

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 7 août 2025

Composition : Mme LIVET, présidente
M. Neu et Mme Durussel, juges
Greffier : M. Varidel

Cause pendante entre :

M. _____, à [...], recourante, représentée par CAP Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA, à Lausanne,

et

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

Art. 61 let. c LPGA ; 6 al. 1 et 36 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. M. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], de nationalité [...], était au bénéfice des prestations de l'assurance-chômage depuis le 2 mai 2022. A ce titre, elle était assurée à titre obligatoire 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 12 juin 2023, l'assurée a été victime d'un accident ayant occasionné une blessure à l'épaule droite. Elle a décrit l'évènement en ces termes : « lors d'un entraînement d'escrime, j'ai eu une vive douleur au bras, je pensais à une courbature » (cf. déclaration de sinistre LAA pour chômeurs du 27 juin 2023).

Le 15 juin 2023, l'assurée a consulté les urgences du Centre médical [...]. Dans un certificat médical initial LAA daté du 14 juillet suivant, la Dre S. _____, spécialiste en médecine interne générale, a posé le diagnostic de contusion de l'épaule droite et a fait état d'une douleur diffuse à la palpation de toute la région acromio-claviculaire de l'épaule droite, sans tuméfaction. Une radiographie réalisée le même jour a montré l'absence de lésion osseuse.

Dans un rapport d'échographie de l'épaule droite du 23 juin 2023, le Dr P. _____, spécialiste en radiologie, a mis en évidence une tendinopathie calcifiante du sus-épineux avec déchirure interstitielle à insertion ainsi qu'une bursite sous-acromiale.

Invitée à répondre à un questionnaire de la CNA le 5 juillet 2023, l'assurée y a donné suite le 25 août 2023, en indiquant qu'elle avait fait une chute durant sa pratique de l'escrime, qu'elle avait ressenti une douleur vive et avait été dans l'impossibilité de bouger le bras [droit] durant six semaines.

La CNA a pris en charge le cas (cf. courrier du 4 septembre 2023).

En réponse à une demande de la CNA du 12 décembre 2023, le Dr Z._____, médecin praticien, a fait état, dans un rapport initial LAA du 25 janvier 2024, du diagnostic de lésions traumatiques de l'épaule et du bras, autres et sans précision (S49). A la rubrique des constatations objectives, il a indiqué la présence d'une tendinopathie calcifiante du sus-épineux avec déchirure interstitielle à l'insertion et d'une bursite sous-acromiale, entraînant une mobilisation douloureuse et limitée du bras droit. En outre, le médecin a répondu par la négative à la question de savoir si les constatations susmentionnées concordaient de manière plausible avec l'accident annoncé.

Le 26 mars 2024, le cas de l'assurée a été soumis au médecin-conseil de la CNA. Dans un rapport d'appréciation brève du 28 mars 2024, le Dr G._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a répondu par l'affirmative à la question de savoir si la santé de l'assurée au niveau de la région corporelle affectée par l'accident était, au degré de la vraisemblance prépondérante, déjà altérée avant l'accident. Il a considéré que la tendinite calcifiante que présentait l'assurée était une atteinte fréquente purement malade et est arrivé à la conclusion que l'accident du 12 juin 2023 avait occasionné une aggravation aiguë transitoire de cet état maladif préexistant et avait cessé de déployer ses effets délétères au maximum à trois mois.

Par décision du 11 avril 2024, la CNA a mis fin aux prestations de l'assurance-accidents avec effet au même jour au soir, en se référant à l'appréciation de son service médical, selon lequel les troubles persistants à l'épaule droite n'avaient plus aucun lien avec l'accident du 12 juin 2023, et estimant que l'état de santé, tel qu'il aurait été sans celui-ci, pouvait être considéré comme atteint depuis le 12 septembre 2023 au plus tard.

Par courriel du 26 avril 2024, contresigné le 3 mai suivant, l'assurée s'est opposée à cette décision, en concluant à la prise en charge

de ses troubles à l'épaule droite par la CNA. Elle a fait valoir que, depuis le jour de l'accident, ses douleurs ne s'étaient jamais interrompues, et qu'elle n'avait retrouvé qu'une mobilité partielle de son bras [droit].

Par décision sur opposition du 21 mai 2024, la CNA a rejeté l'opposition de l'assurée et confirmé sa décision du 11 avril précédent.

B. Par acte du 21 juin 2024, M. _____, représentée par CAP Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA, a interjeté recours contre la décision sur opposition précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à sa réforme en ce sens que « les prestations LAA [étaient] accordées par la [CNA] au-delà du 12 septembre 2023 pour les suites de l'accident survenu le 12 juin 2023 », subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause pour complément d'instruction. A l'appui de ses conclusions, elle a fait valoir que selon l'avis des médecins qu'elle avait consultés, le *statu quo sine vel ante* n'était pas atteint le 12 septembre 2023, et a requis qu'un délai de 30 jours lui soit accordé pour produire les rapports médicaux en question.

Dans sa réponse du 19 août 2024, l'intimée a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision sur opposition litigieuse. La CNA a précisé que, contrairement aux dires de la recourante, elle n'avait pas mis un terme aux prestations d'assurance à la date du *statu quo sine* - le 12 septembre 2023 -, mais à compter du 12 avril 2024, soit dix mois après l'accident survenu le 12 juin 2023. Elle soulignait en outre que la recourante n'avait soulevé aucun élément nouveau et renvoyait pour le surplus à sa décision sur opposition, dont il n'y avait pas lieu de s'écarter.

L'écriture susmentionnée a été communiquée à la recourante, qui a renoncé à se déterminer.

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 le point de savoir si la recourante a droit à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 11 avril 2024.

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) aa) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière sans l'événement accidentel. 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 la personne assurée, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 ; 142 V 435 consid. 1 et les références citées).

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 ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références citées). 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).

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_140/2021 du 3 août 2021 consid. 3.5). 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 (TF 8C_117/2020 du 4 décembre 2020 consid. 3.1).

bb) 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 148 V 138 consid. 5.1.1 et les références citées). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 140 V 356 consid. 3.2 et la référence citée ; TF 8C_404/2020 du 11 juin 2021 consid. 6.2.1).

cc) 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 (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références citées ; TF 8C_733/2020 du 28 octobre 2021 consid. 3.3).

4. a) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales 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 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_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

b) 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).

Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise externe, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires. En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPG (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.4 ; TF 8C_673/2020 du 25 juin 2021 consid. 3.5).

c) 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 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées).

5. a) En l'espèce, la recourante fait grief à l'intimée d'avoir mis un terme à la prise en charge des suites de l'accident du 12 juin 2023 au 12 septembre 2023, au motif que ses troubles à l'épaule droite n'étaient, au-delà de cette date, plus en lien de causalité naturelle avec cet évènement.

A cet égard, on observera, en premier lieu, que si la CNA a retenu que le *statu quo sine* était atteint le 12 septembre 2023, elle a néanmoins presté jusqu'au 11 avril 2024.

En effet, dans la décision entreprise, la CNA s'est fondée sur l'appréciation de son médecin-conseil, le Dr G._____, pour retenir que l'accident ne déployait plus d'effet après le 12 septembre 2023 et pour nier le droit de la recourante aux prestations de l'assurance-accidents postérieurement au 11 avril 2024.

b) En l'occurrence, la recourante s'est blessée à l'épaule droite en pratiquant l'escrime, le 12 juin 2023. Elle a consulté les urgences le 15 juin suivant, où le diagnostic de contusion de l'épaule droite a été posé et où une radiographie a toutefois permis d'écarter la présence de lésion osseuse. Le bilan iconographique a été complété, en date du 23 juin 2023, par une échographie de l'épaule droite ayant mis en évidence la présence d'une tendinopathie calcifiante du sus-épineux avec déchirure interstitielle à insertion et une bursite sous-acromiale.

Dans son rapport d'appréciation brève du 28 mars 2024, le Dr G._____ considère, en s'appuyant sur les éléments médicaux à disposition, que la tendinopathie calcifiante du sus-épineux avec déchirure interstitielle à l'insertion constitue une atteinte fréquente purement malade. Il retient que l'accident du 12 juin 2023 a entraîné une

aggravation aigüe transitoire d'un état maladif préexistant - à savoir la tendinite calcifiante - et que cet évènement a, d'après l'expérience médicale et compte tenu d'un traitement selon les règles de l'art, cessé de déployer ses effets délétères à trois mois.

Il convient de relever que le rapport du Dr G._____ est convaincant et qu'aucun document médical au dossier ne remet en cause son appréciation. En particulier, la recourante, qui fait valoir dans la présente procédure que les avis des médecins qu'elle a consultés infirment les conclusions du médecin de l'assurance - en particulier, que le *statu quo sine* ne serait pas atteint au 12 septembre 2023 -, n'a pas produit de rapport en ce sens, bien qu'elle ait requis un délai à cet effet (cf. recours du 21 juin 2024, ch. I des conclusions) et disposé de plusieurs mois pour procéder.

Quant à l'argument de l'intéressée, en tant qu'elle soutenait, au stade de la procédure administrative, que son état de santé ne pouvait pas être lié à des atteintes préexistantes dans la mesure où elle n'avait pas récupéré les facultés dont elle disposait avant l'accident, et qu'elle avait souffert de douleurs ininterrompues depuis celui-ci, il ne saurait être suivi. En effet, le seul critère que des douleurs sont apparues à la suite de l'évènement accidentel constitue un raisonnement de type « *post hoc ergo propter hoc* » dont la jurisprudence a souligné, de longue date, qu'il ne permettait pas à lui seul de tirer de conclusions sur l'origine accidentelle d'une telle atteinte à la santé (cf. consid. 3b/aa *supra*).

Il convient, dès lors, de constater que les éléments dont se prévaut la recourante ne sont pas de nature à mettre en doute les conclusions du Dr G._____, qui doivent être confirmées.

c) Il découle de ce qui précède, qu'en considérant que l'accident du 12 juin 2023 avait cessé de déployer ses effets au 12 septembre 2023, et en mettant un terme au versement de ses prestations au 11 avril 2024 pour les suites dudit évènement, l'intimée n'a pas violé le droit fédéral.

6. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition attaquée confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f^{bis} LPGA), ni d'allouer de dépens à la recourante, qui 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 21 mai 2024 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 :

Le greffier :

Du

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

- CAP Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA, pour M. _____,
- 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).

Le greffier :