

## **FR\_GERICHTE 605 2017 183 vom 22. Februar 2018**

FR Kantonsgericht, 2018-02-22, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_605\\_2017\\_183](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2017_183)

FR: FR\_GERICHTE 605 2017 183 du 22 février 2018

IT: FR\_GERICHTE 605 2017 183 del 22 febbraio 2018

### **Regeste**

Arrêt de la Ie Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal | Unfallversicherung

### **Volltext**

Tribunal cantonal TC Kantonsgericht KG Rue des Augustins 3, case postale 1654, 1701 Fribourg T +41 26 304 15 00, F +41 26 304 15 01 [www.fr.ch/tc](http://www.fr.ch/tc) — Pouvoir Judiciaire PJ Gerichtsbehörden GB 605 2017 183 Arrêt du 22 février 2018 Ie Cour des assurances sociales Composition Président: Marc Boivin Juges: Marianne Jungo, Marc Sugnaux Greffière: Isabelle Schuwey Parties A. \_\_\_\_\_, recourante, représentée par DAS Protection Juridique SA contre SUVA, autorité intimée, représentée par Me Didier Elsig, avocat Objet Assurance-accidents Recours du 23 août 2017 contre la décision sur opposition du 3 juillet 2017 Tribunal cantonal TC Page 2 de 10 considérant en fait A. Par décision du 10 avril 2017, la SUVA a refusé de prendre en charge l'intervention chirurgicale de l'épaule droite subie le 11 novembre 2016 par A. \_\_\_\_\_, née en 1957, annoncée au titre de rechute d'un accident survenu le 27 mai 2016. Ce refus a été confirmé par décision sur opposition du 3 juillet 2017. B. Contre cette décision, A. \_\_\_\_\_, par l'intermédiaire de DAS Protection Juridique SA, interjette recours le 23 août 2017. Elle conclut, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision attaquée. Elle estime que son atteinte constitue une « lésion assimilée à un accident » au sens des art. 9 OLAA et 6 al. 2 LAA. Considérant que l'autorité intimée n'a pas apporté la preuve que la lésion était due de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie et que, partant, le lien de causalité avec l'accident du 27 mai 2016 doit être admis, elle conclut principalement à la prise en charge du cas par la SUVA. Subsidiairement, elle demande le renvoi à l'autorité intimée pour mise en œuvre d'une expertise, estimant que l'avis du médecin-conseil de la SUVA, lequel n'a jamais examiné l'assurée, n'est pas suffisant en présence de rapports médicaux contradictoires. Dans ses observations du 8 novembre 2017, la SUVA, représentée par Me Didier Elsig, avocat, propose le rejet du recours. En substance, elle estime que l'assurée n'a pas apporté d'élément probant suffisant pour remettre en cause, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'appréciation de son médecin-conseil quant à l'absence de lien de causalité entre l'accident du 27 mai 2016 et les lésions ayant nécessité l'intervention chirurgicale du 11 novembre 2016. Dans ses contre-observations du 4 décembre 2017, la recourante maintient ses conclusions et produit deux rapports médicaux. Le 11 décembre 2017, la SUVA a estimé que les deux rapports produits n'apportaient aucun élément nouveau et a dès lors confirmé sa position. Aucun autre échange d'écritures n'a été ordonné. Il sera fait état des arguments, développés par les parties à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants de droit du présent arrêt, pour autant que nécessaire à la solution du litige. en droit 1. Interjeté en temps utile compte tenu des fêtes estivales 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. Les dispositions de la 1ère révision de l'assurance-accidents (changement du 25 septembre 2015) ont entraîné la modification de certaines dispositions légales dans le domaine de l'assurance-accidents. Conformément au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits déterminants se sont produits (ATF 130 V 445), le juge n'a pas à prendre en considération les modifications de droit ou l'état de fait postérieurs à la date Tribunal cantonal TC Page 3 de 10 déterminante de la décision litigieuse (ATF 132 V 315 consid. 3.1.1 et 129 V 1 consid. 1.2). Selon les dispositions transitoires y relatives, pour les accidents qui sont survenus avant l'entrée en vigueur de cette modification et pour les maladies professionnelles qui se sont déclarées avant cette date, les prestations d'assurance sont allouées selon l'ancien droit. Par conséquent, il convient d'examiner le bien-fondé de la décision sur opposition du 3 juillet 2017 à l'aune des dispositions en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016. 3. a) L'art. 6 al. 1 de la loi du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA; RS 832.20), dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016 (ci-après: aLAA), prévoit que les prestations de l'assurance-accidents obligatoire sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident au sens de cette disposition, on entend 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 (art. 4 LPGA). La notion d'accident se décompose 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; enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur (cf. art. 4 LPGA). Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident (ATF 129 V 402 consid. 2.1; 122 V 230 consid. 1 et les références citées). b) Aux termes de l'art. 6 al. 2 aLAA, le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. En vertu de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 9 al. 2 de l'ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents (OLAA; RS 832.202; dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016; ci-après: aOLAA), qui prévoit que les lésions suivantes sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs: a. Les fractures; b. Les déboîtements d'articulations; c. Les déchirures du ménisque; d. Les déchirures de muscles; e. Les élongations de muscles; f. Les déchirures de tendons; g. Les lésions de ligaments; h. Les lésions du tympan. Cette liste est exhaustive (ATF 116 V 136 consid. 4a, 145 consid. 2b). La responsabilité de l'assureur-accidents suppose, par ailleurs, que soient réunis tous les éléments caractéristiques d'un accident – dont, particulièrement, celle d'un mouvement soudain et Tribunal cantonal TC Page 4 de 10 volontaire –, à l'exception du facteur extérieur de caractère extraordinaire. A cette condition, les atteintes à la santé mentionnées à l'art. 9 al. 2 let. b à h aOLAA devraient être considérées comme des atteintes assimilées à un accident même si elles sont imputables, en tout ou partie, à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs (ATF 114 V 300). Compte tenu de cette jurisprudence, on ne saurait admettre qu'une lésion assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 aOLAA – malgré son origine en grande partie dégénérative – a fait place à l'état de santé dans lequel se serait trouvé l'assuré sans l'accident (statu quo sine) tant que le caractère désormais exclusivement maladif ou dégénératif de l'atteinte à la santé n'est pas manifeste. Cela étant, lorsqu'une lésion mentionnée à l'art. 9 al. 2 aOLAA est survenue sans avoir été déclenchée

par un facteur extérieur ou involontaire, elle est manifestement imputable à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, de sorte qu'il appartiendra à l'assurance-maladie d'en prendre en charge les suites (arrêt TF U 162/06 du 10 avril 2007 consid. 4.2). Le Tribunal fédéral (arrêt TF U 180/03 du 23 décembre 2003) a mentionné que la simple manifestation de douleurs n'est, en soi, pas constitutive du facteur extérieur: pour admettre l'existence d'un tel facteur, il faut que l'activité – par exemple sportive – en cause ait généré un risque de lésion accru. Ainsi, l'on attendra du facteur déclenchant (cause extérieure) qu'il soit non seulement objectivement constatable, mais encore qu'il s'inscrive dans le cadre d'une sollicitation du corps (squelette, articulations, muscles, tendons, ligaments) physiologiquement plus élevée que la normale et dépassant ce qui est normalement maîtrisé du point de vue psychologique. De sorte que les actes ou gestes de la vie courante, comme par exemple s'asseoir, se lever, se coucher, marcher, etc., ne sauraient constituer un facteur extérieur, au sens de ce qui précède. Aussi, dans le cadre professionnel, faut-il, en particulier, que l'acte ou le geste incriminé dépasse nettement le cadre habituel des activités dévolues au travailleur (arrêt TF U 94/03 du 31 octobre 2003). La manifestation des douleurs, doit, de surcroît, être immédiate.

4. a) 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). 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 prépondérant, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Toutefois, la seule possibilité que l'accident soit en lien de causalité ne suffit pas pour fonder le droit aux prestations (RAMA 1997 p. 167 consid. 1a; ATF 119 V 335 consid. 1, 118 V 286 consid. 1b et les références). 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 Tribunal cantonal TC Page 5 de 10 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).

b) 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). c) En cas de lésion assimilée à un accident, le droit aux prestations prend fin lorsque le retour à un statu quo ante ou à un statu quo sine est établi, c'est-à-dire lorsque l'état de santé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident ou à celui qui serait survenu même sans l'accident par la suite d'un développement ordinaire. De telles lésions sont assimilées à un accident aussi longtemps que leur origine malade ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, n'est pas clairement établie (cf. arrêts TF 8C\_347/2013 du 18 février 2014 consid. 3.2; 8C\_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 4.2; 8C\_551/2007 du 8 août 2008 consid. 4.1.2; 8C\_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 2).

5. a) En droit des assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le tribunal, lequel apprécie librement les preuves sans être lié par des règles formelles (art. 108 al. 1 let. c LAA). Mais ce principe n'est pas absolu. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 195 consid. 2; VSI 1994 p. 220 consid. 4; comp. ATF 125 III 238 consid. 4a). Car si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve: en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 264 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 375 consid. 3; RAMA 1999 n° U 344, p. 418 consid. 3). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêts TF U 359/04 du 20 décembre 2005 consid. 2; U 389/04 du 27 octobre 2005 consid. 4.1, U 222/04 du 30 novembre 2004 consid. 1.3 et les références). Une lésion au sens de l'art. 6 al. 2 aLAA et 9 al. 2 aOLAA est assimilée à un accident aussi longtemps que leur origine malade ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, n'est Tribunal cantonal TC Page 6 de 10 pas clairement établie. On ne se fondera donc pas simplement sur le degré de vraisemblance prépondérante pour admettre l'évolution d'une telle atteinte vers un statu quo sine. Sinon, on se trouverait à nouveau confronté, immédiatement après avoir admis l'existence d'une lésion assimilée à un accident, à la difficulté de distinguer entre l'origine accidentelle et malade de cette atteinte (cf. arrêts TF 8C\_347/2013 du 18 février 2014 consid. 3.2; 8C\_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 4.2; 8C\_551/2007 du 8 août 2008 consid. 4.1.2; 8C\_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 2). L'origine malade ou dégénérative des lésions doit être manifeste pour exclure toute cause accidentelle (arrêt TF 8C\_347/2013 du 18 février 2014 consid. 4.3).

b) Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doivent considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité. Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125

V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 s. consid. 3.2 et 3.3). 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 (ATF 126 V 322 consid. 5a).

6. Est litigieuse, en l'espèce, la question de savoir si la recourante a droit aux prestations de l'assurance-accidents pour les troubles ayant nécessité l'intervention chirurgicale du 11 novembre 2016. Celle-ci estime que son atteinte à l'épaule doit être considérée comme une lésion assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 aOLAA, de sorte qu'elle doit être prise en charge par l'assurance-accidents. Pour sa part, l'autorité intimée se réfère à l'avis de son médecin-conseil, lequel considère que l'évènement du 27 mai 2016 n'était pas de nature à entraîner les atteintes constatées. Elle estime que la recourante n'a apporté aucun élément médical permettant de mettre en cause les conclusions de son médecin-conseil, de sorte que le lien de causalité naturelle ne peut pas être considéré comme établi au degré de la vraisemblance prépondérante. Qu'en est-il ?

a) chute du 27 mai 2016 et ses suites

aa) Par déclaration d'accident-bagatelle du 2 juin 2016, l'employeur de A. \_\_\_\_\_ a déclaré à la SUVA une chute, survenue le 27 mai 2016, à son domicile. L'évènement a été décrit ainsi: « elle s'est encoublée à un escabeau et est tombée en arrière. Elle a essayé d'amortir le choc avec le bras droit ». Il a été fait mention d'une « torsion/foulure » du bras droit (déclaration d'accident du 2 juin 2016, dossier SUVA, pièce 1). Suite à cette chute, l'assurée a consulté le Centre médico-chirurgical de la Broye (CUB), le 30 mai 2016. Le rapport médical initial établi par le CUB indique que la patiente a subi une « chute de sa hauteur il y a 3 jours, réception au niveau de l'épaule droite ». A cette occasion, aucune fracture Tribunal cantonal TC Page 7 de 10 n'a été constatée et le diagnostic de « contusion épaule droite » a été posé. Ce rapport, qui concerne bien la consultation du 30 mai 2016, est daté du 30 novembre 2016 et n'a été transmis à la SUVA qu'à l'occasion de l'annonce de la rechute ultérieure (dossier SUVA, pièce 18). La SUVA a confirmé à son assurée la prise en charge des suites de cet évènement par courrier du 7 juin 2016 (dossier SUVA, pièce 2).

bb) Face à la persistance des douleurs, une arthro-IRM a été réalisée le 7 juin 2016. Cet examen a révélé une « rupture transfixiante à la jonction des tendons supra- et infra-épineux » ainsi qu'une « large opacification et bursite sous-acromio-deltôidienne accompagnant la lésion de la coiffe des rotateurs » (dossier SUVA, pièce 5). Au vu de ces résultats, le médecin traitant de l'assurée, le Dr B. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, l'a adressée au Dr C. \_\_\_\_\_, chirurgien orthopédique FMH. Le 15 juillet 2016, ce dernier a recommandé une réparation arthroscopique de la coiffe des rotateurs. Cette intervention a toutefois été repoussée à la demande de l'assurée en raison de motifs familiaux, son mari devant subir une importante opération à cette même période (déclarations de l'assurée du 14 mars 2017, dossier SUVA, pièce 35; objections de l'assurée du 26 mars 2017, dossier SUVA, pièce 38; rapport du Dr C. \_\_\_\_\_ du 9 octobre 2017). Le 11 novembre 2016, l'opération prévue, à savoir une acromioplastie, synovectomie partielle, bursectomie sous-acromiale, réparation de la coiffe et ténodèse du tendon du long chef du biceps, a finalement été réalisée par le Dr C. \_\_\_\_\_ (protocole opératoire, dossier SUVA, pièce 12). S'en est suivi une incapacité de travail à 100% du 11 novembre 2016 au 8 janvier 2017 (certificats médicaux des 14 novembre 2016, 5 décembre 2016 et 4 janvier 2017, dossier SUVA, pièces 13, 19 et 22). Cette intervention a été annoncée à la SUVA le 27 octobre 2016 par l'employeur de l'assurée, par le biais d'une annonce de rechute indiquant une incapacité de travail prévue dès le 7 novembre 2016, en raison d'une « déchirure de l'épaule droite » (dossier SUVA, pièce 6). Le rapport médical pour rechute établi par le CUB le 30 novembre 2016 mentionne uniquement qu'il s'agit des « suites » de l'accident du

27.05.2016 (dossier SUVA, pièce 17). L'assurée a repris le travail dès le 9 janvier 2017, la situation étant considérée comme rétablie (cf. notamment rapport du 27 février 2017, dossier SUVA, pièce 34). cc) Dans un rapport du 27 février 2017 demandé par la SUVA, le Dr C. \_\_\_\_\_ a mentionné le diagnostic de « Rupture du tendon sus-épineux et sous-épineux; rupture post- traumatique coiffe rotateurs épaule D ». Il a précisé que ces constatations « concordent avec l'évènement invoqué par le patient et semblent plausibles » (dossier SUVA, pièce 34). Le 14 mars 2017, l'assurée a indiqué à la SUVA qu'elle n'avait jamais subi d'autre accident ou maladie grave au niveau de l'épaule droite (entretien du 14 mars 2017, dossier SUVA, pièce 25). Dans une prise de position du 20 mars 2017, le Dr D. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin-conseil de la SUVA, a estimé qu'il n'était pas vraisemblable qu'un lien de causalité existe entre les troubles de l'épaule droite ayant nécessité l'opération du 11 novembre 2016 et l'accident du 27 mai 2016 (dossier SUVA, pièce 26). Tribunal cantonal TC Page 8 de 10 La SUVA a alors communiqué à l'assurée son refus de prise en charge (dossier SUVA, pièce 37). Suite aux objections de l'assurée, le dossier a été à nouveau soumis au Dr D. \_\_\_\_\_. Dans un rapport du 3 avril 2017, ce dernier a confirmé sa position, indiquant que « das angeschuldigte Unfallereignis vom 27.05.2016 ist nicht geeignet, den strukturellen Zustand an der Rotatorenmanschette, wie er im MRI vom 07.06.2016 dokumentiert ist, mit Ruptur der Supra- und Infraspinatussehne mit Dehiszenz 1.5 resp. 2.7 cm, fortgeschrittener Atrophie und fettiger Degeneration zu verursachen. Anlässlich des operativen Eingriffs am 11.11.2016 wurde hiermit ein nicht durch das SUVA-pflichtige Unfallereignis vom 27.05.2016 verursachter struktureller Zustand behandelt » (dossier SUVA, pièce 40). Sur la base de cet avis médical, la SUVA a confirmé son refus de prise en charge par décision du 10 avril 2017, estimant qu'aucun lien de causalité certain, ou du moins probable, ne pouvait être établi (dossier SUVA, pièce 44). Ce refus a été confirmé sur opposition le 3 juillet 2017. dd) A l'appui de sa position, la recourante a produit deux rapports médicaux ultérieurs, dans le cadre de l'échange d'écritures. En premier lieu, le Dr C. \_\_\_\_\_ indique, dans un rapport du 9 octobre 2017, que sa patiente a subi une chute le 27 mai 2016 et avoir ressenti « immédiatement des douleurs à son épaule droite avec une perte d'amplitude de mouvements de cette épaule ». Il explique lui avoir proposé l'intervention chirurgicale litigieuse lors de sa première consultation du 15 juillet 2016, laquelle a dû être repoussée en raison de l'amputation de la jambe de son mari. Il affirme que « l'opération et l'arrêt de travail qui a suivi sont en relation directe avec sa chute du 27.05.2016 » (rapport du 9 octobre 2017). Quant au Dr B. \_\_\_\_\_, il explique que, bien que les radios standards réalisées après la chute n'aient pas montré de lésions osseuses, l'état de la coiffe des rotateurs n'a pas été investiguée sur le moment, de sorte qu'il estime « possible qu'à l'occasion de cet accident la coiffe des rotateurs ait subi des lésions » (rapport du 25 octobre 2017). b) discussion aa) A titre liminaire, on constate que les rapports médicaux produits par la recourante dans le cadre de l'échange d'écritures ont été établis postérieurement à la décision litigieuse. On rappellera à cet égard que, selon une jurisprudence constante, le juge examine la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue, et qu'il n'a pas à prendre en considération les modifications de droit ou de l'état de fait qui sont postérieures à celles-ci (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1, 130 V 445 et 129 V 1 consid. 1.2). En application de cette jurisprudence, les rapports médicaux établis après la décision litigieuse n'ont en principe pas à être pris en compte dans le cadre de la procédure de recours. Toutefois, dans la mesure où ces rapports concernent la situation existant au

moment du prononcé de la décision attaquée, la Cour peut malgré tout les examiner ici. Cela étant, ces deux rapports n'apportent en fin de compte pas d'élément nouveau. En effet, dans son rapport du 27 février 2017, le Dr C.\_\_\_\_\_ avait déjà mentionné une origine post-traumatique de l'atteinte, et avait confirmé que le diagnostic constaté concordait avec la chute telle que relatée par sa patiente. Son rapport ultérieur ne fait ainsi que préciser cette appréciation. Tribunal cantonal TC Page 9 de 10 Quant au rapport du Dr B.\_\_\_\_\_, il ne se prononce pas formellement sur l'origine de l'atteinte, de sorte que son avis ne saurait influencer sur le sort de la cause. bb) S'agissant du diagnostic ayant rendu nécessaire l'opération du 11 novembre 2016, il n'est pas contesté qu'une rupture du tendon sus-épineux et sous-épineux a été constatée. Pour le Dr C.\_\_\_\_\_, ce diagnostic est à l'évidence la conséquence directe de la chute du 27 mai 2016. Pour le Dr D.\_\_\_\_\_ en revanche, cette chute n'est pas propre à entraîner une atteinte à la coiffe des rotateurs telle que constatée lors de l'arthro-IRM du 7 juin 2016, et laisse ainsi entendre que les lésions de la recourante ont été d'origine dégénérative plutôt que traumatique. En présence d'un avis médical contraire et à défaut de reposer sur des examens plus approfondis, l'origine dégénérative de l'atteinte alléguée par le médecin conseil de la SUVA apparaît dès lors plutôt comme une simple possibilité. Or, s'agissant d'une lésion – en l'occurrence la rupture d'un tendon – figurant dans la liste exhaustive de l'art. 9 al. 2 aOLAA, l'origine malade ou dégénérative des lésions doit être manifeste pour exclure toute cause accidentelle et cesser d'engager l'assureur-accidents. La notion de lésion assimilée à un accident, en tant que *lex specialis* en matière d'examen de la causalité entre une atteinte et un accident, a ainsi pour effet de renverser le fardeau de la preuve, de sorte qu'il appartient à l'assureur-accidents d'établir clairement l'existence prépondérante d'une cause malade étrangère à l'accident. L'on ne peut ainsi exclure que la chute du 27 mai 2016 ait joué un rôle, ne serait-ce que partiel, dans l'état de santé de la recourante constaté lors de l'arthro-IRM du 7 juin 2016. Il convient à cet égard de préciser que l'objet du litige concerne la seule prise en charge des frais d'une opération et non le versement de prestations sur une longue durée. Sous cet angle particulier, le rôle joué par l'accident apparaît ici comme d'autant plus déterminant. A côté de cela, toutes les autres conditions constitutives de l'existence d'une lésion assimilable à un accident ne sont pas contestées et paraissent par ailleurs être réalisées. La lésion ayant conduit à l'intervention du 11 novembre 2016 étant ainsi assimilée à un accident, c'est donc à tort que l'autorité intimée a refusé de prendre en charge les frais en découlant. 7. Sur le vu de ce qui précède, le recours, bien fondé, doit être admis et la cause renvoyée à l'autorité intimée pour la prise en charge des frais liés à l'opération du 11 novembre 2016. La procédure étant gratuite en matière d'assurance-accidents, il n'est pas perçu de frais de justice. Ayant obtenu gain de cause, la recourante a droit à des dépens. La recourante a en l'occurrence été représentée par un juriste de la DAS Protection Juridique SA. Compte tenu de la complexité de l'affaire, il se justifie de fixer, *ex aequo et bono*, l'équitable indemnité de partie à laquelle elle a droit à CHF 1'000.-, débours et éventuelle TVA compris, et de la mettre intégralement à la charge de l'autorité intimée. Tribunal cantonal TC Page 10 de 10 La Cour arrête: I. Le recours est admis. Partant, la décision sur opposition du 3 juillet 2017 est annulée et la cause renvoyée à l'autorité intimée pour prise en charge des frais liés à l'opération du 11 novembre 2016. II. Il n'est pas perçu de frais de justice. III. Il est alloué à la recourante une équitable indemnité de partie fixée à CHF 1'000.-, débours et éventuelle TVA compris, 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 22 février 2018/isc Le Président  
La Greffière

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.