

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 3 avril 2019

---

Composition : M. DÉPRAZ, juge unique  
Greffier : M. Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**B.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par DAS Protection Juridique SA,  
à Etoy,

et

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

---

**Art. 61 let. c LPGA ; 6 al. 1 et 16 al. 1 LAA**

**E n f a i t :**

**A.** Née en [...], B.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée) a une formation d'assistante dentaire. Elle percevait des indemnités de l'assurance-chômage depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2013. A ce titre, elle bénéficiait d'une couverture d'assurance contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA).

Le 3 juillet 2015, alors qu'elle était en train de faire son lit, elle a perdu l'équilibre et fait une chute en arrière, ce qui a entraîné des troubles au niveau de l'épaule droite et à la cuisse gauche.

L'IRM (imagerie par résonance magnétique) de l'épaule droite pratiquée le 13 juillet 2015 a montré une tendinobursite marquée du supra-épineux et une arthropathie acromio-claviculaire avec un acromion de stade II.

Le 23 novembre 2015, le Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur ainsi qu'en traitement interventionnel de la douleur, a procédé à une arthroscopie de l'épaule droite, avec débridement de l'insertion du biceps et acromioplastie.

Le 8 juin 2016, l'assurée a été examinée par le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin-conseil de la CNA. Dans son rapport du même jour, ce praticien a indiqué que l'épaule droite ne montrait pas d'amyotrophie significative et que sa mobilité dépassait l'horizontalité. Il mentionnait que le testing de la coiffe des rotateurs montrait une diminution de la force bien que l'IRM n'avait pas mis en évidence de lésion tendineuse. Il en concluait que la situation était stabilisée et qu'une pleine capacité de travail pouvait être reconnue à l'assurée dès le 1<sup>er</sup> juillet 2016.

Le 9 juin 2016, la CNA a annoncé à l'assurée qu'elle lui reconnaissait une pleine capacité de travail dès le 1<sup>er</sup> juillet 2016 et que le paiement de ses indemnités journalières serait suspendu à partir de cette date.

Sur demande de la mandataire de l'assurée, la CNA [...] a rendu le 29 juin 2016 une décision suspendant le versement de l'indemnité journalière dès le 1<sup>er</sup> juillet 2016 et acceptant la prise en charge des traitements de physiothérapie jusqu'au 3 juillet 2016 ainsi qu'une infiltration.

**B.** Le 22 août 2016, l'assurée a formé, par l'intermédiaire de sa protection juridique, une opposition contre cette décision. A l'appui de son opposition, elle a notamment produit un certificat du 18 juillet 2016 de son médecin traitant généraliste, le Dr A. \_\_\_\_\_, lequel a indiqué que les limitations fonctionnelles persistaient dans les mouvements de surélévation (antéflexion et abduction limitées à 90°), ainsi que les mouvements de rotations externe et interne et qu'elles étaient incompatibles avec une activité d'assistante dentaire. Ce praticien estimait que l'assurée était en incapacité de travail à 100 % pour une durée indéterminée.

Aux termes de son appréciation médicale du 30 août 2016, le Dr D. \_\_\_\_\_ est arrivé à la conclusion que les limitations fonctionnelles évoquées par le Dr A. \_\_\_\_\_ n'étaient pas incompatibles avec l'activité d'assistante dentaire, laquelle ne nécessitait que très rarement de lever les bras au-dessus de l'horizontale.

Dans un rapport du 5 septembre 2016, le Dr S. \_\_\_\_\_ a indiqué que, suite à l'intervention du 23 novembre 2015, l'évolution avait été « lentement favorable » et que, lors de sa dernière consultation du 14 juin 2016, l'assurée présentait encore des douleurs résiduelles, principalement lors de longues positions maintenues à 90° d'abduction. Il ne voyait dès lors pas comment cette dernière aurait pu reprendre une activité professionnelle à temps complet sachant que c'est précisément

cette position dans laquelle elle se trouvait pour travailler la plupart du temps.

Le 8 novembre 2016, un collaborateur de la CNA s'est rendu au cabinet dentaire du Dr N.\_\_\_\_\_ à [...] et s'est entretenu avec ce médecin-dentiste ainsi qu'avec son assistante. Il résulte de son rapport du 14 novembre 2016 que ces deux personnes ont d'emblée estimé que des limitations au niveau de la surélévation des bras n'entravaient pas la capacité de travail d'une assistante dentaire. En effet, ce n'est que très occasionnellement qu'une assistante dentaire est amenée à faire des mouvements d'élévation de l'un de ses deux bras au-dessus de l'horizontale. Selon le compte-rendu, ce n'est jamais le cas en cas de travail de secrétariat et cela arrive tout à fait occasionnellement en cas de travail à la chaise pour saisir un instrument et en cas de stérilisation pour aller chercher une matière dans une armoire. Selon les interlocuteurs de la CNA, il n'y aurait aucun problème pour occuper dans leur cabinet à 100 % une assistante présentant des limitations au niveau d'une seule épaule.

Le 27 décembre 2016, le Dr D.\_\_\_\_\_ a confirmé son appréciation médicale sur la base de ce qui précède.

Par décision du 3 janvier 2017, la CNA a rejeté l'opposition déposée par l'assurée et confirmé la décision du 29 juin 2016.

**C.** Par acte de son mandataire du 23 janvier 2017, B.\_\_\_\_\_ (ci-après : la recourante) a formé un recours contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant principalement à la réforme de la décision sur opposition de la CNA (ci-après : l'intimée) en ce sens que la décision du 29 juin 2016 mettant fin aux prestations dès le 1<sup>er</sup> juillet 2016 est annulée et au versement des prestations liées à l'accident du 3 juillet 2015 pour la période courant du 1<sup>er</sup> juillet 2016 au 31 octobre 2016, subsidiairement au renvoi de la cause à la CNA pour mise en œuvre d'une expertise et nouvelle décision dans le sens des considérants.

Outre les pièces déjà produites à l'appui de l'opposition, la mandataire de la recourante a produit un courriel de celle-ci au Dr S.\_\_\_\_\_ du 10 janvier 2017 dans lequel elle se détermine sur le contenu du rapport de la visite au cabinet dentaire du Dr N.\_\_\_\_\_. Elle y exposait avoir travaillé pour des médecins-dentistes qui demandent une pratique à la chaise « à 100% », qu'une assistante à la chaise était toujours assise et non pas debout avec toujours l'aspirateur dans une main et une autre prête à passer au praticien les différents instruments et matériaux, que le patient était en général en position assise ou semi-assise, ce qui impliquait que les bras de l'assistante sont tendus sans aucun appui, qu'il n'était pas envisageable de demander au médecin-dentiste d'aller chercher lui-même un matériel de préparation dans une armoire et qu'il lui était également impossible d'effectuer le nettoyage des instruments. Elle rappelait en outre que ses limitations ne consistaient pas à ne pas pouvoir lever les bras au-dessus de l'horizontale mais à l'horizontale.

Dans sa réponse du 27 mars 2017, la CNA a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée.

Le 15 juin 2017, la recourante a confirmé les conclusions prises au pied du recours.

Le 8 septembre 2017, l'intimée a persisté dans ses conclusions.

Le 17 novembre 2017, la recourante a indiqué ne pas avoir déposé de demande de prestations de l'assurance-invalidité et avoir repris une activité professionnelle en tant qu'assistante-dentaire à temps partiel depuis le 18 juillet 2017 puis à 100 % dès le 13 décembre 2017.

La Cour a statué par voie de circulation sans ordonner d'autres mesures d'instruction.

**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.** L'objet du litige porte sur le droit de la recourante au paiement par l'intimée des indemnités journalières en cas d'accident pour la période courant du 1<sup>er</sup> juillet 2016 au 31 octobre 2016 suite à l'accident du 3 juillet 2015.

**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. L'assuré a notamment le droit à une indemnité journalière s'il est totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident (art. 16 al. 1 LAA).

**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 129 V 177 consid. 3.1 et les références citées ; TF 8C\_36/2017 du 5 septembre 2017 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 et les références citées ; TF 8C\_727/2016 du 20 octobre 2017 consid. 3). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 138 V 248 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_220/2016 du 10 février 2017 consid. 7.3).

**4.** Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni

sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. A cet égard, il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, 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 de l'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 dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3 ; TF 9C\_22/2011 du 16 mai 2011 consid. 5).

**5.** En l'espèce, la recourante invoque principalement l'avis de ses médecins traitants selon lesquels son état de santé ne lui aurait pas permis de reprendre son activité d'assistante dentaire à 100 % dès le 1<sup>er</sup> juillet 2016.

En substance, ces deux praticiens estiment qu'à cette date, l'incapacité de travail de la recourante était encore totale compte tenu des limitations fonctionnelles.

D'abord, sur le plan médical, force est de relever que les médecins qui se sont exprimés ne sont pas unanimes sur les limitations fonctionnelles frappant la recourante. Ainsi, le Dr A. \_\_\_\_\_ estime que la recourante n'est pas capable d'élever les bras au-dessus de l'horizontale (« antéflexion et abduction limitées à 90° ») et qu'elle ne peut effectuer des mouvements de rotations. Pour sa part, le Dr S. \_\_\_\_\_ mentionne uniquement des douleurs lors de longues positions maintenues à 90° d'abduction sans qu'un tel mouvement soit en lui-même exclu. Enfin, le Dr D. \_\_\_\_\_ retient que la mobilité de la recourante dépassait l'horizontale.

Il convient de retenir de ces rapports que la recourante était à tout le moins capable de mouvements jusqu'à l'horizontale, aucun praticien ne l'excluant.

Or, contrairement à ce qu'exposent les médecins traitants de la recourante, ces limitations fonctionnelles ne sont pas incompatibles avec l'exercice d'une activité d'assistante dentaire à 100 %. Dans le cadre de la procédure d'opposition, la CNA a procédé à une visite d'un cabinet dentaire ainsi qu'à un entretien avec un médecin-dentiste et une assistante dont il résulte qu'une assistante dentaire n'est pas amenée, sauf de manière exceptionnelle, à effectuer des mouvements de bras au-dessus de l'horizontale. Rien n'indique non plus qu'une assistante dentaire serait amenée à maintenir longtemps ses bras à 90° d'abduction. Certes, la recourante a formulé des critiques sur ce compte-rendu estimant que, dans son travail d'assistante dentaire, ses bras étaient le plus souvent à l'horizontale, « comme pour tenir un volant de voiture ». Toutefois, il résulte des constatations de l'ensemble des médecins qu'une mobilité jusqu'à l'horizontale est possible et admissible. Pour le surplus, même s'il est probable que les tâches d'une assistante dentaire et la nécessité de pouvoir surélever ses bras peuvent varier d'un cabinet à l'autre, la recourante ne démontre pas en quoi les constatations de la CNA seraient erronées s'agissant de ce qui est exigé en général d'une assistante dentaire. Dès lors que la recourante ne pouvait en principe pas être amenée à effectuer des mouvements au-dessus de l'horizontale, on ne voit pas en quoi une reprise graduelle de l'activité lucrative, comme le préconisait le Dr S.\_\_\_\_\_, aurait été préférable. Il est également sans pertinence que la recourante soutient elle-même avoir retrouvé une pleine capacité de travail dès le mois de novembre 2016, tout comme le fait qu'elle a repris une activité d'assistante dentaire depuis lors.

Il résulte de ce qui précède que l'autorité intimée a considéré à juste titre que l'état de santé de la recourante lui permettait de reprendre son activité professionnelle à 100 % dès le 1<sup>er</sup> juillet 2016.

**6.** Mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition de la CNA confirmée. La procédure étant gratuite (cf. art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires. La recourante, qui n'obtient pas gain de cause, n'a pas droit à des dépens, pas plus que

l'intimée en sa qualité d'assureur social (cf. art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205).

**Par ces motifs,  
le juge unique  
prononce :**

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue le 3 janvier 2017 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.

Le juge unique :

Le greffier :

**Du**

L'arrêt qui précède est notifié à :

- DAS Protection Juridique SA (pour B. \_\_\_\_\_),
- Me Didier Elsig (pour la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents),
- Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP),

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 :