



**POUVOIR JUDICIAIRE  
GERICHTSBEHÖRDEN**

ETAT DE FRIBOURG  
STAAT FREIBURG

**Tribunal cantonal TC  
Kantonsgericht KG**

Rue des Augustins 3, case postale 630, 1701 Fribourg

T +41 26 304 15 00

[www.fr.ch/tc](http://www.fr.ch/tc)

605 2024 33

## **Arrêt du 22 avril 2025**

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

#### **Composition**

Président :

Marc Boivin

Juges :

Stéphanie Colella, Marc Sugnaux

Greffier :

Pascal Tabara

#### **Parties**

**A.** \_\_\_\_\_, **recourante**, représentée par Me Hervé Bovet, avocat  
contre

**SWICA ASSURANCES SA, autorité intimée**

#### **Objet**

Assurance-accidents – lien de causalité

Recours du 1<sup>er</sup> février 2024 contre la décision sur opposition du  
5 janvier 2024

## considérant en fait

A. A. \_\_\_\_\_, née en 1971, a été engagée en 2002 comme aide de cuisine par B. \_\_\_\_\_ à temps plein. Elle a été assurée par son employeur auprès de Swica Assurances SA (ci-après: l'assureur-accidents).

B. Le 19 janvier 2023, elle a glissé sur un parking verglacé et a chuté sur son coude droit. Selon le rapport de consultation du Service des urgences de l'Hôpital cantonal fribourgeois (ci-après: l'HFR) du même jour, l'assurée a subi une fracture de la coronoïde de l'ulna droite, une contusion lombo-sacrée et une entorse de grade de I du ligament talo-fibulaire antérieur de la cheville droite. Son incapacité de travail a été médicalement attestée.

L'accident a été déclaré par l'employeur de l'assurée le 20 janvier 2023.

Dès le 22 janvier 2023, l'assureur-accidents a débuté le versement des indemnités-journalières et a pris en charge les frais médicaux de l'accident du 19 janvier 2023.

Le 8 juin 2023, l'assureur-accidents a ordonné la réalisation d'une expertise afin d'évaluer si le maintien du droit aux prestations de l'assurance-accidents se justifiait. Selon le rapport d'expertise du 26 juin 2023 du Dr C. \_\_\_\_\_, chirurgien orthopédique et traumatologique, l'examen clinique a mis en évidence un déficit d'extension de 10° en comparaison d'un coude stable, une cheville droite dans la limite de la norme et l'absence de lésion structurelle concernant les lombalgies. Sur la base de ses constatations, l'expert a conclu qu'en ce qui concerne le coude, le cas n'était pas stabilisé et que l'arrêt de travail était justifié en raison des douleurs de l'assurée. Il a également rapporté que si l'assurée n'avait pas repris son activité dans deux mois, un deuxième avis serait nécessaire.

L'assurée étant toujours médicalement attestée en incapacité de travail, l'assureur-accidents a ordonné la réalisation d'une nouvelle expertise le 8 septembre 2023. Selon le complément d'expertise du Dr C. \_\_\_\_\_ du 6 octobre 2023, les plaintes de l'assurée dépassaient largement ce qu'on aurait pu attendre au vu des examens cliniques. La fracture du coude avait guéri et l'examen était satisfaisant. La cheville droite était dans la limite de la norme, mais ceci ne justifiait pas les plaintes de l'assurée. Quant aux douleurs à la partie supérieure du bras droit, elles étaient dues à un syndrome épaule-mains qui ne pouvait pas être considéré en lien avec l'accident en raison de l'apparition tardive des symptômes.

Par décision du 19 octobre 2023, l'assureur-accidents a mis fin à ses prestations à compter du 19 juillet 2023, mais a renoncé à réclamer la restitution des prestations versées à tort. L'effet suspensif à une opposition a été retiré.

Statuant sur l'opposition de l'assurée du 16 novembre 2023, l'assureur-accidents l'a rejetée par décision du 5 janvier 2024 au motif que les douleurs à la partie supérieure du bras droit et à la cheville droite n'étaient plus en lien avec l'accident du 19 janvier 2023 depuis le 19 juillet 2023, suivant les deux avis de l'expert.

C. Par mémoire du 1<sup>er</sup> février 2024, A. \_\_\_\_\_ a formé recours auprès du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision sur opposition du 5 janvier 2024, concluant, sous suite de frais, à ce que l'assureur-accidents soit astreint à poursuivre le versement des prestations LAA au-delà du 19 juillet 2023. Elle fait valoir que l'assureur-accidents se contente de se référer à son propre expert et que

celui-ci ne traite pas des autres avis médicaux au dossier comme celui de D. \_\_\_\_\_ SA. Elle reproche également à l'assureur-accidents de lui avoir refusé l'accès au dossier, l'empêchant de compléter ses griefs.

Le 28 février 2024, l'assureur-accidents s'est déterminé sur le recours, concluant à son rejet. Il fait valoir que la recourante a demandé l'accès au dossier le 25 janvier 2024 et que le dossier lui a été adressé pour consultation le 2 février 2024. Concernant le fond, l'expert avait eu accès à l'ensemble du dossier médical qui comprenait les avis de D. \_\_\_\_\_ SA. Ces avis confirmaient d'ailleurs l'absence d'instabilité du coude. Il rappelle enfin que l'on ne saurait retenir l'existence d'un lien de causalité du seul fait que les douleurs n'existaient pas avant l'accident.

Par ordonnance du 4 mars 2024, le dossier a été remis à la recourante et un second échange d'écritures a été ordonné.

Le 19 avril 2024, la recourante a produit un certificat médical de la Dre E. \_\_\_\_\_ du 29 janvier 2024 faisant état d'une péjoration de la symptomatologie au niveau du membre supérieur droit ainsi qu'un certificat médical d'arrêt accident non motivé du Dr F. \_\_\_\_\_ du 22 mars 2024.

Le 26 avril 2024, l'assureur-accidents a déposé ses ultimes remarques. Il estime que les rapports médicaux n'attestent pas que les douleurs sont apparues dans les suites directes de l'accident et que l'examen complémentaire chez un neurologue n'a pas révélé d'atteinte des nerfs.

Aucun autre échange d'écritures n'a eu lieu entre les parties.

## **en droit**

1.

### *Procédure*

Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière, par une assurée directement atteinte par la décision sur opposition querellée et dûment représentée, le recours est recevable.

2.

### *Droit de consulter le dossier*

Dans un grief formel qu'il convient d'examiner en premier lieu, la recourante dénonce le fait qu'elle n'a pas pu consulter le dossier de l'assureur-accidents durant le délai de recours.

2.1. En tant que garantie générale de procédure, le droit d'être entendu, consacré à l'art. 29 al. 2 Cst., permet au justiciable de consulter le dossier avant le prononcé d'une décision. En effet, la possibilité de faire valoir ses arguments dans une procédure suppose la connaissance préalable des éléments dont l'autorité dispose. Selon la jurisprudence, la garantie constitutionnelle de l'accès au dossier comprend le droit de consulter des pièces au siège de l'autorité, de prendre des notes et de faire des photocopies, pour autant qu'il n'en résulte pas un surcroît de travail excessif pour l'autorité (ATF 126 I 7 consid. 2b; arrêt TF 1C\_178/2023 du 5 février 2024 consid. 3.1).

Une violation du droit d'être entendu peut être réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen. Toutefois, une telle réparation doit rester l'exception et n'est admissible, en principe, que dans l'hypothèse d'une atteinte qui n'est pas particulièrement grave aux droits procéduraux de la partie lésée. Cela étant, une réparation de la violation du droit d'être entendu peut également se justifier, même en présence d'un vice grave, lorsque le renvoi constituerait une vaine formalité et aboutirait à un allongement inutile de la procédure, ce qui serait incompatible avec l'intérêt de la partie concernée à ce que sa cause soit tranchée dans un délai raisonnable (ATF 146 III 97 consid. 3.5.2; arrêt TF 2C\_183/2024 du 14 novembre 2024 consid. 4.1).

2.2. En l'espèce, le mandataire désigné par la recourante le 24 janvier 2024 a requis la consultation du dossier par courrier du même jour. Celui-ci a été reçu le lendemain par l'assureur-accidents. Le dossier n'a toutefois été remis à la poste à l'attention du mandataire que le 2 février 2024 qui l'a reçu le 5 février 2024. Or, la décision attaquée ayant été notifiée au plus tôt le 6 janvier 2024, l'envoi du dossier par l'assureur-accidents le vendredi 2 février 2024, soit 8 jours après la réception de la demande de consultation, a eu pour effet que le mandataire l'a reçu le dernier jour du délai pour déposer le mémoire de recours. Il avait certes déjà déposé son recours le 1<sup>er</sup> février 2024, mais même s'il avait attendu le dernier jour utile, il aurait reçu le dossier ce même jour et n'aurait ainsi disposé que de quelques heures pour rédiger son écriture.

Ceci n'est pas acceptable.

Le droit de consulter le dossier a ainsi été violé.

2.3. Cela étant, en procédure de recours, par son mandataire, la recourante a eu accès au dossier et un second échange d'écritures a été ordonné le 4 mars 2024. Dans ses contre-observations, la recourante n'a toutefois pas complété ses griefs, se contentant de produire des certificats médicaux nouveaux. Elle a ainsi eu une occasion suffisante de se prononcer sur le dossier et y a renoncé.

La violation du droit d'être entendu a donc été réparée par-devant la Cour de céans.

3.

#### *Dispositions relatives au lien de causalité*

3.1. Selon l'art. 6 al. 1 de la loi fédérale 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.

L'art. 4 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) précise qu'est réputée 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.

La notion d'accident se décompose ainsi en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés: une atteinte dommageable, le caractère soudain de l'atteinte, le caractère involontaire de l'atteinte, le facteur extérieur de l'atteinte et, enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident (arrêt TF 8C\_26/2019 du 11 septembre 2019 consid. 3.1 et les références).

3.2. 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 142 V 435 consid. 1; arrêt TF 8C\_650/2018 du 23 octobre 2019 consid. 4.1 et les références).

Cette question de fait repose essentiellement sur des renseignements d'ordre médical et doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 129 V 177 consid. 3.1). 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 402 consid. 4.3.1; 129 V 177 consid. 3.1; 115 V 403 consid. 3).

Selon une jurisprudence constante, un raisonnement fondé sur l'adage « *post hoc, ergo propter hoc* » (après celui-ci, donc à cause de celui-ci) ne permet pas d'établir un lien de causalité naturelle au degré de la vraisemblance prépondérante exigé en matière d'assurances sociales et ne saurait être admis comme moyens de preuve (ATF 119 V 335 consid. 2b; arrêt TF 8C\_383/2018 du 10 décembre 2018 consid. 3.1).

3.3. 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 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 existerait même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). *A contrario*, 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 (arrêt TF 8C\_67/2024 du 15 juillet 2024 et les références).

En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (*statu quo ante* ou *statu quo sine*) sur le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales, étant précisé que le fardeau de la preuve de la disparition du lien de causalité appartient à la partie qui invoque la suppression du droit, soit à l'assureur (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références).

3.4. Finalement, 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).

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

4.

#### *Dispositions relatives à l'appréciation des preuves*

4.1. Dans le droit des assurances sociales, la règle du degré de vraisemblance prépondérante est généralement appliquée.

Dans ce domaine, 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. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables. Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (arrêt TF 8C\_549/2018 du 22 janvier 2019 consid. 3 et les références).

4.2. Pour statuer, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin d'informations que seul le médecin est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c).

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 du médecin soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157).

4.3. 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 353 consid. 3b/ee).

Pour que l'assuré ait une chance raisonnable de soumettre sa cause au juge, sans être clairement désavantagé par rapport à l'assureur, 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 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6).

Le Tribunal fédéral a encore précisé qu'une expertise doit être diligentée en présence d'un « *doute à tout le moins léger* » quant à la pertinence de l'avis du médecin-conseil (arrêt TF 8C\_370/2017 du 15 janvier 2018 consid. 3.3.3 et les références).

5.

#### *Objet du litige*

Se posent en l'espèce deux questions.

La première porte sur l'instruction conduite par l'assureur-accidents, la recourante reprochant à ce dernier d'avoir statué sur la seule base de l'appréciation subjective d'un expert désigné unilatéralement par lui.

Le seconde porte sur la question de savoir si les douleurs lombaires et au bras supérieur droit sont liées à la chute du 19 janvier 2023.

6.

#### *Discussion sur la conduite de l'instruction*

En l'espèce, la recourante se méprend lorsqu'elle estime que l'assureur-accidents a statué sur la base d'un dossier partialement instruit.

Contrairement en effet à ce qu'elle soutient, le Dr C. \_\_\_\_\_ n'est pas un médecin-conseil de l'assureur-accidents, mais un expert indépendant désigné à deux reprises dans la présente cause.

L'assureur-accidents a au demeurant adressé à la recourante le 8 juin 2023 et le 8 septembre 2023 un courrier indiquant qu'il entendait désigner le Dr C. \_\_\_\_\_ et les questions qu'il souhaitait lui poser. Il lui a également imparti un délai de 10 jours pour invoquer ses motifs de récusation envers l'expert et pour lui soumettre des questions supplémentaires.

L'expert n'a donc pas été désigné "unilatéralement", mais de manière contradictoire, conformément à la procédure prescrite par l'art. 44 LPGA.

Par conséquent, lorsque l'assureur-accidents a statué sur la cause, il disposait d'une expertise orthopédique neutre et d'un complément d'expertise en sus des documents médicaux versés au dossier.

L'instruction complète conduite par l'assureur-accidents ne prête donc pas flanc à la critique.

7.

#### *Discussion sur le lien de causalité*

Pour trancher cette question, il convient de revenir sur l'état de santé de la recourante tel qu'il ressort des expertises ordonnées par l'assureur-accidents et des rapports de ses médecins versés au dossier.

##### 7.1 *Expertises médicales*

#### 7.1.1. Expertise du 26 juin 2023

Le Dr C. \_\_\_\_\_ a examiné la recourante lors d'un entretien le 19 juin 2023 durant lequel il a établi son anamnèse. Il a consigné ses plaintes concernant sa cheville droite, son membre supérieur droit et ses douleurs lombaires. Il a enfin rédigé son expertise sur la base de ses constatations et du dossier médical qui lui avait été transmis par l'assureur-accidents. L'expertise du 26 juin 2023 est donc formellement probante.

En ce qui concerne les atteintes à la santé entraînant une répercussion sur la capacité de travail, l'expert a fait état de douleurs persistantes au coude droit consécutives à une fracture-arrachement et à une rupture ligamentaire, de lombalgies par intermittence liées à une discopathie pluri-étagée touchant particulièrement les lombaires L3 et L4 et des douleurs persistantes à la cheville droite. Il a également rapporté qu'il n'existait pas de lésions structurelles justifiant les lombalgies. L'examen clinique du coude était satisfaisant sous réserve d'un déficit d'extension de 10°. L'examen clinique de la cheville droite était dans la limite de la norme et il n'y avait pas de lésion structurelle.

S'agissant plus précisément du lien de causalité avec la chute du 19 janvier 2023, l'expert a retenu un *statu quo sine* trois mois après l'accident pour les lombalgies. Il a relevé que le coude n'était pas encore stabilisé et qu'il s'attendait à une stabilisation dans les deux mois qui suivraient. Le lien de causalité avec l'accident a été jugé comme pratiquement certain. En revanche, concernant les douleurs à l'épaule droite, l'expert a estimé qu'elles n'étaient pas en lien avec l'accident, car elles étaient apparues trois mois après celui-ci.

En raison des douleurs persistantes au coude droit qui n'était pas encore stabilisé, l'expert a considéré que l'arrêt de travail en tant qu'aide de cuisine était justifié.

#### 7.1.2. Complément du 6 octobre 2023

Le Dr C. \_\_\_\_\_ a examiné la recourante une nouvelle fois le 22 septembre 2023 et a procédé à un nouvel examen clinique. Il a également noté les plaintes selon lesquelles sa situation avait continué de se dégrader et a actualisé son anamnèse. Il a également pris en compte les nouveaux documents médicaux versés au dossier depuis son précédent examen. Le complément d'expertise est a priori formellement probant.

Lors de son examen clinique, l'expert a relevé que la recourante présentait des douleurs dans tous les mouvements de l'épaule droite. Concernant la flexion du coude droit, elle était variable selon le moment de l'examen. L'expert a constaté que le coude était stable.

Il a précisé son diagnostic entraînant des répercussions sur la capacité de travail. Il a retenu un probable syndrome épaule-main du membre supérieur droit consécutif à une fracture du processus coronoïde du coude droit le 19 janvier 2023, une bursite sous-acromiale de l'épaule droite traitée par infiltration de cortisone, des lombalgies par intermittence et des douleurs persistantes à la cheville droite consécutive à une probable entorse de degré I le 19 janvier 2023.

Le syndrome épaule-main étant apparu tardivement, soit trois mois après l'accident, l'expert a estimé qu'il n'y avait pas de lien de causalité probable avec l'accident. Il a en outre maintenu son appréciation sur la date du *statu quo sine* en ce qui concerne les lombalgies. S'agissant de la cheville droite, il a estimé que la recourante décrivait des douleurs qui, à son avis, dépassaient largement ce qu'on aurait pu attendre, l'examen clinique étant dans la norme. Il a retenu un *statu quo sine* six mois après l'accident du 19 janvier 2023.



Enfin, en ce qui concerne le coude, il a également retenu un *statu quo sine* six mois après l'accident, car la fracture-arrachement était désormais guérie. L'examen du coude était en effet satisfaisant.

Il a enfin estimé que des facteurs non structurels jouaient un rôle prédominant dans l'évolution du cas, la recourante étant décrite comme très démonstrative et visiblement très anxieuse.

## 7.2. *Autres documents médicaux*

7.2.1. Le rapport médical de l'HFR dressé le jour de l'accident le 19 janvier 2023 pose comme diagnostic principal la fracture de la coronoïde de l'ulna droite et comme diagnostic secondaire une contusion lombo-sacrée et une entorse de grade I de la cheville droite.

S'agissant du suivi post-accident, le Dr G. \_\_\_\_\_, médecin traitant de la recourante, a qualifié, dans son rapport médical intermédiaire du 17 mars 2023, l'évolution du cas de "réservée" en raison de la péjoration progressive de sa patiente, dont le traitement était antalgique.

À la consultation médicale du 14 avril 2024, le Dr H. \_\_\_\_\_, médecin adjoint à la clinique de chirurgie orthopédique du HFR, a constaté une amplitude complète de l'épaule droite ainsi qu'un déconditionnement global du membre supérieur droit avec une dyskénie marquée. Un déficit de flexion et des douleurs en fin de course ont également été constatés. La mobilité des doigts était libre et il n'existait pas de trouble sensitif. Le résultat de l'IRM du 9 février 2023 mettait en évidence la luxation du coude avec une atteinte ligamentaire médiale et latérale. Les ligaments étaient toutefois en position anatomiques et en train de guérir. Au vu de ce tableau clinique, ce médecin a conclu que l'évolution du coude était normale et favorable à 3 mois de l'accident avec une persistance d'une raideur un peu marquée et légèrement douloureuse en fin de course. La perte de mobilité était qualifiée de faible. Il a relevé un clair potentiel de guérison grâce à la poursuite du traitement conservateur. Il a néanmoins estimé que le déconditionnement global du membre supérieur droit qui causait les douleurs actuelles et l'anxiété de la patiente constituaient des facteurs pronostics défavorables. Il faisait état que les douleurs étaient causées par le déconditionnement. Il recommandait de rassurer la patiente et de continuer la physiothérapie.

La radiographie IRM du 21 juin 2023 n'a mis en évidence ni lésion traumatique visible, ni refoulement des liserés graisseux ni calcification du coude droit. Concernant l'épaule, des artéfacts rendaient difficiles l'analyse fine de la coiffe supérieure et impossibles celle de l'articulation acromio-claviculaire. Elle était jugée normale, hormis l'épaississement et hypersignal des structures capsulo-synoviales du récessus auxiliaire ainsi que de l'intervalle des rotateurs. Il n'y avait pas de signe en faveur d'une compression des nerfs du supra-scapulaire. Le rapport concluait que l'aspect de l'IRM était très évocateur d'une capsulite rétractile. Il n'y avait pas de signe de rupture des tendons de la coiffe des rotateurs. Une discrète bursite sous acromio-deltoïdienne était constatée.

7.2.3. Deux rapports médicaux de la Dre E. \_\_\_\_\_, médecin-adjointe à D. \_\_\_\_\_ SA, du 11 septembre 2023 ont été versés au dossier de l'assureur-accidents.

Le premier concerne la consultation du 6 juillet 2023, au terme de laquelle le diagnostic de bursite sous-acromio-deltoïdienne de l'épaule droite et status post fracture du coude est retenu. Dans son examen clinique, la médecin relève que l'IRM de l'épaule droite ne fait état d'aucune lésion de la coiffe.

Le second se rapporte à la consultation du 30 août 2023.

La Dre E. \_\_\_\_\_ fait état d'un examen clinique inchangé pour l'épaule et d'une mobilisation complète du coude. La patiente rapporte cependant une décharge électrique lors de certains mouvements. Elle retient une irritation post-traumatique du nerf ulnaire.

Durant la procédure de recours, la recourante a produit une dernière lettre de la Dre E. \_\_\_\_\_ datée du 29 janvier 2024. Selon celle-ci, il existe une péjoration de la symptomatologie au niveau du membre supérieur droit qui a justifié un examen complémentaire neurologique en raison d'une suspicion d'une atteinte au plexus consécutive à la chute du 19 janvier 2023. Cet examen n'a mis aucune atteinte nette des nerfs et un traitement par ergothérapie a été mis en place.

7.2.4. À la lecture de ces éléments, la Cour constate que les pièces médicales sont unanimes concernant les diagnostics posés à la suite de l'accident du 19 janvier 2023. De plus, hormis l'avis de la Dre E. \_\_\_\_\_, aucune pièce médicale ne contredit l'avis de l'expert en ce qui concerne l'absence de lien de causalité six mois après l'accident. En particulier, le Dr H. \_\_\_\_\_ a constaté – sur la base d'un examen clinique et radiologique détaillé – que l'évolution du coude de la recourante était favorable à trois mois, bien que l'évolution initiale ait été considérée comme réservée par le Dr G. \_\_\_\_\_.

Le Dr H. \_\_\_\_\_ a également considéré que les facteurs pronostics défavorables étaient de nature psychique, relevant l'anxiété de la recourante et son besoin d'être rassurée. Son avis, soigneusement motivé, va – notamment sur ce dernier point – dans le même sens que celui de l'expert, ce qui renforce d'autant les conclusions de celui-ci.

En revanche, la Dre E. \_\_\_\_\_ ne motive pas réellement son avis selon lequel les douleurs au bras droit de la recourante seraient en lien de causalité avec l'accident du 19 janvier 2024.

À l'instar de l'expert, elle ne parvient pas à mettre en évidence une atteinte objective expliquant les douleurs. Elle constate, elle aussi, que le coude est cliniquement stabilisé. Son hypothèse d'une atteinte au plexus a du reste été écartée au vu de l'absence d'atteinte nette aux nerfs révélée lors de l'examen neurologique. Force est également de constater que la Dre E. \_\_\_\_\_ parvient au même diagnostic que l'expert concernant la bursite. Le lien de causalité entre les douleurs et l'accident du 19 janvier 2023 retenu par cette praticienne semble donc implicitement reposer sur le fait que les douleurs n'existaient pas avant l'accident.

Or, de jurisprudence constante, ce raisonnement n'est pas de nature à démontrer l'existence d'un tel lien de causalité. Il n'existe donc aucun élément justifiant de s'écarter des conclusions de l'expert.

Au vu de ce qui précède, la Cour fait siens le rapport d'expertise du 26 juin 2023 et son complément du 6 octobre 2023.

Il est ainsi retenu que les douleurs ne sont plus en lien de causalité avec l'accident du 19 janvier 2023 six mois après cet événement.

L'assureur-accidents a donc mis fin à juste titre aux prestations en date du 19 juillet 2023.

La décision sur opposition du 5 janvier 2024 est donc confirmée et le recours rejeté.

8.

*Frais*

Conformément à l'art. 61 let. f<sup>bis</sup> de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), la procédure est gratuite.

Aucune indemnité de partie ne sera allouée à la recourante qui succombe (art. 137 al. 1 *a contrario* du code cantonal de procédure et de juridiction administrative du 17 mai 1991, CPJA; RSF 150.1).

**la Cour arrête :**

I. Le recours est rejeté.

Partant, la décision sur opposition de Swica Assurances SA du 5 janvier 2024 est confirmée.

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

III. Il n'est pas alloué d'indemnité de partie.

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 22 avril 2025/pta

Le Président

Le Greffier