



**POUVOIR JUDICIAIRE
GERICHTSBEHÖRDEN**

ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

**Tribunal cantonal TC
Kantonsgericht KG**

Rue des Augustins 3, case postale 1654, 1701 Fribourg

T +41 26 304 15 00
tribunalcantonal@fr.ch
www.fr.ch/tc

605 2018 224

Arrêt du 4 décembre 2019

1^e Cour des assurances sociales

Composition

Président : Marc Boivin
Juges : Marianne Jungo, Marc Sugnaux
Greffière : Isabelle Schuwey

Parties

A. _____, recourante, représentée par Me Hervé Bovet, avocat
contre

BÂLOISE ASSURANCE SA, autorité intimée, représentée par
Me Jean-Marie Favre, avocat

Objet

Assurance-accidents – causalité, rechute

Recours du 18 septembre 2018 contre la décision sur opposition du
22 août 2018

considérant en fait

A. Le 9 avril 2016, A. _____, née en 1970, secrétaire de direction auprès de B. _____ à 100%, a été victime d'une chute alors qu'elle participait à un cours de pole dance, lors de laquelle elle est tombée sur le côté droit.

Une rechute pour des troubles de l'épaule droite a été annoncée au cours des premiers mois de l'année 2017.

L'assurée a été opérée de l'épaule droite le 23 mai 2017 par le Dr C. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Suite à cette intervention, l'assurée a développé un Sudeck du poignet droit.

B. Par décision du 22 mars 2018, confirmée sur opposition le 22 août 2018, Bâloise Assurance SA (ci-après : la Bâloise) a mis un terme à la prise en charge du cas avec effet au 23 février 2017, considérant que l'accident du 9 avril 2016 avait provoqué une aggravation passagère d'une atteinte préexistante et qu'un retour au *statu quo sine* pouvait être fixé à la date de l'IRM de l'épaule droite, soit au 23 février 2017, conformément à l'avis de son médecin-conseil, le Dr D. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

C. Contre cette décision, A. _____, représentée par Me Hervé Bovet, avocat, interjette recours le 18 septembre 2018. Elle conclut, sous suite de dépens, à l'annulation de la décision attaquée et à la poursuite de la prise en charge du cas par la Bâloise, l'existence d'un lien de causalité naturelle et adéquate entre ses troubles actuels et l'accident assuré devant être reconnue. En substance, elle fait grief à l'autorité intimée de s'être fondée sur l'avis exclusif de son médecin-conseil, lequel ne l'a jamais examinée personnellement, malgré l'avis contraire du spécialiste traitant. Elle considère que les différents rapports médicaux émanant de ce dernier ont pleine valeur probante, au contraire de celui du médecin-conseil de la Bâloise, notamment quant au diagnostic de Sudeck.

Le 25 octobre 2018, l'autorité intimée, représentée par Me Jean-Marie Favre, avocat, propose le rejet du recours. Elle relève que près d'un an s'est écoulé entre l'accident assuré et l'annonce de rechute pour des troubles de l'épaule droite, et que les lésions constatées lors de l'IRM du 23 février 2017 sont de nature dégénérative/maladive et n'ont pas été provoquées par la chute. Quant aux troubles du poignet droit, ils constituent une complication de l'intervention du 23 mai 2017, elle-même rendue nécessaire du fait de l'état dégénératif de l'épaule droite, de sorte que l'existence d'un lien de causalité naturelle et adéquate doit être niée. Elle estime que les constatations de son médecin-conseil sont motivées et reposent sur des constatations objectives. Au contraire, elle doute de l'impartialité du Dr C. _____, chirurgien traitant, et remet également en question le bien-fondé de l'intervention du 23 mai 2017.

Le 29 novembre 2018, la recourante a confirmé ses critiques à l'égard de l'appréciation du médecin-conseil de l'autorité intimée, en présence de l'avis contradictoire du spécialiste traitant. Elle souligne que les deux premières appréciations du médecin-conseil ne sont nullement motivées et que ce n'est que postérieurement à la décision attaquée que ce dernier a étoffé son argumentation. Il confirme *a contrario* le bien-fondé de l'appréciation du Dr C. _____ et fait grief à l'autorité intimée d'avoir écarté sans fondement certains éléments, notamment ses propres déclarations du 24 décembre 2017. Elle produit également un cd contenant un enregistrement

vidéo de la chute du 9 avril 2016 ainsi qu'un courrier du Dr C. _____ du 20 novembre 2018 répondant aux critiques de l'autorité intimée.

Dans ses ultimes remarques du 13 décembre 2018, l'autorité intimée a maintenu sa position à l'égard de l'appréciation du Dr D. _____, en rappelant que la jurisprudence permet d'accorder pleine valeur probante à l'avis du médecin-conseil d'une assurance. Elle a enfin déclaré ne pas s'opposer formellement à la mise en œuvre d'une expertise médicale judiciaire.

Le 28 mars 2019, la recourante a encore produit un nouveau rapport médical émanant du Dr E. _____, spécialiste en chirurgie de la main.

Le 1^{er} avril 2019, l'autorité intimée a requis la production de la correspondance échangée entre ce dernier médecin et le Dr C. _____, ainsi qu'un rapport de consultation du 11 mars 2019.

Le 4 juin 2019, la recourante a déclaré ne pas être en mesure de produire les documents demandés, le Dr E. _____ n'ayant pas donné suite à ses requêtes.

Il sera fait état des arguments, développés par les parties à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants en droit du présent arrêt, pour autant que nécessaire à la solution du litige.

en droit

1.

Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par une assurée directement touchée par la décision sur opposition attaquée et dûment représentée, le recours est recevable.

2.

En vertu de l'art. 6 al. 1 de la loi du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA; RS 832.20), les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

2.1. Le droit à des prestations découlant d'un accident suppose tout d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. L'exigence d'un lien de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'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 ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci (ATF 119 V 335 consid. 1, 118 V 286 consid. 1b, 117 V 369 consid. 3a, 117 V 359 consid. 5a).

Savoir s'il existe un rapport de causalité naturelle est une question de fait, généralement d'ordre médical, qui doit être résolue en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante. 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, sans quoi le droit aux prestations fondées sur l'accident doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1; 119 V 335 consid. 1).

En particulier, le principe « *après l'accident, donc à cause de l'accident* » (« *post hoc, ergo propter hoc* ») ne saurait être considéré comme un moyen de preuve et ne permet pas d'établir un lien de causalité naturelle au degré de la vraisemblance prépondérante exigé en matière d'assurance-accidents (ATF 119 V 341 consid. 2b/bb).

Si l'accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état de l'assuré est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (*statu quo sine*) (arrêt TF 8C_464/2014 du 17 juillet 2015 consid. 3.2 et les références).

2.2. 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; 125 V 456 consid. 5a et les références). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 138 V 248 consid. 4 et les références).

3.

3.1. Une fois que le traitement médical d'un événement assuré a cessé, des mesures médicales ne peuvent être prises en charge qu'aux conditions de l'art. 21 LAA et seulement si l'assuré a été mis au bénéfice d'une rente. S'il n'a pas droit à une telle prestation, il appartient à l'assurance-maladie de prendre en charge le traitement.

Demeure réservée l'annonce d'une rechute ou de séquelles tardives nécessitant un traitement médical (art. 11 de l'ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents [OLAA; RS 832.202]). Dans ce cas, l'assureur-accidents accordera les prestations indépendamment des conditions fixées à l'art. 21 LAA.

3.2. Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même atteinte qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent. Les rechutes et les séquelles tardives se rattachent par définition à un événement accidentel. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 123 V 137 consid. 3a; 118 V 293 consid. 2c et les références).

Plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve d'un rapport de causalité doivent être sévères (arrêt TF 8C_171/2016 du 29 avril 2016 consid. 2.2 et les références).

4.

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 125 V 351).

4.1. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est 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 médicales soient dûment 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 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351).

4.2. Le simple fait que le médecin consulté soit lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une présomption à l'égard de l'assuré. Ainsi, le juge ne peut écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante. Cela étant, dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes, même faibles, quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis (arrêt du TF 8C_456/2010 du 19.04.2011 consid. 3 et la référence citée).

En effet, pour que l'assuré ait une chance raisonnable de soumettre sa cause au juge, sans être clairement désavantagé par rapport à l'assureur (sur l'inégalité relativement importante entre les parties en faveur de l'assurance, cf. ATF 135 V 165 consid. 4.3.1 *in fine*), le tribunal ne peut pas, lorsqu'il existe des doutes quant à la fiabilité et la pertinence des constatations des médecins internes à l'assurance, procéder à une appréciation des preuves définitive en se fondant d'une part sur les rapports produits par l'assuré et, d'autre part, sur ceux des médecins internes à l'assurance. Pour lever de tels doutes, le juge doit soit ordonner une expertise judiciaire, soit renvoyer la cause à l'organe de l'assurance pour qu'il mette en œuvre une expertise dans le cadre de la procédure prévue par l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6).

5.

En l'espèce, le litige porte sur la question de savoir si la Bâloise était fondée à nier le droit de la recourante à des prestations d'assurance pour les troubles constatés au-delà du 23 février 2017.

Est ici déterminante l'existence ou non d'un lien de causalité naturelle et adéquate entre la chute du 9 avril 2016 et lésions de l'épaule droite ayant nécessité l'opération du 23 mai 2017, ainsi que les troubles au poignet droit survenus ultérieurement.

A défaut, la responsabilité de la Bâloise ne saurait être engagée.

Qu'en est-il ?

Il convient de revenir sur le dossier médical de l'assurée.

5.1. Evènement du 9 avril 2016

Le 9 avril 2016, A. _____, née en 1970, secrétaire de direction auprès de B. _____, a été victime d'une chute alors qu'elle participait à un cours de pole dance, lors de laquelle elle a été blessée à l'épaule droite.

Un enregistrement vidéo de cette chute, produit par la recourante durant la présente procédure de recours, la montre tomber d'une hauteur d'environ 1.5 m, alors qu'elle s'était élancée autour de la barre et se tenait à celle-ci avec sa jambe droite.

Selon la déclaration d'accident du 15 avril 2016, l'assurée, « *lors d'un cours de danse, a perdu l'équilibre et a chuté* ». Ce formulaire mentionne une consultation aux urgences et fait état de lésions au thorax (côtes, cage thoracique) du côté droit (dossier intimée, pièce 10).

Un CT thoracique le 14 avril 2016 a permis d'exclure la présence de lésions cardiaques ou d'autres organes abdominaux supérieurs, ainsi que de fracture de la cage thoracique ou des différents corps vertébraux dorsaux (dossier intimée, pièce 9).

Le 11 mai 2016, l'assurée a consulté le Dr C. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

5.2. Annonce de rechute, opération du 23 mai 2017 et évolution

En raison de douleurs à l'épaule droite, une IRM de l'épaule droite a été réalisée le 22 février 2017 sur demande du Dr C. _____, qui suspectait une tendinite de la coiffe.

Le rapport d'IRM du 23 février 2017 du Dr F. _____, spécialiste en radiologie, a confirmé ce diagnostic et a mis en évidence un « *impingement sous-acromial serré, sous un acromion penché dans le plan latéro-inférieur, à bord inférieur convexe et sous une arthrose acromio-claviculaire relativement marquée. Tendopathie marquée du tendon sus-épineux, sans signes d'une déchirure transfixiante mais avec une petite bursite sous-acromiale et sous-deltaïdienne* ». En conclusion, le radiologue a proposé une « *infiltration acromio-claviculaire sous guidage fluoroscopique* » (dossier intimée, pièce 12).

Une rechute portant sur les troubles de l'épaule droite a alors été annoncée à la Bâloise au cours du printemps 2017. Aucun document y relatif ne figure toutefois dans le dossier produit par l'autorité intimée.

Face à la persistance des douleurs malgré le traitement conservateur mis en place, une opération de l'épaule a été réalisée le 23 mai 2017 par le Dr C. _____ (« *révision de l'épaule droite avec résection de la clavicule distale, puis révision de l'espace sous-acromial avec un acromioplastie, bursectomie et suture (...) du sus-épineux* » ; dossier intimée, pièce 13).

L'évolution postopératoire immédiate semble avoir été favorable (formulaire de sortie du 30 mai 2017, dossier intimée, pièce 14), mais des douleurs jusqu'au poignet droit se sont ensuite développées.

Le 9 août 2017, une IRM du poignet droit a confirmé la présence d'un « Morbus Sudeck » du poignet droit (= maladie inflammatoire du tissu conjonctif du bras ou de la main, de la jambe ou du pied. Elle se manifeste la plupart du temps comme séquelle d'une lésion ou blessure [cf. www.santeweb.ch]; dossier intimée, pièce 15).

5.3. Rapports médicaux ultérieurs et instruction médicale

Le rapport initial d'accident n'a été établi que le 12 septembre 2017, soit 14 mois après la première consultation auprès du Dr C._____, le 11 mai 2016. Ce rapport retient les diagnostics de « *déchirure partielle du sus-épineux non transfixiante* » et d'« *arthrose acromio-claviculaire droite traumatisée* », ainsi que les constatations cliniques de « *douleurs costales à droite, douleurs globales épaule droite. Douleurs épine omoplate à gauche* » (dossier intimée, pièce 16).

Le cas a alors été soumis au médecin-conseil de la Bâloise, le Dr D._____, également spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans son rapport du 14 novembre 2017, ce dernier a examiné les diagnostics de « *contusion thoracique et épaule D* » et de « *tendinopathie du sus-épineux avec fissure longitudinale épaule D et arthrose AC [acromio-claviculaire] D* ». Il a confirmé que les contusions étaient en lien de causalité avec l'évènement du 9 avril 2016. En revanche, il a considéré que la tendinopathie du sus-épineux avec fissure longitudinale et l'arthrose acromio-claviculaire étaient préexistants et que l'accident n'avait provoqué qu'une aggravation passagère de ces atteintes. Il a déclaré, sans motivation particulière, que la date du *statu quo sine* pouvait être fixée au mois de février 2017, à la date de l'IRM (dossier intimée, pièce 19).

Le 24 décembre 2017, l'assurée a résumé le déroulement des faits à l'attention de l'autorité intimée. Elle a déclaré que suite à l'évènement du 9 avril 2016, lors duquel elle est « *tombée sur le côté droit* » et s'est « *retenue sur le sol avec la main droite* », elle a tout d'abord eu très mal au dos. A cet égard, elle a précisé que « *j'avais tellement mal dans le dos que je n'ai pas fait attention à la douleur au poignet et à l'épaule, ou plus exactement j'ai considéré que c'était secondaire. Petit à petit durant l'année 2016, j'avais de plus en plus de mal à utiliser mon épaule droite (...). Je pouvais utiliser de moins en moins mon bras droit* ». Elle a indiqué avoir suivi un traitement de physiothérapie pour ces douleurs, sans succès. Une opération a alors été envisagée, et a été réalisée le 23 mai 2017. S'agissant de l'évolution postopératoire, elle a déclaré avoir « *commencé à avoir mal à la main en juin 2017 (...). Le coude a commencé à me faire mal comme l'avant-bras et le poignet* ». S'agissant de ses limitations actuelles, elle a affirmé être en incapacité de travail totale « *en raison du manque de mobilité et des douleurs* » (« *actuellement, je peux lever le bras jusqu'à la hauteur de l'épaule mais pas plus. (...) si je m'entraîne à utiliser la souris de l'ordinateur, cela commence rapidement à brûler. Je ne peux pas bouger les trois derniers doigts mais le pouce et l'index oui. Je sens donc une amélioration petit à petit mais très légèrement. Je ne peux pas conduire car je fais tout de la main gauche* » ; dossier intimée, pièce 17).

Quant au Dr C._____, dans un rapport du 26 février 2018 adressé à la Bâloise, il a relaté l'évolution des troubles constatés depuis l'accident du 9 avril 2016 et sa première consultation, le 11 mai 2016, lors de laquelle des douleurs costales étaient d'abord évoquées, lesquelles se sont améliorées grâce à l'ostéopathie. Il signale ensuite l'apparition d'une « *voussure [bombement anatomique] épaule post à droite, douleurs globale épaule droite, douleurs épine omoplate gauche. Cliniquement : tendinite coiffe à droite* » le 16 février 2017, suite à laquelle une IRM a été réalisée le 27 mars 2017, mettant en évidence une « *déchirure SUE, arthrose A-C, conflit sous acromial à droite* ». Le 24 avril 2017, face à des mouvements douloureux et quelques épisodes de

grosses douleurs, une intervention chirurgicale est agendée pour le 23 mai 2017. Le 6 juillet 2017, des douleurs au poignet droit sont signalées. Un Sudeck est suspecté le 8 août 2017. Le 10 août 2017, les résultats d'un IRM confirment un Sudeck. Le 8 février 2018, une amélioration est constatée au niveau de l'épaule mais la situation est stagnante s'agissant de la main. En conclusion, ce spécialiste affirme qu'il est trop tôt pour se prononcer sur l'évolution de l'état de santé (dossier intimée, pièce 20).

Ce rapport a été transmis au médecin-conseil de la Bâloise, qui, dans son appréciation du 20 mars 2018, a déclaré que ces nouveaux éléments n'apportaient pas d'éléments susceptibles de modifier sa prise de position du 14 novembre 2017 (dossier intimée, pièce 21).

5.4. *Décision de la Bâloise et procédure d'opposition*

Par décision du 22 mars 2018, la Bâloise a mis un terme à la prise en charge du cas avec effet au 23 février 2017, en retenant, sur la base de l'avis de son médecin-conseil, que l'accident du 9 avril 2016 avait provoqué une aggravation passagère d'une atteinte préexistante et qu'un retour au *statu quo sine* pouvait être retenu à la date de l'IRM de l'épaule droite, soit au 23 février 2017 (dossier intimée, pièce 2).

Par opposition du 18 avril 2018, complétée le 9 mai 2018, l'assurée a formé opposition à l'encontre de cette décision, en se prévalant de l'avis du Dr C. _____, contraire à l'appréciation du médecin-conseil de la Bâloise (dossier intimée, pièces 3 et 4).

Ce spécialiste, dans un rapport du 18 avril 2018, a en effet indiqué que le diagnostic initial retenu suite à l'évènement du 9 avril 2016 était une « *déchirure partielle du sus-épineux non transfixiante* » ainsi qu'une « *décompensation traumatique d'une arthrose acromio-claviculaire droite* ». Il a affirmé que l'assurée n'avait auparavant jamais présenté les moindres problèmes ou douleurs à l'épaule. Il a critiqué l'appréciation du médecin-conseil de la Bâloise au motif qu'il n'existe aucune preuve de l'état préexistant au niveau de la tendinopathie et que, n'ayant jamais examiné l'assurée, ni avant, ni après la chute, son appréciation doit être considérée comme « *sans fondement, sans justification ni clinique, ni scientifique* ». Quant à l'arthrose acromio-claviculaire, il a expliqué qu'il s'agissait « *d'un état classique qui s'appelle décompensation traumatique de l'articulation d'une arthrose acromio-claviculaire. C'est-à-dire que la patiente présentait certes une arthrose mais qui était équilibrée et indolore, et que le traumatisme a décompensé cet état préexistant* ». Dans ces conditions, il a contesté le *statu quo sine* au 23 février 2017, en raison du développement d'une « *algoneurodystrophie ou maladie de Sudeck du membre supérieur droit* », complication qu'il qualifie de « *très fréquente* » dans les complications des traumatismes du membre supérieur. A cet égard, il critique l'avis du médecin-conseil, qu'il juge « *d'une méconnaissance totale d'une complication de type Sudeck chez une jeune patiente, qui plus est active* », et confirme la poursuite d'une incapacité de travail totale dans l'activité de secrétaire puisqu'elle ne peut plus utiliser 4 des 5 doigts de sa main droite (dossier intimée, pièce 5).

Le cas a à nouveau été soumis au Dr D. _____, qui s'est prononcé sur la base du dossier asséurologique. Dans son appréciation du 20 août 2018, le médecin-conseil s'est prononcé de la manière suivante, tout d'abord s'agissant des atteintes de l'épaule :

« *L'ensemble des lésions de l'épaule D et notamment celles du tendon du supra-épineux est manifestement dégénérative/maladive et l'évènement du 09.04.2016 n'a ni provoqué ni aggravé structurellement l'état antérieur révélé à l'imagerie. L'absence de contemporanéité entre*

l'évènement du 09.04.2016 et les troubles de l'épaule D, mentionnés pour la première fois en février 2017, soit 10 mois après, la configuration pathologique relativement marquée de l'articulation acromio-claviculaire et anatomique de l'acromion, avec un conflit sous-acromial sévère sur le supra-épineux, la tendinopathie dégénérative nette du supra-épineux avec un tendon fortement aminci et hétérogène, la fissure longitudinale non transfixiante dans les fibres du supra-épineux et l'ascension de la tête humérale sont tous des éléments objectifs qui permettent de confirmer une étiologie dégénérative/maladive et morphologique et de nier une étiologie traumatique qui ne s'appuie sur aucun élément concret, respectivement, sur aucun élément objectif.

L'interprétation des images faites par le radiologue dans son compte rendu d'IRM du 22.02.2017 et la description précise des lésions faites par l'opérateur dans son rapport opératoire du 23.05.2017, qui relève la présence notamment d'une arthrose acromio-claviculaire, d'un espace sous-acromial extrêmement serré et d'une fissure longitudinale non transfixiante dans les fibres du supra-épineux, vont clairement dans le sens des lésions dégénératives/maladives.

En effet, une tendinopathie dégénérative nette du supra-épineux avec un tendon fortement aminci et hétérogène, une fissure longitudinale non transfixiante dans les fibres et une ascension de la tête humérale n'ont pas pu être provoquées par l'évènement du 09.04.2017 mais, elles résultent d'un processus dégénératif/maladif chronique évoluant sur une longue période.

Les éléments objectifs du dossier permettent de dire que l'évènement du 09.04.2016 a occasionné une probable contusion de l'épaule D. Il a aggravé de manière passagère l'état antérieur dégénératif/maladif de l'épaule et il a cessé de déployer ses effets à la date de l'IRM du 22.02.2017 qui n'a pas montré de lésion qui lui serait imputable. Les troubles persistant de l'épaule D, qui ont nécessité l'opération du 23.05.2017, sont en relation avec l'état antérieur et l'adage post hoc ergo propter hoc ne peut pas être appliqué ».

S'agissant des troubles du poignet, il a déclaré :

« Concernant les troubles du poignet D, ils sont apparus en juin 2017, quelques semaines après l'opération du 23.05.2017.

Une IRM du poignet D a été réalisée le 09.08.2017.

Cet examen n'a pas démontré de lésion structurelle imputable à l'évènement du 09.04.2016. Par contre, il a révélé des images compatibles avec un CRPS (...). Le CRPS, diagnostiqué chez cette patiente, est vraisemblablement une complication de l'opération du 23.05.2017 et il n'est pas lié à l'évènement du 09.04.2016.

En effet, en l'absence de contemporanéité entre l'évènement du 09.04.2016 et les troubles du poignet D apparus en juin 2017, soit 14 mois après la chute, et en l'absence de lésion structurelle imputable à cet évènement, la relation de causalité entre ces troubles et cet évènement est exclue et je n'ai pas à me prononcer plus en détail sur cette complication ».

En conclusion, il a affirmé que « l'évènement du 09.04.2016 a occasionné une contusion thoracique, dont l'évolution a été favorable, et une probable contusion de l'épaule D. La chronologie des troubles de l'épaule D, annoncée plus d'un an après l'évènement, et la présence d'un état antérieur morphologique et dégénératif/maladif de l'épaule D démontré non seulement à l'imagerie mais également au status opératoire, permettent de dire que cet évènement a aggravé

passagèrement l'état antérieur et qu'il a cessé de déployer ses effets à la date de l'IRM du 22.02.2017 qui n'a pas démontré de lésion qui lui serait imputable. Les troubles du poignet D, apparus 14 mois après l'évènement du 09.04.2016, et qui sont en relation avec un CRPS, sont vraisemblablement une complication de l'opération du 23.05.2017 et ils ne sont pas liés à cet évènement » (dossier intimée, pièce 23).

Sur cette base, la Bâloise a confirmé sa position par décision sur opposition du 22 août 2018.

5.5. *Recours et rapports médicaux ultérieurs*

A l'appui de son recours du 18 septembre 2018 contre cette dernière décision, l'assurée a encore produit un rapport médical du Dr C. _____ du 17 septembre 2018. Ce dernier a expliqué que la consultation d'un chirurgien orthopédique après la chute du 9 avril 2016 avait eu lieu « *seulement 10 [recte : 1] mois après, devant une stagnation de la symptomatologie* ». Il a déclaré que sa patiente présentait « *certes une arthrose acromio-claviculaire qui est une lésion dégénérative, mais qui est traumatisée avec l'accident* », mais également « *une déchirure partielle du sus-épineux, certes non transfixiante* ». A cet égard, il a affirmé qu'une telle lésion « *ne survient pas spontanément chez une patiente mince âgée de 46 ans. Pour déchirer un sus-épineux à cet âge, il faut un évènement, évènement qui a eu lieu le 9 avril 2016* ». Il a enfin déclaré que l'intervention du 23 mai 2017 avait été rendue nécessaire en raison des « *deux lésions très nettes* » engendrées par la chute du 9 avril 2016, après échec du traitement conservateur (dossier intimée, pièce 25).

Le Dr C. _____ a encore répondu aux critiques de l'autorité intimée dans un courrier du 20 novembre 2018, dans lequel il confirme tout d'abord avoir reçu la recourante en consultation pour la première fois le 11 mai 2016, et s'insurge de la remise en question, par l'autorité intimée, du bien-fondé médical de l'opération pratiquée le 23 mai 2017. Enfin, après avoir vu la vidéo de la chute du 9 avril 2016, qu'il qualifie de « *gravissime* », il affirme qu'il est « *évident que tout ce qu'elle présente au niveau de son thorax et de son épaule est lié à l'accident* » (courrier du 20 novembre 2018, bordereau recourante, pièce 5).

Enfin, le 28 mars 2019, la recourante a encore produit un rapport médical du 21 mars 2019 du Dr E. _____, spécialiste en chirurgie de la main, confirmant l'existence d'un lien de causalité entre l'opération du 23 mai 2017 et les troubles de la main (« *il est pour moi absolument clair qu'il y a une relation de causalité indiscutable entre l'état et l'évolution des troubles à la main et la chirurgie réalisée en son temps au niveau de l'épaule* »), sans pouvoir en revanche se prononcer sur l'origine des problèmes de l'épaule (rapport du 21 mars 2019 produit par la recourante le 28 mars 2019).

6.

Dans son recours, tout comme dans le cadre de la procédure d'opposition qui a précédé, la recourante reproche à l'autorité intimée de s'être appuyée sur les seules conclusions de son médecin-conseil, dont elle conteste la validité, dans la mesure où elles ne reposent exclusivement sur un rapport d'IRM effectué près d'un an après l'accident, et qu'aucun examen clinique n'a été effectué. Elle regrette que l'opinion contradictoire de son chirurgien traitant, selon lequel il existe un lien de causalité entre les troubles actuels et l'accident du 9 avril 2016, n'ait pas été prise en compte.

Quant à l'autorité intimée, elle estime que les constatations de son médecin-conseil sont motivées et reposent sur des constatations objectives, de sorte que leur valeur probante doit être reconnue.

Au contraire, elle doute de l'impartialité du Dr C. _____, chirurgien traitant, et remet également en question le bien-fondé de l'intervention chirurgicale du 23 mai 2017.

6.1. S'agissant des différents rapports du médecin-conseil de la Bâloise, la Cour constate que les premières appréciations des 14 novembre 2017 et 20 mars 2018 ne sont quasiment pas motivées, au contraire de son dernier rapport du 20 août 2018, dont les conclusions sont motivées et détaillées.

Cela étant, il convient de relever que ces rapports ont été établis sur la seule base du dossier asséculogique, sans avoir procédé à un examen clinique personnel de la recourante. Dans ces conditions, force est d'admettre qu'un tel rapport ne remplit pas les conditions formelles de validité d'une expertise, au regard des conditions posées par la jurisprudence à cet égard (cf. *supra* consid. 4.1).

Par ailleurs, ses conclusions sont contredites par le Dr C. _____ qui, dans ses rapports des 18 avril et 17 septembre 2018, a confirmé, expressément et à plusieurs reprises, l'origine traumatique de la déchirure partielle du sus-épineux ayant notamment justifié l'intervention du 23 mai 2017.

L'avis de ce médecin, du fait de son statut de chirurgien traitant, doit certes être examiné avec retenue. Son affirmation, selon laquelle sa patiente n'avait auparavant jamais présenté le moindre problème à l'épaule auparavant, n'est du reste pas pertinente en vertu des principes applicables à l'assurance-accidents (cf. *supra* consid. 2.1). Son appréciation ne saurait ainsi constituer un élément suffisant pour établir, à lui seul, la causalité au degré de la vraisemblance prépondérante.

Cela étant, l'autorité intimée n'était pour autant pas légitimée à écarter cet avis divergent sur la seule base de l'avis de son médecin-conseil. En effet, conformément à la jurisprudence rendue en la matière (cf. *supra* consid. 4.2), cette opinion, émanant d'un spécialiste ayant personnellement suivi l'assurée, dès lors qu'elle remet en cause la fiabilité et la pertinence de l'appréciation du médecin-conseil, suffit pour entacher d'un doute l'instruction effectuée par l'autorité intimée. Dans tous les cas, l'avis du médecin-conseil de l'autorité intimée ne saurait simplement être considéré comme décisif.

Or, aucun autre élément au dossier ne permet de donner la préférence à l'un ou l'autre de ces avis. En particulier, le rapport du Dr E. _____ produit par la recourante le 28 mars 2019 ne se prononce nullement sur la cause ou la nature des lésions de l'épaule droite.

Dans ces circonstances, face à ces deux opinions divergentes et en l'absence d'élément permettant de les départager, la Cour n'est pas en mesure de se prononcer sur la base du dossier constitué par l'autorité intimée. Ainsi, au vu de la jurisprudence récente du Tribunal fédéral, qui paraît préconiser qu'une expertise soit systématiquement diligentée en présence d'un « *doute à tout le moins léger* » en cas d'avis médicaux contradictoires (cf. arrêts TF 8C_370/2017 du 15 janvier 2018 consid. 3.3.3; 8C_586/2017 du 20 décembre 2017 consid. 5.3; 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 4.4), il se justifie d'admettre le recours, d'annuler la décision sur opposition litigieuse et de renvoyer le dossier à l'autorité intimée pour complément d'instruction, confié à un médecin spécialiste externe, afin de départager les opinions contradictoires en présence.

6.2. Au vu de ce qui précède, le recours, bien fondé, doit être admis et la cause renvoyée à l'autorité intimée pour complément d'instruction médicale, en vue de déterminer si les lésions de

l'épaule droite, décelées lors de l'IRM du 23 février 2017, sont en relation de causalité, au niveau de la vraisemblance prépondérante, avec l'accident du 9 avril 2016 dont répond l'autorité intimée.

Un spécialiste indépendant devra ainsi être mandaté, qui dira également si l'évolution en un Sudeck au poignet se trouve toujours en lien de causalité avec cet accident.

Vu l'issue du litige, la requête d'audition personnelle de la recourante est sans objet.

7.

7.1. La procédure étant gratuite en matière d'assurance-accidents, il n'est pas perçu de frais de justice.

7.2. Ayant obtenu gain de cause, la recourante, représentée par un mandataire professionnel, a droit à une indemnité de partie pour ses frais de défense.

La liste de frais produite par son mandataire le 26 novembre 2019 atteste d'un montant total de CHF 6'280.-, dont CHF 416.85 de TVA (7.7%), pour un total de 1'256 minutes de travail, soit près de 21 heures, facturées à un tarif horaire de CHF 250.-, ainsi que 151 copies à CHF 0.50 l'unité, et de débours divers à hauteur de CHF 104.70. En outre, CHF 450.- ont été facturés, correspondant à l'avance de frais des notes d'honoraires des rapports médicaux demandés.

Ont notamment été comptabilisées 5 heures de travail pour la rédaction du recours, pour un mémoire de 8 pages, ainsi que 9 heures pour la rédaction des contre-observations de 6 pages. Une telle durée apparaît comme excessive au vu de la complexité toute relative du dossier sur le plan juridique, qui plus est dans une matière régie par les maximes d'office et inquisitoire. Dans ces conditions, on retiendra que la rédaction des contre-observations n'aurait pas dû excéder 4.5 heures de travail, soit une demi-journée. Un montant total de CHF 4'125.-, correspondant à 16.5 heures à CHF 250.-, sera donc accordé à titre d'honoraires.

Par ailleurs, le montant facturé pour les copies doit encore être corrigé conformément à l'art. 9 al. 2 du Tarif du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative (Tarif/JA; RSF 150.12), qui prévoit l'application d'un tarif de CHF 0.40 par photocopie. CHF 60.40 seront donc alloués à ce titre.

Partant, il convient de fixer l'équitable indemnité due à la recourante à CHF 4'125.- d'honoraires, CHF 60.40 de copies, CHF 104.70 de débours et CHF 330.35 au titre de la TVA (7.7% de CHF 4'290.10), à quoi s'ajoute l'avance des honoraires relatifs aux rapports médicaux produits par CHF 450.-.

Ce montant, d'un total de CHF 5'070.45, est intégralement mis à la charge de l'autorité intimée qui succombe.

Un tel montant, quoique supérieur à celui habituellement octroyé dans ce genre d'affaire, se justifie néanmoins notamment de par l'ampleur des observations (13 pages) déposées par le représentant de l'autorité intimée, lesquelles ont pu octroyer un surcroît de travail au représentant de la recourante.

la Cour arrête :

I. Le recours est admis.

Partant, la décision sur opposition est annulée et la cause renvoyée à l'autorité intimée pour instruction médicale complémentaire dans le sens des considérants.

II. Il n'est pas perçu de frais de justice.

III. Il est alloué à la recourante une indemnité de partie, fixée à CHF 5'070.45, dont CHF 330.35 au titre de la TVA (7.7%), mise intégralement à la charge de l'autorité intimée.

IV. Notification.

Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite.

Fribourg, le 4 décembre 2019/isc

Le Président :

La Greffière :