



**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 2019 49

## **Arrêt du 8 avril 2019**

### **1<sup>e</sup> Cour des assurances sociales**

#### **Composition**

Président : Marc Boivin  
Juges : Marianne Jungo, Marc Sugnaux  
Greffière-rapporteure : Elisabeth Rime Rappo

#### **Parties**

**A.** \_\_\_\_\_, **recourante**, représentée par CAP Protection Juridique SA

contre

**SUVA, autorité intimée**

#### **Objet**

Assurance-accidents; examen d'une rupture du lien de causalité plus de dix-huit mois après l'accident

Recours du 21 février 2019 contre la décision sur opposition du 24 janvier 2019

## **considérant en fait**

A. A. \_\_\_\_\_ (ci-après : la recourante), née en 1974, travaillait comme assistante de direction. Elle était assurée contre le risque accidents auprès de la Suva.

Le 22 septembre 2014, elle a été victime d'un accident de voiture en tant que passagère, à la suite duquel elle a ressenti des douleurs aux épaules des deux côtés mais surtout à droite, des douleurs dans la nuque et subi un hématome au niveau abdominal sur le trajet de la ceinture. Elle s'est vu prescrire des antidouleurs et un arrêt de travail jusqu'au 28 septembre 2014. La situation (traumatisme cervical indirect sur AVP) s'est ensuite stabilisée avec la persistance de douleurs de l'épaule droite.

Le 28 avril 2017, alors qu'elle était en période d'essai, la recourante a été victime d'un accident professionnel, en se coinçant la main droite dans un brancard à l'occasion d'un cours de samaritains organisé par son entreprise.

En lien avec ce second accident, des séances de physiothérapie et un arrêt de travail dès le 29 mai 2017 lui ont été prescrits.

Le Groupe Mutuel, en qualité d'assureur perte de gain maladie selon la LCA, lui a versé des indemnités journalières depuis le 26 juin 2017 à 100% puis à 80% dès le 1<sup>er</sup> mars 2018, lesquelles lui ont été remboursées par la SUVA.

Le 30 novembre 2017, elle a eu un nouvel accident avec chute dans le train. Son employeur lui a signifié son licenciement pour fin 2017. Elle s'est annoncée auprès de l'assurance-chômage à fin 2017 et elle a repris temporairement une activité administrative à 20% du 1<sup>er</sup> mars au 31 juillet 2018.

Le 3 avril 2018, une expertise médicale rhumatologique a été réalisée sur mandat de l'assureur maladie à qui le cas avait été annoncé.

Un rapport d'enquête a été établi le 27 avril 2018 par le service extérieur de la SUVA.

Sur requête de la SUVA, la Clinique romande de réadaptation a procédé, en septembre 2018, à une évaluation interdisciplinaire qui a été soumise au médecin d'arrondissement le 23 octobre 2018.

B. Par décision du 9 novembre 2018, la SUVA a supprimé ses prestations d'assurance (indemnités journalières et frais de traitement). Elle a considéré que selon l'appréciation médicale, l'état de santé tel qu'il aurait été sans l'accident pouvait être considéré comme atteint le 28 avril 2018 au plus tard de sorte que la prise en charge de l'incapacité de travail et celle du traitement médical ne relevaient plus de la compétence de l'assurance-accidents, mais de celle de l'assurance-maladie.

L'opposition formée le 7 décembre 2018 contre cette décision a été partiellement admise le 24 janvier 2019. La prise en charge par l'assurance a été prolongée du 28 avril 2018 jusqu'à la date de la décision du 9 novembre 2018, l'opposition étant rejetée pour le reste.

C. Par acte interjeté le 21 février 2019 auprès du Tribunal cantonal, la recourante a contesté la décision sur opposition du 24 janvier 2019 par l'intermédiaire de sa mandataire. Elle conclut, sous suite de frais et dépens, principalement à la prise en charge de son cas au-delà du 9 novembre 2018 et subsidiairement au renvoi de la cause auprès de la SUVA pour complément d'instruction. Elle reproche à la SUVA de s'être basée sur le seul avis médical émis par son médecin-conseil pour décider de mettre un terme à ses prestations alors qu'elle aurait dû ordonner la réalisation d'un examen ou d'une expertise à ses frais, à titre de mesure diagnostique, si elle entendait maintenir sa position. Dans un deuxième grief, elle fait valoir qu'à l'examen IRM, une lésion labrale type SLAP [Superior Labrum from Anterior to Posterior; déchirure du labrum (bourrelet, cartilage) supérieur de la scapula (omoplate)] a pu être mise en évidence, laquelle pourrait être à l'origine de ses douleurs, une lésion compatible avec son accident du 28 avril 2017 selon le rapport médical de son chirurgien orthopédiste du 19 février 2019 produit à l'appui de son recours. Elle en conclut que *"le lien de causalité naturelle et adéquat entre l'accident, l'état de santé de la recourante et l'opération prévue prochainement doit être reconnu"*.

Le 17 juin 2019 (date du sceau postal), la SUVA a fait part de ses observations dans le délai prolongé à cet effet en concluant au rejet du recours. Elle relève en substance qu'il ne se justifie pas de procéder à un complément d'instruction comme le requiert la recourante, au vu de l'anamnèse et de l'examen des documents d'imagerie disponibles auxquels a procédé le médecin spécialiste en chirurgie générale et traumatologie au centre de compétence de médecine des assurances (ci-après : CCMA). Elle estime que selon le principe de la vraisemblance prépondérante, l'avis médical dont se prévaut la recourante est dépourvu de motivation et ne suffit pas, comme le souligne le médecin spécialiste, à mettre en doute l'avis du 23 octobre 2018 du médecin d'arrondissement, lui-même spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie.

Dans ses contre-observations déposées le 8 novembre 2019 par sa mandataire, la recourante maintient ses conclusions du 21 février 2019. Elle apporte de nouveaux éléments médicaux suite à l'opération de l'épaule droite qu'elle a subie le 28 mars 2019, son chirurgien orthopédiste ayant pu certifier la présence d'une lésion du labrum de type SLAP II, une lésion non compatible avec un mouvement de torsion simple. Elle estime qu'aucun des spécialistes de la Clinique romande de réadaptation à qui a été confiée l'analyse pluridisciplinaire (un rhumatologue, un neurologue, un psychiatre et un physiothérapeute) n'était de fait compétent pour détecter une lésion du labrum de type SLAP avec certitude. Elle ajoute que depuis son opération, elle est restée en arrêt de travail et sa capacité à accomplir certains gestes de la vie quotidienne demeure limitée de sorte que d'autres interventions médicales sont prévues. Une reprise d'une activité professionnelle à moyen terme demeure compromise dans la mesure où la tendinite de De Quervain à la main droite, entre autres symptômes post-traumatiques, contribue à l'empêcher de reprendre son métier de spécialiste en ressources humaines. La recourante précise qu'elle bénéficie encore d'indemnités journalières partielles (qui cesseront prochainement) de la part de l'assureur perte de gain de son employeur au moment de l'accident, et que l'Office AI lui a octroyé une mesure de reconversion professionnelle devant se terminer au printemps 2021.

La SUVA a fait part de ses ultimes remarques le 19 décembre 2019. Elle maintient ses conclusions et relève pour l'essentiel que le médecin spécialiste du CCMA conclut à une torsion du poignet, une participation de l'épaule étant seulement possible. Selon ce médecin, une relation de causalité entre l'atteinte labrale SLAP II selon la description peropératoire et l'événement d'avril 2017 est tout au plus possible dans la mesure où l'IRM de l'épaule droite ne décrit pas de déchirure du bourrelet labral, atteinte labrale SLAP, mais un remaniement du récessus sous-labral

antéro-supérieur. Elle se réfère au protocole opératoire qui mentionne, sous "diagnostic et indication", une lésion SLAP "*d'origine post-traumatique*", et rappelle que le terme "*post-traumatique*" dans les rapports médicaux implique un aspect temporel qui ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec un accident selon le Tribunal fédéral.

Une copie de cette détermination a été communiquée à la recourante pour information le 23 décembre 2019.

## en droit

1.

Déposé le 21 février 2019 contre une décision sur opposition notifiée le 24 janvier 2019, le recours a été 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. Il est par conséquent recevable.

2.

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

Selon l'art. 4 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 LAA, 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 entraîne la mort.

2.1. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose, 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 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). Cependant, 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*; voir ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n. U 341 p. 408 s., consid. 3b).

Le droit aux prestations de l'assurance-accidents suppose, outre un rapport de causalité naturelle, un rapport de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. Pour que cette condition soit remplie, il faut que, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré soit 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 (arrêt

TF [8C\\_336/2008](#) du 5 décembre 2008 consid. 3.1; ATF [129 V 177](#) consid. 3.2; [117 V 359](#) consid. 4b).

2.2. 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. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF [129 V 181](#) consid. 3.1; [129 V 406](#) consid. 4.3.1; [119 V 335](#) consid. 1; [118 V 289](#) consid. 1b et les références).

Lorsque l'existence d'un fait ne peut être prouvée au degré de la vraisemblance prépondérante, c'est à la partie qui l'invoque pour fonder son droit ou au contraire pour s'exonérer d'une obligation d'en supporter les conséquences (RAMA 1994 p. 326 consid. 1 et 3b; ATF [116 V 136](#) consid. 4b, [114 V 298](#) consid. 5b).

2.3. Si le rapport de causalité avec l'accident est établi avec la vraisemblance requise, l'assureur n'est délié de son obligation d'octroyer des prestations que si l'accident ne constitue plus la cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé, c'est-à-dire si cette dernière repose seulement et exclusivement sur des facteurs étrangers à l'accident. C'est le cas soit lorsqu'est atteint l'état de santé (maladif) tel qu'il se présentait directement avant l'accident (*statu quo ante*), soit lorsqu'est atteint l'état de santé, tel qu'il serait survenu tôt ou tard, indépendamment de l'accident, selon l'évolution d'un état maladif antérieur (*statu quo sine*). L'administration et, le cas échéant, le juge tranchent la question de la rupture du lien de causalité en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante. La simple possibilité de cette rupture ne suffit pas (RAMA 1994 p. 326 consid. 3b et les références).

2.4. En matière d'appréciation 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. Il 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 (arrêt TF [8C\\_456/2010](#) du 19 avril 2011 consid. 3 et la référence citée).

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 que sur une autre. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 [125 V 351](#) consid. 3a; [122 V 157](#)).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social 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. Le simple fait que le

médecin consulté est 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 prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Cela étant, 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, il 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 LPG (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6).

3.

En l'espèce, l'objet du litige porte sur le point de savoir si c'est à juste titre que la SUVA a décidé de mettre fin à ses prestations d'assurance, à savoir le versement d'indemnités journalières et la prise en charge des frais de traitement, au-delà du 9 novembre 2018. Pour y répondre, il convient de déterminer s'il existe toujours un rapport de causalité entre l'accident déclaré et les atteintes à la santé persistant à cette date, en particulier la lésion du labrum SLAP de type 2 décrite dans le protocole opératoire du 28 mars 2019.

### 3.1. *Événement accidentel du 28 avril 2017*

Il ressort de la déclaration d'accident du 31 décembre 2017, que pendant le cours de samaritain organisé par son employeur, alors que la recourante aidait - en position du milieu - à porter un mannequin de 80 kg sur un brancard, sa main droite est restée coincée dans le maillage du brancard avec une torsion de son bras lors du retournement du brancard ordonné par l'animateur, et les douleurs ont été immédiates.

### 3.2. *Atteintes à la santé de la recourante*

Après son accident du 28 avril 2017, la recourante qui signalait avoir souffert de lombalgies intermittentes dans les suites de l'accident du 22 septembre 2014, a consulté son médecin-traitant généraliste à B.\_\_\_\_\_, lequel a indiqué avoir initié un arrêt de travail (en 2017) en raison d'une "*tendinite de De Quervain droite modérée, d'une compression de la branche postérieure du nerf radial droit, d'une sensibilité du coude associée à une expression cervico-brachiale droite*".

Elle a ensuite été adressée à un neurologue qui a organisé une IRM cervicale le 28 juillet 2017 révélant "*des discopathies débutantes de C2-C3 jusqu'à C5-C6 avec sinon une IRM dans la norme*". Dans son rapport du 6 août 2017, ce spécialiste a rapporté des "*douleurs de l'épaule irradiant dans le biceps à la partie radiale de l'avant-bras droit avec une perte de force depuis un accident survenu en 2015*" et décrit "*une mobilité active et passive de l'épaule douloureuse avec une parésie à M4 antalgique du deltoïde, des fléchisseurs et de façon moins nette du triceps droit*".

*avec sinon une sensibilité normale, des réflexes faibles mais symétriques". Il a déclaré qu'à l'examen ENMG, la recourante présentait une "cervico-brachialgie droite".*

La recourante a ensuite été adressée à un chirurgien orthopédiste qui a retenu, en date du 16 août 2017, *"une tendinite de De Quervain à droite" avec "une sensibilité diffuse à la palpation et des douleurs de tout le système locomoteur surtout dans les bras, les épaules et du dos".*

Une prise en charge dans le Service de rhumatologie de l'Hôpital Cantonal de Fribourg (HFR) a été préconisée. Le 12 décembre 2017, la médecin assistante de ce service a retenu, comme cause d'incapacité de travail, une maladie avec de *"multiples tendinites du membre supérieur droit depuis le printemps 2017 avec des cervico-brachialgies, des contractures musculaires depuis printemps 2017 avec une évolution lentement favorable avec une chronicisation des douleurs, très peu d'amélioration".* Dans le rapport médical suivant rédigé le 1<sup>er</sup> février 2018 par un autre médecin-assistant dudit service de l'HFR, il a été fait état d'un diagnostic incapacitant de *"tendinite en chaîne du MSD (membre supérieur droit) depuis printemps 2017"*, d'un diagnostic non incapacitant de *"cervico-brachialgies avec des contractures musculaires depuis printemps 2017"* et d' *"une chronicisation des douleurs"*. Le 7 février 2018, un diagnostic de *"tendinopathies en chaîne chroniques du MSD avec une tendinopathie du sus-épineux, une épicondylite latérale et une tendinite de De Quervain"* a été posé par le service de l'HFR, parallèlement à des *"cervicalgies et à des lombalgies chroniques aspécifiques sur des troubles dégénératifs étagés"*. Il a été précisé qu' *"une tendinite du sus-épineux discrète"* mise en évidence par une IRM de l'épaule fin 2017 n'a pas été retrouvée à l'examen clinique.

L'expertise médicale rhumatologique du 5 avril 2018 requise par l'assureur-maladie perte de gain de l'employeur a fait état d'une symptomatologie abarticulaire du membre supérieur droit caractérisée par une tendinopathie persistante de l'épaule droite principalement du sus-épineux et par une tendinopathie de De Quervain (long abducteur du pouce) au poignet droit.

Le rapport médical intermédiaire du 9 mai 2018 de la rhumatologue mandatée par la SUVA pose le diagnostic suivant : *"Tendomyogéloses en cascade cervico-brachiales droites et périscapulaire bilatérale dans le cadre de discopathies cervicales débutantes, de spondylarthrose dorsale pluriétagée et de troubles posturaux. Obésité"*.

Suite à l'évaluation interdisciplinaire réalisée par le CCMA du 17 au 19 septembre 2019, le diagnostic retenu est un *"diagnostic de traumatisme cervical indirect correspondant à un grade II de la classification QTF pour le wiplash, et de status après entorse du membre supérieur droit avec ténosynovite de De Quervain au décours, tendinopathie de la coiffe des rotateurs, atteintes paraissant noyées au sein d'un état douloureux chronique diffus cervico-scapulo-brachial droit"*. Sont également retenues des lombalgies chroniques non spécifiques.

Dans son rapport du 27 décembre 2018, le médecin d'arrondissement retient que la recourante est atteinte d' *"une tendinopathie en cascade touchant le MSD dans un contexte d'état douloureux chronique diffus cervico-scapulo-brachial D"*.

Et dans un rapport du 19 février 2019, le chirurgien consulté par la recourante signale avoir retrouvé une douleur très localisée au niveau du tendon du long chef du biceps ainsi que dans la région du sus-épineux, et, à l'examen IRM, une lésion labrale type SLAP.

Le 28 mars 2019, la recourante a subi un traitement chirurgical qui a permis de confirmer une lésion labrale SLAP de type 2.

### 3.3. *Lien de causalité entre l'accident et les atteintes à la santé*

Sur la base du rapport médical relatif à l'arthro-IRM du 12 juillet 2018 adressé à la SUVA (versé à son dossier le 22 février 2019) signalant un *"remaniement avec élargissement du récessus sous-labral antéro-supérieur évoquant une petite lésion compatible avec une SLAP lésion de type I"*, l'examen clinique auquel a procédé le chirurgien consulté par la recourante les 13 novembre 2018 et 19 février 2019, l'a amené à suspecter une tendinopathie du tendon du long chef du biceps pouvant être en relation avec une lésion labrale de type SLAP compatible avec l'accident du 28 avril 2017.

De son côté, la SUVA soutient au contraire, au vu de l'appréciation chirurgicale à laquelle a procédé la spécialiste du CCMA le 7 juin 2019, qu'aucun des documents médicaux produits dans le cadre du recours ne permet de s'écarter de l'appréciation effectuée le 29 décembre 2018 par le médecin d'arrondissement. Ce dernier a retenu le 14 janvier 2019 - sans citer le rapport relatif à l'arthro-IRM du 12 juillet 2018 au nombre des pièces qui lui ont été communiquées - que les multiples examens et évaluations cliniques n'ont pas mis en évidence de lésion traumatique spécifique et le diagnostic retenu est une tendinopathie en cascade touchant le MSD dans un contexte d'état douloureux chronique diffus cervico-scapulo-brachial D, ces atteintes étant à considérer comme des atteintes de surcharge et les événements de 2014 et 2017 ne représentant plus actuellement la cause incapacitante. La spécialiste du CCMA a également retenu qu'aucun des deux événements de 2014 ou de 2017, *"n'a entraîné d'atteinte structurelle, mais une décompensation passagère d'un état préexistant. Ces dits événements ont largement cessé de déployer leurs effets au 9 novembre 2018. Chez (la recourante), il est décrit un élargissement du récessus sous-labral supérieur, qui consiste en une variante anatomique"*. Et selon les ultimes remarques du 19 décembre 2019 sur les contre-observations de la recourante signalant la confirmation d'une lésion labrale SLAP de type 2, la spécialiste du CCMA estime que la recourante n'a *"subi ni une traction répétée, ni une compression du long biceps par la tête humérale lors d'une chute sur la main, bras tendu, ou le plus souvent lors d'une chute sur le coude. Quant à l'arrachement aigu qui peut se rencontrer lors de mouvements extrêmes, tout particulièrement en abduction/rotation externe et rétropulsion concomitante de l'épaule, (la recourante) a décrit une torsion du poignet, sa main étant restée coincée dans le filet du brancard, associée à une douleur du poignet. Il est seulement possible qu'il y ait eu une participation de l'épaule. Par ailleurs, sur l'IRM de l'épaule droite réalisée, il n'est pas décrit une déchirure du bourrelet labral, atteinte labrale SLAP, mais un remaniement du récessus sous-labral antéro-supérieur. De notre côté nous ne constatons pas une atteinte du bourrelet labral. Pour plus de détail se référer à l'appréciation médicale établie le 4 juin 2019. En considérant la description peropératoire d'atteinte labrale de SLAP II, si atteinte labrale SLAP II il y a, et au vu de la classification et des types lésionnels selon la littérature, ainsi que de l'imagerie à disposition, nous ne pouvons que considérer, une relation de causalité entre cette atteinte labrale SLAP II et l'événement d'avril 2017 tout au plus possible"*.

En l'espèce, contrairement à ce que retient la spécialiste du CCMA dans son appréciation de décembre 2019, le rapport médical du 12 juillet 2018 établi à la suite de l'arthro-IRM de l'épaule droite comporte deux conclusions.



Il mentionne en particulier : "2. Remaniement avec élargissement du récessus sous-labral antéro-supérieur évoquant une petite lésion compatible avec une SLAP lésion de type I". Cette deuxième conclusion évoquant une SLAP figure dans ce rapport médical adressé à la SUVA, mais au verso en page 2.

Et si comme l'indique la spécialiste du CCMA, les SLAP de type 2 prêtent à discussion, cela ne signifie pas encore que tout lien de causalité doive être écarté. Ce d'autant moins dans le cas particulier car, en plus du fait que le chirurgien orthopédiste a pu constater une lésion labrale de type 2, la recourante a signalé, tant dans le questionnaire relatif aux circonstances de l'accident signé le 31 décembre 2017 que lors de l'entretien du 27 avril 2018 avec un collaborateur du service extérieur de la SUVA, avoir senti au moment de l'accident, outre la douleur au niveau de son poignet droit, que "ça tirait jusqu'à la nuque avec une sensation de chaleur".

Dès lors, il existe un doute à tout le moins léger que l'accident soit à l'origine de la lésion labrale subie par celle-ci.

Dans la mesure où la lésion labrale constatée le 28 mars 2019 permettrait d'établir le lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident du 28 avril 2017, il importe de renvoyer le dossier en vue d'une expertise.

A cet égard, la jurisprudence du TF paraît préconiser qu'une expertise soit systématiquement diligentée en présence d'un "doute à tout le moins léger" quant à la pertinence de l'avis du médecin-conseil (voir 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).

Même si cette jurisprudence pourrait remettre en cause le principe de la vraisemblance prépondérante ici applicable, on ne saurait l'ignorer.

4.

4.1. Au vu de ce qui précède, le recours est admis et le dossier est renvoyé à l'autorité intimée pour complément d'instruction, confiée à un médecin externe, afin de départager les opinions. Dans le cadre de cette démarche, celui-ci se prononcera aussi sur une éventuelle rechute des de l'atteinte subie lors de l'accident de circulation survenu en 2014, qui a entraîné des douleurs et que l'événement nouveau de 2017 pourrait éventuellement avoir décompensée.

4.2. La procédure étant en principe gratuite en matière d'assurance-accidents (voir art. 61 let. a LPGA, applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 LAA), il ne sera pas perçu de frais.

4.3. Ayant obtenu gain de cause, la recourante a droit à des dépens pour ses frais de défense. Il sied de fixer l'indemnité à laquelle elle peut prétendre ex aequo et bono, compte tenu de la difficulté et de l'importance relatives du litige et à la présence d'un seul échange d'écritures, à un montant total de CHF 1'823.20, soit CHF 1'500.-, équivalant à 6 heures à CHF 250.-/heure au titre d'honoraires, CHF 100.- au titre de débours et CHF 123.20 au titre de la TVA (7.7%). Ce montant est intégralement mis à la charge de l'autorité intimée.

**la Cour arrête :**

I. Le recours est admis.

Partant, la décision sur opposition est annulée et le dossier renvoyé à l'autorité intimée pour complément d'instruction.

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

III. L'indemnité de partie est fixée à CHF 1'823.20, TVA (7.7%) à hauteur de CHF 123.20 comprise, et mise intégralement à la charge de l'autorité intimée.

IV. Notification.

***Pour la suspension des délais de recours liée au Covid-19, se référer aux ordonnances du Conseil fédéral, cas échéant du Tribunal fédéral en consultant le site de ce dernier.***

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 8 avril 2019/eri

Le Président :

La Greffière-rapporteure :