ne

peuvent provenir que de l'accident du 11 mars 2020 dès lors qu'elle n'a jamais eu de problème avec cette épaule avant. D'autre part, elle expose que si elle a tardé à consulter c'est en raison de la pandémie de Covid-19, qui a conduit au confinement de la population entre le 13 mars et le 19 juin 2020, période durant laquelle elle s'est limitée aux sorties strictement nécessaires, par peur de surcharger le personnel soignant et aussi d'une possible contamination. Pour autant, elle allègue que les douleurs à l'épaule sont apparues immédiatement après sa chute à ski le 11 mars 2020 et n'ont pas cessé contrairement à ce qu'elle pensait, ce qui l'a finalement amenée à consulter son médecin traitant en juin 2020. Ainsi, selon la recourante, les douleurs pour lesquelles des séances de physiothérapie lui ont été prescrites de juin à septembre 2020 sont en relation de causalité avec l'accident du 11 mars 2020. Cela étant, c'est à l'intimée d'assumer les conséquences dudit événement.

b) En l'espèce, il y a lieu de reconnaître pleine valeur probante au sens de la jurisprudence au rapport du 16 septembre 2020 du Dr K._____ : il repose sur les données anamnestiques fournies par la recourante, tient compte des plaintes de l'intéressée et pose un diagnostic qui prend en considération les données médicales objectives telles qu'elles résultent de l'ultrason pratiqué le 22 juin 2020 par le médecin traitant, lequel s'est révélé sans particularité, et surtout de l'examen échographique du 24 juin 2020, qui n'a révélé aucune lésion structurelle, de quelque nature que ce soit. Par conséquent, il y a lieu de retenir, sur ces bases objectives, que l'accident du 11 mars 2020 n'a entraîné qu'une contusion bénigne de l'épaule, laquelle, ainsi que l'a exposé de façon détaillée le médecin-conseil de l'intimée, devait être résorbée après trois mois. Cela étant, l'intimée était en droit de cesser le versement de toute prestation après le 24 juin 2020.

Au demeurant, l'appréciation du Dr K._____ du 16 septembre 2020 n'est pas en contradiction avec le rapport de la Dre D._____ du 28 juillet 2020, qui, à la suite de son examen clinique du 22 juin 2020, faisait état d'une douleur en abduction avec une limitation à environ 150°. Elle notait également une limitation de la rétropulsion et

que, hormis la rotation interne, tous les mouvements provoquaient une douleur mais que l'ultrason était normal, de sorte qu'elle concluait à l'existence d'une douleur d'origine probablement musculaire, sans toutefois d'indication radiologique. Par ailleurs, le rapport complémentaire de la Dre D. _____ établi le 24 mars 2021 à la demande de la recourante paraît quant à lui quelque peu contradictoire avec le précédent et de ce fait peu probant. Elle y indique en effet que l'assurée avait mentionné un degré de douleur de 6-7/10 lors de la consultation de juin 2020, alors que son rapport du 28 juillet 2020 ne mentionne nullement ce point. A cela s'ajoute qu'elle affirme que la douleur, apparue immédiatement après l'accident, n'a pas changé d'intensité mais que si sa patiente a tardé à consulter c'est en raison de la pandémie Covid-19. On peine toutefois à croire que la recourante, même durant le confinement partiel du printemps 2020 dû à la pandémie de Covid-19, ait attendu plus de trois mois avant de consulter un service médical avec une douleur persistant à 6-7/10. Quant à l'argumentation selon laquelle, les douleurs de la recourante sont en relation de causalité avec l'événement du 11 mars 2020 dès lors que sa patiente - qu'elle suit depuis 2013 - n'a jamais eu aucun problème avec l'épaule droite, force est de constater qu'elle tient d'un raisonnement « *post hoc, ergo propter hoc* », lequel ne saurait permettre d'admettre une relation de causalité comme l'a rappelé à plusieurs reprises le Tribunal fédéral (cf. consid. 3c supra).

c) En conclusion, force est de constater qu'il n'est pas possible de rattacher, au degré de la vraisemblance prépondérante, les douleurs persistant au-delà du 24 juin 2020 à l'accident du 11 mars 2020. La causalité desdites douleurs avec l'accident assuré est tout au plus possible, mais pas probable au sens de la jurisprudence. C'est dès lors à juste titre que l'autorité intimée a refusé de prendre en charge les traitements médicaux au-delà du 24 juin 2020.

7. a) Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition du 23 décembre 2020 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 - au demeurant non représentée - n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision sur opposition rendue le 23 décembre 2020 par R._____ 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 :

- Q._____, à T._____,
- R._____, à X._____,
- Office fédéral de la santé publique, à Berne,

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 :