

# **FR\_GERICHTE 605 2020 85 vom 5. Mai 2021**

FR Kantonsgericht, 2021-05-05, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_605\\_2020\\_85](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2020_85)

FR: FR\_GERICHTE 605 2020 85 du 5 mai 2021

IT: FR\_GERICHTE 605 2020 85 del 5 maggio 2021

## **Regeste**

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

## **Erwägungen**

### **E. 9**

juillet 2017 et les atteintes persistantes est incontestable. Elle assortit son recours d'une requête d'assistance judiciaire totale. Dans ses observations du 20 juillet 2020, la Bâloise, représentée par Me Jean-Marie Favre, conclut au rejet du recours ainsi qu'au rejet de la requête d'assistance judiciaire totale et à ce que les frais de la procédure et une équitable indemnité de partie soient mis à la charge de la recourante pour cause de légèreté. En substance, elle estime avoir instruit le cas de manière particulièrement diligente et considère que les expertises mises en œuvre ont pleine valeur probante et permettent de nier la persistance d'atteintes invalidantes liées à l'accident à tout le moins au-delà du 18 avril 2018. Elle considère que les avis médicaux divergents, notamment la contre-expertise privée dont elle refuse la prise en charge, n'apportent pas d'éléments nouveaux et ne font que démontrer le refus de la recourante d'accepter des conclusions médicales n'allant pas dans son sens. Finalement,

Tribunal cantonal TC Page 3 de 22 à titre de réquisitions de preuves, elle demande la production complète du dossier OAI et du dossier de l'assurance RC du conducteur responsable de l'accident. Dans ses contre-observations du 10 août 2020, la recourante produit différents documents complémentaires relatifs au déroulement de l'accident ainsi que différents nouveaux rapports médicaux. Les 17 août, 10 septembre et 14 septembre 2020, l'autorité intimée maintient sa position. Il sera fait état du détail des arguments soulevés par les parties dans le cadre des considérants en droit, où seront plus particulièrement examinés leurs moyens de preuve. en droit 1. Interjeté en temps utile compte tenu de la suspension des délais de recours liée au COVID-19 (cf. ordonnance du 20 mars 2020 sur la suspension des délais dans les procédures civiles et administratives pour assurer le maintien de la justice en lien avec le coronavirus [COVID-19; RS 173.110.4]) 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. Selon l'art. 4 de la loi fédérale 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 suppose tout

d'abord, 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 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

Tribunal cantonal TC Page 4 de 22 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). 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). 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). En matière de lésions du rachis cervical par accident de type "coup du lapin", de traumatisme analogue ou de traumatisme cranio-cérébral sans preuve d'un déficit fonctionnel organique, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain doit en principe être reconnue en présence d'un tableau clinique typique présentant de multiples plaintes (maux de têtes diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité, troubles de la vue, irritabilité, dépression, modification du caractère, etc.). Il faut cependant que l'existence d'un tel traumatisme et de ses suites soit dûment attestée par des renseignements médicaux fiables (ATF 134 V 109 consid. 9.1 p. 122; arrêt TF 8C\_826/2019 du 13 mai 2020 consid. 3.3).

2.2. 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). En matière de troubles psychiques en revanche, l'existence d'un lien de causalité adéquate avec un accident doit être examinée à la lumière des critères posés par la jurisprudence (ATF 115 V 133, 105 V 403).

2.3. Pour l'examen de la causalité adéquate en cas de traumatisme de type "coup du lapin", de traumatisme analogue ou de traumatisme cranio-cérébral sans preuve d'un déficit fonctionnel organique objectivable, la situation dans laquelle les symptômes, qui peuvent être attribués de manière crédible au tableau clinique typique, se trouvent toujours au premier plan, doit être distinguée de celle dans laquelle l'assuré

présente des troubles psychiques qui constituent une atteinte à la santé distincte et indépendante du tableau clinique caractéristique habituellement associé aux traumatismes en cause. Dans le premier cas, cet examen se fait sur la base des critères particuliers développés pour les cas de traumatisme de type "coup du lapin" à la colonne cervicale, de traumatisme analogue à la colonne cervicale ou de traumatisme cranio-cérébral, lesquels n'opèrent pas de distinction entre les éléments physiques et psychiques des atteintes. Dans le second cas, il y a lieu de se fonder sur les critères applicables en cas de troubles psychiques

Tribunal cantonal TC Page 5 de 22 consécutifs à un accident, c'est-à-dire en excluant les aspects psychiques (cf. ATF 134 V 109 précité; arrêt TF 8C\_810/2019 consid. 4.2.1). La méthode spécifique développée par le TF pour examiner le lien de causalité adéquate en cas de traumatisme de type "coup du lapin" reprend, d'une part, la nécessité d'opérer une classification des accidents en fonction de leur degré de gravité et, d'autre part, l'examen d'autres critères selon la gravité de l'accident. Le TF a toutefois renforcé les exigences concernant la preuve d'une lésion en relation de causalité naturelle avec l'accident et a modifié en partie les critères à prendre en considération lors de l'examen du caractère adéquat du lien de causalité (cf. arrêt TF 8C\_816/2012 du 4 septembre 2013 consid. 8.8.1).

3. 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). 3.1. 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). S'agissant des rapports médicaux des médecins traitants, le juge peut et doit même tenir compte du fait que ceux-ci se trouvent dans le cadre d'une relation de confiance issue du mandat qui leur a été confié. Ainsi, il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant dès lors que celui-ci, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui et à s'exprimer plutôt dans un sens qui lui serait favorable (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; RCC 1988, p. 504 consid. 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).

Tribunal cantonal TC Page 6 de 22 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).

3.2. 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). 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).

3.3. 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).

4. Est en l'espèce litigieuse la responsabilité de l'assurance-accidents à l'égard des troubles tant physiques que psychiques dont souffre la recourante au-delà du 18 avril 2018. Est ici déterminante l'existence ou non d'un lien de causalité naturelle et adéquate entre ces atteintes et l'accident du 9 juillet 2016. Il s'agit de se référer au dossier médical.

4.1. Accident du 9 juillet 2016 Il ressort du dossier que le 9 juillet 2016 à 00h45, A. \_\_\_\_\_, ressortissante française née en 1974, infirmière en psychiatrie à 90% depuis 2013, circulait sur l'autoroute sur la voie de droite à une vitesse d'environ 115-120 km/h lorsqu'un autre véhicule, qui roulait « à une vitesse inadaptée », l'a percutée par l'arrière. Suite au choc, les deux véhicules ont effectué « un ou plusieurs tonneaux ». A l'arrivée des secours, l'assurée, qui avait été aidée par un témoin, était debout dans son véhicule

Tribunal cantonal TC Page 7 de 22 sans pouvoir en sortir, ce dernier étant renversé sur le flanc droit, et se plaignait de diverses douleurs au dos et aux côtes (rapport de police, dossier Bâloise, pièce 2). L'assurée a été transportée en ambulance aux urgences de C. \_\_\_\_\_, site de D. \_\_\_\_\_, où des « douleurs intenses depuis C7 jusqu'à T5-T6 » et « une petite plaie punctiforme en cervico- latéral antérieur gauche et douleurs thoraciques importantes » ont été constatées. Le rapport médical initial LAA du 29 juillet 2016 du Dr E. \_\_\_\_\_, médecin assistant auprès du service d'orthopédie-traumatologie, retient ainsi les diagnostics de « fracture du tiers antérieur du corps vertébral de D2 » et « fracture des deux premières côtes, à gauche et à droite, avec contusion pulmonaire apicale gauche » (dossier Bâloise, pièce 3.2). Un rapport du 9 juillet 2016 de la Dre F. \_\_\_\_\_ mentionne une perte de mémoire pour la période pendant l'accident et des « douleurs au niveau du thorax (dos) et du sternum » mais sans symptômes typiques (céphalées, vertiges, nausées, etc.) et retient le diagnostic provisoire de « douleurs à la nuque et troubles ostéo-musculaires (y c. baisse de mobilité et douleurs ponctuelles à la pression) » (dossier Bâloise, pièce 3.5). Un CT scan réalisé le 9 juillet 2016 a mis en évidence des « lésions dégénératives multi-étagées du rachis cervical avec notamment une discopathie de niveau C5-C6 », sans « lésion osseuse traumatique visualisée » au niveau de la colonne cervicale, des structures du crâne, du rachis lombaire et du bassin. Une « fracture de l'arc antérieur de la 1ère côte et de l'arc latéral de la 2ème côte » à gauche et à droite a également été constatée. En outre, au niveau thoracique, des « troubles ventilatoires ainsi que 2 petites condensations apicales postérieures G à la hauteur de la 1ère côte, suspectes de contusions pulmonaires », sans pneumothorax, ont été observés, ainsi qu'une « fracture oblique de l'angle antéro-inférieur droit du corps vertébral de D2, non déplacée, de type « tear drop » » (dossier Bâloise, pièces 3.6 et 3.7). A l'issue de l'hospitalisation au service de chirurgie orthopédique, les diagnostics de « fracture du tiers antérieur du corps vertébral de D2 » et « fracture des deux premières côtes, à gauche et à droite, avec contusion pulmonaire apicale gauche » ont été confirmés et la poursuite de l'hospitalisation à G. \_\_\_\_\_, a été décidée en raison des douleurs persistantes (lettre définitive de sortie du 21 juillet 2016, dossier Bâloise, pièces 3.3 et 3.8). Dans un rapport établi le 29 juillet 2016 par H. \_\_\_\_\_, docteur en psychologie et I. \_\_\_\_\_, logopédiste à G. \_\_\_\_\_, des tests psychométriques ont abouti à « des discrètes difficultés mnésiques en modalité verbale (principalement de récupération), un fléchissement exécutif (déficit de planification), de discrètes difficultés attentionnelles et un léger ralentissement », les autres fonctions investiguées étant pour le surplus globalement préservées. Le rapport conclut dès lors à un « tableau cognitif actuel d'intensité légère. Son étiologie est vraisemblablement multiple avec une composante thymique et possiblement médicamenteuse et traumatique. (...) Les troubles cognitifs d'intensité légère, l'absence de lésion cérébrale au CT et l'absence d'amnésie pré- ou post- traumatique objective suggèrent un TCC d'intensité vraisemblablement légère » (dossier Bâloise, pièce 3.12). Un CT-scan réalisé le 19 août 2016 montre « la fracture oblique du corps vertébral de D2, sans déplacement secondaire, en cours de consolidation dans sa partie postéro-inférieure, mais avec un trait de fracture davantage élargi dans sa partie antéro-supérieure (...) avec ostéosclérose associée », sans autre lésion osseuse traumatique visualisée, notamment au niveau de C5. La

Tribunal cantonal TC Page 8 de 22 présence de « lésions dégénératives du rachis cervical ainsi que des ossifications au niveau des tissus mous », déjà observée précédemment, a été confirmée (dossier Bâloise, pièce 3.14). La lettre définitive de sortie de G. \_\_\_\_\_ du 24 août 2016, signée par les Dr J. \_\_\_\_\_ et K. \_\_\_\_\_, spécialistes en médecine physique

et réadaptation, atteste d'une poursuite de l'incapacité de travail totale jusqu'au 31 août 2016, à réévaluer (dossier Bâloise, pièce 3.15). 4.2. Evolution A sa sortie de G.\_\_\_\_\_, l'assurée a tout d'abord été suivie par le Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui, dans un rapport du 25 octobre 2016, a signalé un « début des signes en faveur d'un PTSD quelques semaines après l'accident du 09.07.16, chez une personne indemne de pathologie psychiatrique jusqu'ici. Insomnie, tristesse, anxiété, sursauts, reviviscence, hypervigilance, perte de poids et de l'élan vital, tr. de la concentration » et retient le diagnostic d'« état de stress post-traumatique » et a attesté d'une incapacité de travail totale de durée indéterminée (dossier Bâloise, pièce 3.16). Sur le plan physique, l'assurée a été suivie par le Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, les 1er septembre 2016 et 24 novembre 2016. Ces premiers rapports ne figurent pas au dossier produit par l'autorité intimée. Un nouveau CT-scan de la colonne cervicale et dorsale du 24 novembre 2016 a révélé des structures osseuses normales, avec disparition des traits de fractures, sans déplacements secondaires (dossier Bâloise, pièce 3.18). Le cas a alors été soumis pour appréciation au médecin-conseil de la Bâloise, le Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui a déclaré le 3 décembre 2016 que la causalité naturelle des troubles somatiques était probable et qu'une incapacité de travail totale de 4 à 6 mois était prévisible pour ces troubles. S'agissant des troubles psychologiques, il a estimé que des rapports médicaux complémentaires étaient nécessaires (dossier Bâloise, pièce 3.19). Dans un rapport du 8 décembre 2016, le Dr O.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et nouveau psychiatre traitant dès le 9 octobre 2016, a signalé une « reviviscence répétée de l'évènement traumatique, anhédonie, évitement des situations déclencheurs, angoisses, symptômes dépressifs, insomnies ». Il a confirmé le diagnostic de « F43.1 Etat de stress post- traumatique » et a attesté d'une poursuite de l'incapacité de travail totale pour les troubles psychiques, en plus de l'incapacité de travail en raison des séquelles physiques (dossier Bâloise, pièce 3.20). Dans un rapport du 19 janvier 2017, le Dr M.\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics de « suspicion (à l'IRM) d'une fracture corporeale de D2 et fracture corporeale de C5, non confirmée radiologiquement, traitée conservativement » et de « réacutisation de cervicalgies avec contractures musculaires paravertébrales et fourmillements aspécifiques dans les bras dans le contexte de troubles dégénératifs déjà présents avant l'accident au niveau C5-C6 avec perte de lordose cervicale et discopathie dégénérative », en précisant que la contracture musculaire « est habituelle après un traumatisme cervicale type Whiplash », possiblement accentuée au vu des troubles dégénératifs déjà présents avant l'accident. Il a alors proposé une reprise du travail à 50% à la fin mars 2017, tout en demandant des examens complémentaires sous l'angle neuropsychologique et neurologique (dossier Bâloise, pièce 4.1).

Tribunal cantonal TC Page 9 de 22 L'évaluation neuropsychologique demandée a été réalisée le 20 mars 2017 par P.\_\_\_\_\_, psychologue spécialiste en neuropsychologie, et Q.\_\_\_\_\_, psychologue auprès du service de neuropsychologie de C.\_\_\_\_\_, qui ont retenu les diagnostics de « légères difficultés en mémoire antérograde verbale; traumatisme de type Whiplash » et ont déclaré qu'il n'y avait « pas de contre- indication significative à la reprise de l'activité professionnelle du point de vue neuropsychologique. Cependant, en raison de l'importante fatigue signalée par la patiente, une reprise progressive de l'activité professionnelle semble indiquée » (dossier Bâloise, pièce 4.3). Quant au bilan neurologique, il a été effectué le 28 mars 2017 auprès de la Dre R.\_\_\_\_\_, neurologue, qui a conclu à des « douleurs cervico-dorsales chroniques associées à des troubles sensitifs et dans une

moindre mesure moteurs mal systématisés/fluctuants » et à un « syndrome post-commotionnel (...) probablement aggravé par un état anxio-dépressif réactionnel ». Elle a confirmé que « les plaintes de fatigue excessive, de diminution de l'endurance, de troubles de la concentration, de vertiges orthostatiques et d'une vision floue intermittente s'inscrivent vraisemblablement dans le contexte d'un syndrome post-commotionnel aggravé par l'état psychique et les douleurs chroniques résiduelles au niveau de la colonne cervico-dorsale », tout en précisant qu'une « atteinte neurogène périphérique ou centrale » pouvait être écartée (dossier Bâloise, pièce 4.4). Le 30 mars 2017, le Dr O. \_\_\_\_\_ a quant à lui confirmé la poursuite d'un suivi psychothérapeutique hebdomadaire avec « évolution favorable d'un ESPT. Persistance de douleurs somatiques qui influent sur la santé mentale et qui sont en même temps exacerbées par les traits de personnalité ». Il a retenu les diagnostics de « F43.1 Etat de stress post-traumatique (en voie de rémission) ; F60.0 Trouble de la personnalité mixte, traits compulsifs, anxieux et dépendants ; F68.0 Majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques ». Sur le plan de la capacité de travail, il a estimé qu'« une double pathologie (...) influe sur la capacité de travail. Mme est en incapacité de travail à 100% jusqu'en septembre 2017 pour des raisons physiques. D'un point de vue psychologique, la patiente souffre encore des séquelles de l'accident de juillet 2016 » (dossier Bâloise, pièce 4.5).

4.3. Premières expertises Dans une appréciation du 24 février 2017, le Dr S. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et médecin-conseil de la Bâloise, a déclaré que la causalité naturelle avec l'accident assuré était « probable mais l'atteinte psychiatrique apparaît comme étant trop longue » et a proposé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique (dossier Bâloise, pièce 4.2). Une première expertise, concernant le volet psychique, a ainsi été mise en œuvre auprès du Dr T. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 27 mai 2017 (dossier Bâloise, pièce 4.12), l'expert établit tout d'abord l'anamnèse familiale et personnelle de l'assurée et se penche notamment sur les difficultés qui l'opposent au père de sa fille (p. 3-5). Il retranscrit ensuite les plaintes de l'assurée (sentiment d'injustice lié d'une part à l'impunité du responsable de l'accident et d'autre part à l'égard de la garde de sa fille, problèmes de dos, fatigue ; p. 5-6) puis passe en revue l'historique médical (p. 10-13). A l'examen clinique, l'expert exclut la présence d'un ralentissement psychomoteur significatif ou d'une dépression (p. 15-16) ou d'un éventuel trouble de la personnalité et de toute pathologie psychique antérieure (p. 18). En conclusion, l'expert psychiatre estime qu'il n'existe aucune atteinte psychique significative, les seuls diagnostics mentionnés étant ceux d'« état de stress post-traumatique en rémission (43.1) » et de « trouble anxieux et dépressif mixte associé à des problèmes somatiques, actuellement compensé

Tribunal cantonal TC Page 10 de 22 à un niveau très léger (F41.2) » (p. 19). Il déclare qu'« il n'y a objectivement pas de contre-indication psychique pour qu'elle reprenne son activité d'infirmière » et que les « très légères fluctuations anxieuses et dysthymique » observées « n'ont plus d'impact sur la capacité de travail » (p. 20). Il confirme que les troubles manifestés jusqu'alors, sous la forme d'un trouble de stress post-traumatique, étaient en relation de causalité naturelle avec l'accident et estime que le statu quo ante est atteint au moment de l'expertise (p. 21). En conclusion, il retient une capacité de travail de 50% durant quatre semaines, puis de 100%, en accord avec l'avis des médecins traitants (p. 22). Une expertise relative au volet neurologique a également été réalisée le 2 juin 2017 par le Dr U. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie. Dans son rapport du 12 juillet 2017 (dossier Bâloise, pièce 4.10), l'expert passe en revue l'ensemble du dossier médical (p. 1-10) ainsi que les plaintes exprimées par l'assurée (p. 11-12). L'examen clinique met en évidence un

examen neurologique normal, en particulier l'absence de signes d'une compression au niveau du rachis ou d'une irritation neurologique systématisée. L'expert évoque « des manifestations physiques inhérentes à un état de stress chronique et des séquelles post-traumatiques subjectives », sans « démonstrations évocatrices d'une exagération ou de signe de majoration » (p. 16). Il retient les diagnostics de « status après fracture de D2 et C5, pas de lésion neurologique surajoutée ; état de stress post- traumatique au décours (PTSD) ; status après fractures costales ; décompensation psychologique secondaire avec manifestations physiques d'un état de stress n'entrant pas dans le cadre d'un PTSD ; déconditionnement à l'effort » (p. 17). Il confirme l'existence d'un lien de causalité (« l'ensemble des plaintes doit être rattaché aux suites de son accident »), sans décompensation d'un état pathologique antérieur ni facteurs étrangers à l'accident (p. 17-18 et 22-23). A la question de l'estimation de la capacité de travail, l'expert affirme que « du point de vue neurologique pur, il n'y a pas de déficit systématisé inhérent à une lésion neurologique établie. Toutefois, il existe un syndrome douloureux chronique, une asthénie, des troubles du sommeil d'ordre psychophysiologique ainsi que les suites d'un PTSD qui sont très clairement à rattacher à cet accident. Toutefois l'ensemble de ces symptômes devrait s'améliorer rapidement » (p. 18). S'agissant des éventuelles limitations fonctionnelles, il déclare que les limitations inhérentes aux fractures cervicales sont du ressort de l'orthopédiste et que « du point de vue neurologique, il n'y a pas de séquelle objective. A ce point, il convient de relever qu'elle a probablement présenté un TCC avec commotion cérébrale mais certainement aucune lésion cérébrale. Ceci est validé par l'existence d'une amnésie circonstancielle et un flou dans les souvenirs des circonstances de l'accident. Toutefois, les troubles neuropsychologiques décrits par les différents spécialistes ont progressivement augmenté et entrent plutôt dans le cadre d'un état de stress et aux changements de sa vie inhérents aux suites de son accident » (p. 19). Enfin, il a estimé que du point de vue neurologique, il n'y avait « pas d'atteinte à l'intégrité » (p. 21). Le 30 août 2017, l'assurée a déclaré s'opposer au rapport d'expertise neurologique au motif que ses douleurs étaient moins importantes lors de l'examen et que celles-ci se sont majorées depuis le

## **E. 12**

juillet. Elle critique par ailleurs l'absence d'exploration par imagerie des douleurs du bas du dos ainsi que de suivi radiologique récent de la colonne cervicale (dossier Bâloise, pièce 4.11). 4.4. Eléments ultérieurs Dans un nouveau rapport du 27 juillet 2017, P. \_\_\_\_\_ confirme les diagnostics retenus dans son précédent rapport du 20 mars 2017, tout en mentionnant des « difficultés de mémoire à long terme et fatigue nécessitant une reprise progressive de l'activité professionnelle » (dossier Bâloise, pièce 4.14).

Tribunal cantonal TC Page 11 de 22 Une IRM cervicale réalisée le 14 septembre 2017 a mis en évidence une « discopathie dégénérative C4-C5, protrusion disco-ostéophytique médiane venant jusqu'au contact de la moelle sans signe de refoulement de cette moelle, sans signe de myélopathie. Pas d'évidence d'uncarthrose significative » (dossier Bâloise, pièce 4.15). Le 20 septembre 2017, l'assurée a consulté le Dr V. \_\_\_\_\_ et W. \_\_\_\_\_, spécialistes en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur auprès du département des neurosciences cliniques de X. \_\_\_\_\_. Dans leur rapport du 16 octobre 2017, ils ont déclaré que les symptômes étaient « en lien direct avec l'accident » mais qu'aucune « lésion susceptible d'expliquer la symptomatologie » n'avait pu être mise en évidence. Ils ont toutefois affirmé que « malgré l'absence de substrat radiologique, il était tout à fait

plausible que ses symptômes soient en lien avec son accident. Les lésions d'accélération-décélération cervicales sont connues pour provoquer les symptômes qu'elle relate et il n'y a, dans un certain nombre de cas, malheureusement pas d'examen radiologique qui permette de mettre en évidence des lésions » (dossier Bâloise, pièce 4.16). Le 26 mars 2018, le Dr V. \_\_\_\_\_ s'est adressé à la Bâloise pour demander la prise en charge d'un séjour à la Clinique romande de réadaptation (ci-après: CRR; dossier Bâloise, pièce 5.4). Enfin, dans un rapport du 7 mai 2018, le Dr Y. \_\_\_\_\_, chef de service de chirurgie orthopédique et traumatologie de Z. \_\_\_\_\_, à AA. \_\_\_\_\_, a retenu un « syndrome rachidien avec des cervicalgies et irradiation aux membres supérieurs jusqu'à l'ensemble des doigts des deux côtés ». En comparant les différentes IRM réalisées et face à l'aggravation de la discopathie, il a affirmé que « l'évolution dégénérative accélérée peut être rapportée au traumatisme cervical initial » (dossier Bâloise, pièce 5.7).

4.5. Expertise orthopédique du 18 avril 2018 Une expertise orthopédique a ensuite été mise en œuvre par la Bâloise auprès du Dr AB. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur (dossier Bâloise, pièce 4.18). Dans son rapport du 19 avril 2018, l'expert a expliqué que l'examen n'avait pas pu être mené à terme, l'assurée ayant mis en doute sa bonne foi. Il a néanmoins produit un bref rapport de 4 pages, dans lequel il a indiqué que l'assurée avait déclaré ressentir des dorsalgies et des lombalgies avec parfois des accès de douleurs aiguës ainsi que des douleurs de type sciatique dans le membre inférieur droit avec paresthésies dans les deux mains. N'ayant pas pu examiner l'assurée, il a fondé son appréciation sur le dossier médical à sa disposition. En particulier, il écarté le diagnostic de fracture au niveau de C5: « il n'y a pas de lésions traumatique de la vertèbre C5 mais uniquement de la vertèbre D2 ». En conclusion, il a retenu les diagnostics de « fracture non déplacée du mur antérieur de D2 sans menace neurologique, sans atteinte du mur postérieur (...) considérée comme consolidée », « troubles dégénératifs discaux C4 à C6 et L5-S1 pré-existants à l'accident du 09.07.2016 » et « whiplash associated disorders (WAD) » sans « aucune atteinte ou lésion neurologique post-traumatique ». Il a considéré que ce dernier diagnostic était en relation de causalité probable avec l'accident. En revanche, s'agissant des douleurs dorsales et lombaires, il a estimé qu'elles étaient « en rapport avec des troubles dégénératifs C4 à C6 et L5 à S1, préexistants à l'accident mais décompensés par ce dernier ». En conclusion, il a déclaré qu'« il reste des symptômes douloureux en rapport avec un déconditionnement musculaire global » et a recommandé à son tour un séjour à la CRR (dossier Bâloise, pièce 5.6).

Tribunal cantonal TC Page 12 de 22 La Bâloise a dès lors confirmé la prise en charge d'un tel séjour (dossier Bâloise, pièces 5.8-5.9).

4.6. Séjour à la CRR L'assurée a séjourné à la CRR du 20 juin au 17 juillet 2018, dans un but de « complément de rééducation et précision des limitations fonctionnelles » (rapport du 6 novembre 2018, dossier Bâloise, pièce 5.10). Lors de ce séjour, des radiographies du rachis cervical du 27 juin 2018 ont montré une « cervicarthrose prédominant en C5-C6 » et une IRM cérébrale du 9 juillet 2018 a mis en évidence « quelques lésions aspécifiques de la substance blanche. Pas d'anomalie en faveur d'une atteinte traumatique, notamment pas de lésion axonale diffuse » (pièce 5.10 p. 4 et pièces 5.16-17). Sur la base de ces éléments ainsi que des rapports d'imagerie au dossier, les médecins de la CRR concluent à une « possible fracture de D2. Pour ce qui concerne la colonne cervicale, l'image visible sur les coupes axiales de C5 sur les différents CT-scan réalisés correspond à un vaisseau sur l'IRM du 14.09.2017. Nous ne retenons donc pas de diagnostic de fracture cervicale. On relève par ailleurs la présence d'une discopathie dégénérative en C5-C6 et dans une moindre mesure en C4-C5 » (pièce 5.10 p. 4). Sur le

plan psychique, le consilium psychiatrique retient le diagnostic de « trouble de l'adaptation avec symptômes de type PTSD en bonne voie d'amélioration » sans « symptomatologie anxio- dépressive majeure » (dossier Bâloise, pièce 5.10 p. 5 et pièce 5.15). Les examens neuropsychologiques ayant mis en évidence « des performances à l'ensemble des autres domaines cognitifs investigués (...) globalement à la limite inférieure de la norme », le rapport conclut au fait qu'« un TCC d'intensité légère, comme celui dont a été victime Madame il y a maintenant deux ans, ne devrait normalement pas entraîner de séquelles cognitives à long terme. (...) Quoi qu'il en soit, la souffrance de cette patiente, qui collabore activement à l'examen, nous paraît authentique. Cette bonne collaboration est d'ailleurs attestée par la réussite d'une épreuve de validation des symptômes. Dans ce contexte, il est possible que d'autres facteurs, notamment psychologiques (PTSD, humeur abaissée) et douloureux soient susceptibles d'avoir influencé négativement les performances en empêchant une mobilisation optimale des ressources cognitives » (dossier Bâloise, pièce 5.14). En outre, durant le séjour, l'assurée a bénéficié de traitements de physiothérapie (dossier Bâloise, pièce 5.11) et a participé à des ateliers professionnels, à l'issue desquels la possibilité du « maintien de la position assise sur des activités de type administratif durant 4 heures consécutives » a été confirmée (dossier Bâloise, pièce 5.12). Par ailleurs, le rapport mentionne que « la volonté de donner le maximum aux différents tests a été incertaine et le niveau de cohérence pendant l'évaluation a été moyen » (dossier Bâloise, pièce 5.13). Sur la base de l'ensemble de ces éléments, les médecins de la CRR déclarent que « les plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquent principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour, en lien avec l'accident et aussi des troubles dégénératifs, et sont influencés par la composante psychique et une tendance à la somatisation chez une patiente qui reste centrée sur les douleurs et qui s'estime limitée dans quelque activité que ce soit » (p. 5). Les limitations fonctionnelles suivantes sont retenues: « port de charges répété de plus de 10-15kg; activités nécessitant le maintien de la nuque en extension ou penchée en avant en porte-à-faux; activités nécessitant des mouvements répétitifs de la nuque » (p. 5-6). En conclusion, les médecins de la CRR attestent d'une incapacité de travail totale de longue durée dans l'activité d'infirmière et déclarent que « le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles ci-dessus est favorable sur le plan médical. (...) sur la base de l'évaluation aux ateliers

Tribunal cantonal TC Page 13 de 22 professionnels et de sa participation aux thérapies durant le séjour, nous estimons la capacité de travail actuelle dans une activité adaptée supérieure à 50%. On peut penser à une amélioration de la situation dans les prochains mois jusqu'à stabilisation » (p. 6). A l'issue de ce séjour, le médecin traitant de l'assurée, le Dr AC.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale, a attesté de la poursuite d'une incapacité de travail totale jusqu'au 31 octobre 2018 (dossier Bâloise, pièce 5.18), incapacité ensuite prolongée pour une durée de 3 mois le 22 février 2019 (dossier Bâloise, pièce 6.3).

L'assurée a encore consulté le Dr AD.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie. Son rapport du 13 juin 2019, annoncé par l'autorité intimée sous pièce 6.4, ne figure toutefois pas au dossier produit. 4.7. Décision du 14 novembre 2019, procédure d'opposition et éléments ultérieurs Par décision du 14 novembre 2019, la Bâloise a mis un terme aux prestations d'assurance avec effet au 18 avril 2018, soit la date de la dernière expertise réalisée.

L'assurée s'est opposée à cette décision le 27 novembre 2019. Le 13 décembre 2019, l'assurée a complété son opposition en produisant une contre-expertise privée du 11 décembre 2019 du Dr AE.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation (dossier Bâloise, pièce 6.4). Dans ce rapport, le Dr AE.\_\_\_\_\_ retient les diagnostics de «

polytraumatisme sur AVP le 09.07.2016 avec TCC léger; troubles cognitifs (exécutifs, mnésiques, attentionnels); syndrome post-commotionnel (fatigue et fatigabilité accrues, hypersomnie, céphalées, vertiges, nausées, irritabilité, troubles de la concentration, angoisses, intolérance à la foule et au bruit, acouphènes intermittents); fracture vertébrale de D2; fracture des 2 premières côtes ddc » et de « syndrome du défilé thoraco-brachial (TOS) bilatéral neurogène et plexopathie cervicale superficielle à prédominance D, sur hypertonie des muscles scalènes » (p. 5). L'expert privé explique ce nouveau diagnostic de la manière suivante: « cette présentation de troubles neurologiques non radiculaires des membres supérieurs dans le cadre d'une hypertonie cervicale est évocatrice d'un syndrome du défilé thoraco-brachial, qui est confirmé à mon examen. Cette atteinte neurologique est en général liée à une compression plus ou moins intermittente du plexus brachial – comme ici – sur hypertonie des muscles scalènes (latéraux du cou), compression suffisante pour provoquer des symptômes, mais le plus souvent insuffisante pour être décelée sur un ENMG » (p. 6). Il explique que l'examen clinique nécessaire pour déceler ce syndrome, qui n'avait pas été réalisé jusqu'alors, s'est avéré « clairement positif pour cette affection (TOS) » (p. 6). Quant au diagnostic de « syndrome post-commotionnel », qu'il distingue de celui de « stress post-traumatique (PTSD) » ou de « syndrome post-commotionnel », il explique qu'il s'agit d'une « réaction psychologique à un traumatisme, alors que le syndrome post-commotionnel résulte de lésions cérébrales axonales diffuses. (...) En l'occurrence, les critères diagnostics de syndrome post-commotionnel sont pleinement remplis » (p. 7). En conclusion, il reconnaît une incapacité de travail totale, dans toute activité (« un besoin en sommeil de 14 à 17h/24h, des difficultés exécutives, mnésiques, attentionnelles etc. sans compter avec les limitations liées au syndrome cervico-dorso-lombaire et au TOS – engendrant une limitation dans le maintien des positions statiques, les positions de porte-à-faux de la nuque et du tronc, les ports de charges, les mouvements répétitifs de la nuque et des membres supérieurs, même en-dessous du niveau des épaules –, l'on voit mal quelle activité elle pourrait envisager autre qu'occupationnelle »; p. 7).

Tribunal cantonal TC Page 14 de 22 Le 18 mars 2020, la Bâloise a rejeté l'opposition de l'assurée et a confirmé sa décision. Elle a affirmé que le cas avait fait l'objet d'une instruction approfondie, trois expertises spécialisées ayant été mises en œuvre, et a dès lors rejeté la requête de l'assurée tendant à réaliser une expertise pluridisciplinaire, dont les conclusions seraient coordonnées. Elle a constaté qu'aucun des trois experts mandatés n'avait pu mettre en évidence de problématique objective et en relation avec l'accident assuré. Elle a considéré que les rapports médicaux produits par l'assurée constituaient de simples avis différents, sans toutefois apporter d'éléments nouveaux. Partant, elle a refusé de prendre en charge les frais desdits rapports et a confirmé que l'existence d'un lien de causalité naturelle ne pouvait pas être établi au-delà du 18 avril 2018, mettant ainsi un terme à la prise en charge du cas dès cette date. 4.8. Recours et éléments ultérieurs Le 28 avril 2020, l'assurée a une nouvelle fois consulté le Dr AD. \_\_\_\_\_ qui, dans un rapport du 1er mai 2020, a constaté la persistance de « douleurs thoraciques droites (...) attribuées à un syndrome douloureux régional chronique » ainsi que de l'allodynie et de difficultés attentionnelles. En présence de douleurs neurogènes et de contractures musculaires, il évoque un « syndrome neurogène thoracique irritatif sans lésions ENMG ». S'agissant de la capacité de travail résiduelle, il affirme qu'« il est clair qu'elle ne peut avoir une activité physique normale dans cette situation » et se déclare « surpris qu'aucune incapacité professionnelle n'ait été reconnue suite à l'expertise. En effet, il ne s'agit pas de discuter d'une atteinte sévère, mais de reconnaître que cette atteinte neurologique, orthopédique et

psychiatrique a actuellement un impact qui me semble significatif » et confirme que l'assurée « est invalide dans les activités professionnelles, ceci depuis l'accident. Il existe une relation en tout cas partielle avec l'accident », incapacité également retenue dans l'activité ménagère. Il retient les diagnostics de « syndrome post-commotionnel, une fracture vertébrale de D2 et un syndrome du défilé thoracique » sans pouvoir en revanche « confirmer les lésions axonales diffuses » (dossier Bâloise, pièce 6.5). A l'appui de son recours du 15 mai 2020, l'assurée produit encore un rapport médical du 24 décembre 2019 du Prof. AF. \_\_\_\_\_, responsable de l'unité de neurologie auprès de AG. \_\_\_\_\_, consulté les 15 octobre 2018 et 24 décembre 2019, attestant de « troubles de la mémoire de travail, une sensibilité à l'interférence et un manque de flexibilité », d'une « surcharge (saturation) cognitive » et de « troubles du comportement avec impulsivité et changement de caractère », avec un résultat de test « tout à fait pathologique ». Il retient les diagnostics de « syndrome post-commotionnel avec troubles cognitifs sur les fonctions exécutives, associés à des troubles de la modulation comportementale » et de « syndrome du défilé thoraco-brachial droit ». Il explique l'absence de constatations objectives à l'IRM par le fait qu'« il est cependant classique, à partir de douleurs situées à un niveau du corps, d'avoir une extension topographique sans lésion visible » (bordereau recourante, pièce 1). Elle produit également un précédent rapport du Dr L. \_\_\_\_\_ du 13 mars 2020, confirmant, sur le plan neurologique, les diagnostics de « syndrome du défilé thoraco-brachial » et de « syndrome post-commotionnel », auxquels s'ajoutent, sur le plan psychique, un « état de stress post-traumatique avec des réactions de sursaut et des reviviscences » et un « trouble thymique avec une fluctuation entre des moments dépressifs avec des idées noires et un état quasi normal ». Il ajoute que sa patiente subit depuis l'accident « une modification de la personnalité avec une irritabilité, une émotivité exagérée et une perte de ses relations sociales » (bordereau recourante, pièce 2).

Tribunal cantonal TC Page 15 de 22 Dans ses contre-observations du 10 août 2020, l'assurée produit encore différents documents complémentaires, dont notamment le rapport d'intervention des sapeurs-pompiers du 9 juillet 2016 attestant de sa désincarcération suite à l'accident (pièce 1) – manœuvre qui avait été mise en doute par l'autorité intimée –, des articles de journaux relatant l'accident (pièces 2 et 3) et de l'ordonnance pénale du 24 janvier 2017, retenant une « vitesse inadaptée » du conducteur responsable (pièce 4). Elle produit en outre différents nouveaux rapports médicaux, à savoir : - Un rapport du 31 juillet 2020 du Dr L. \_\_\_\_\_, qui assure que sa patiente ne présentait « aucun antécédent psychiatrique, malgré des événements biographiques notables dont le décès brutal de son jeune frère et ses péripéties suite à sa séparation ». Il constate « une excitabilité sur le plan affectif, un trouble du cours de la pensée avec tangentialité et circonstancialité » et « une perte de capacité de programmation et de gestion, une perte de l'endurance, une perte de la capacité de se projeter dans l'avenir », rendant l'assurée « toujours inapte à reprendre un travail professionnel » (pièce 5). - Un rapport du 27 juillet 2020 du Dr AE. \_\_\_\_\_ complétant le rapport du 11 décembre 2019, dans lequel le contre-expert explique les motifs pour lesquels il s'écarte des conclusions de l'expert orthopédiste, à savoir parce que ce dernier ne s'est prononcé que sur la base du bilan radiologique, sans examen clinique. Quant à l'expert neurologue, il ne s'est basé que sur un examen clinique et sur l'ENMG, ce qui ne permet pas de diagnostiquer un TOS neurogène. Enfin, il critique aussi l'expert psychiatre qui ne s'est pas prononcé sur un syndrome post-commotionnel, « affection suivie généralement par les médecins spécialistes en neuroréhabilitation, dont le soussigné ». Il estime en outre que les conclusions des médecins de la CRR doivent être écartées pour les

mêmes raisons, dans la mesure où les diagnostics de TOS et de syndrome post-commotionnel n'ont été ni évalués ni envisagés, ce qui a également conduit à une surévaluation des capacités fonctionnelles de l'assurée. Il atteste d'une incapacité totale de travail, tant dans une activité plutôt intellectuelle/administrative que manuelle, en raison des « troubles cognitifs (exécutifs, mnésiques, attentionnels) » et du « syndrome post-commotionnel (fatigue et fatigabilité accrues, hypersomnie, céphalées, vertiges, nausées, irritabilité, troubles de la concentration, angoisses, intolérance à la foule et au bruit, acouphènes intermittents) », associé enfin au « syndrome du défilé thoraco-brachial (TOS) neuro-vasculaire, confirmé radiologiquement, [qui] l'empêche de maintenir des positions statiques (assis, debout), des positions de porte-à-faux de la nuque et du tronc, de porter des charges autres qu'occasionnellement 3-4 kg, de réaliser des mouvements répétitifs de la nuque et des membres supérieurs, en particulier mais pas uniquement au-dessus du niveau des épaules » (pièce 6). - Un rapport du 26 mai 2020 du Dr V. \_\_\_\_\_, qui confirme notamment les diagnostics d'« entorse cervicale avec troubles de la sphère neuro-végétative (syndrome de Wad) », de « syndrome post-commotionnel », de « syndrome du défilé thoracique TOS à droite », de « probable syndrome de stress post-traumatique » et de « probable syndrome douloureux régional complexe de type 1 selon les critères de Budapest », et considère que « tous les symptômes que décrits la patiente sont liés à l'accident ». Il souligne que les différents diagnostics, en particulier le TOS, ont été mis en évidence par échographie, et affirme que l'assurée « présente clairement des symptômes de la sphère neuro-végétative avec cette entorse cervicale qui semblent fortement importants ». Il relève que « toute position debout ou assise prolongée est impossible à maintenir », ce qui, associé aux « troubles de la

Tribunal cantonal TC Page 16 de 22 mémoire et de l'attention » empêche la possibilité de toute activité professionnelle et de tout rendement quelconque (pièce 7). - Un rapport du 3 juillet 2020 de la Dre AH. \_\_\_\_\_, médecin praticien, qui atteste d'une « perte de la mobilité importante à cause des douleurs de toute la colonne vertébrale » et de « douleurs neuropathiques » associées à divers troubles (paresthésies, troubles de la vision, acouphènes, vertiges, problèmes d'attention et de concentration, céphalées intenses), le tout entraînant une incapacité de travail totale, en particulier en tant qu'infirmière (pièce 8). - Un rapport du 12 mai 2020 de AI. \_\_\_\_\_, physiothérapeute, qui atteste d'« atteintes multiples en lien avec l'accident du 9 juillet 2016 » et entraînent « des douleurs pluri-étagées au niveau de l'occiput et de tout le rachis, d'importantes douleurs neurogènes, un déficit de force et d'endurance, ainsi qu'une incapacité à réaliser certaines activités de la vie quotidienne », le tout entraînant une incapacité à reprendre une activité professionnelle (pièce 10). - Figure également un rapport plus ancien, à savoir celui du 6 décembre 2019 du Dr AJ. \_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie auprès de l'institut suisse de la douleur, confirmant les diagnostics de « rachialgies chroniques mixtes secondaires à un polytraumatisme le 09.07.2016 (M54.5 et M54.2) avec probable syndrome facettaire » et de « douleurs neuropathiques des MS secondaires à un syndrome du défilé thoraco-brachial (TOS) bilatéral et plexopathie cervicale superficielle à prédominance D, sur hypertonie des scalènes » (pièce 9). 5. La recourante reproche à l'autorité intimée de s'être fondée exclusivement sur les trois expertises mises en œuvre auprès des Dr T. \_\_\_\_\_, U. \_\_\_\_\_ et AB. \_\_\_\_\_, dont elle critique la valeur probante et la pertinence des conclusions, au détriment des nombreux avis médicaux contraires produits. Elle s'étonne d'ailleurs du fait que les experts mandatés par la Bâloise formulent des conclusions diamétralement opposées à celles de l'ensemble des médecins consultés, dont certains sont

des professeurs de rang universitaire, notamment les Dr AE.\_\_\_\_\_, AD.\_\_\_\_\_, L.\_\_\_\_\_, AC.\_\_\_\_\_, Y.\_\_\_\_\_ et AF.\_\_\_\_\_, lesquels ont présenté des conclusions probantes et motivées concernant ses différents symptômes. Ces différents éléments n'ayant pas été soumis aux experts afin d'obtenir leur explication sur ces divergences, l'autorité – qui n'en a elle-même fait qu'une lecture hâtive et superficielle – a lourdement failli à son devoir d'instruction. Quant à l'autorité intimée, elle estime avoir mené une instruction particulièrement diligente et affirme que les conclusions des trois experts ont pleine valeur probante et doivent être suivies, d'autant plus qu'elles sont corroborées par le rapport de la CRR. Elle écarte ainsi les avis divergents émanant des médecins privés consultés par l'assurée, dont elle remet en cause l'intégrité ou leur force probante. S'agissant en particulier des critiques à l'encontre de l'expertise du Dr AB.\_\_\_\_\_, elle souligne que l'impossibilité de rendre un rapport complet sur la base d'un examen clinique tient au comportement de l'assurée elle-même, ce qu'elle doit dès lors assumer. Elle refuse enfin de prendre en charge la contre-expertise privée du Dr AE.\_\_\_\_\_, qui n'apporte selon elle aucun élément nouveau. Finalement, à titre de réquisitions de preuves, elle demande la production complète du dossier OAI et du dossier de l'assurance RC du conducteur responsable de l'accident.

Tribunal cantonal TC Page 17 de 22 5.1. S'agissant tout d'abord des atteintes physiques, la Cour constate que l'expert neurologue n'a pas formulé de conclusions propres s'agissant des limitations fonctionnelles, ayant laissé cette question à l'appréciation de l'orthopédiste. L'expert orthopédiste AB.\_\_\_\_\_ n'a cependant pas pu se prononcer sur les limitations fonctionnelles et son rapport n'a pas pu être réalisé dans les règles de l'art, dans la mesure où la recourante elle-même a provoqué, par son attitude, la fin prématurée de la consultation. La Cour ne saurait dès lors suivre les critiques de la recourante à l'égard de la brièveté du rapport ou de l'absence de réalisation des examens cliniques nécessaires, tout ceci ne constituant que la conséquence de la violation de son propre devoir de collaboration. Cela étant, il demeure que le rapport de l'expert ne contient aucune conclusion sur les limitations fonctionnelles, se limitant à confirmer la présence de troubles dégénératifs préexistants – ce qui n'est du reste pas contesté – ainsi que le diagnostic de « whiplash associated disorders (WAD) » avec persistance de « symptômes douloureux en rapport avec un déconditionnement musculaire global ». Le rapport de sortie de la CRR, pour sa part, a fixé les limitations fonctionnelles sur la base des constatations faites lors du séjour et a confirmé une incapacité de travail totale et de longue durée dans la profession d'infirmière. Quant aux différents rapports médicaux privés invoqués par la recourante, il s'agit tout d'abord de constater que certains de ces rapports ont été produits ou établis ultérieurement 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 qui prévalait déjà au moment du prononcé de la décision attaquée, la Cour peut malgré tout en tenir compte dans le cadre de la présente procédure. Cela est particulièrement vrai s'agissant du rapport du 27 juillet 2020 du Dr AE.\_\_\_\_\_, qui ne fait que préciser les conclusions de son précédent rapport du 11 décembre 2019. De même, le rapport du 31 juillet 2020 du psychiatre traitant confirme globalement ses conclusions du

13 mars 2020. De surcroît, dans la mesure où le dossier produit par l'autorité intimée n'est pas exhaustif (cf. en particulier le rapport du 13 juin 2019 du Dr AD. \_\_\_\_\_ annoncé par l'autorité intimée sous pièce 6.4 mais qui ne figure toutefois pas au dossier produit), la Cour n'est pas en mesure de déterminer avec certitude quels rapports ont été produits par la recourante préalablement au prononcé de la décision litigieuse ou dans le cadre de la procédure de recours. Quoi qu'il en soit, ces rapports ne font que confirmer les constatations objectives du Dr AE. \_\_\_\_\_ – lesquelles avaient déjà été produites en procédure d'opposition –, en particulier celles liées à l'atteinte neurologique constitutive du « syndrome du défilé thoraco-brachial (TOS) bilatéral neurogène ». On rappellera en effet que cette atteinte avait été évoquée en premier lieu par le Dr AJ. \_\_\_\_\_ le 6 décembre 2019, puis précisée par le Dr AE. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 11 décembre 2019. Ce diagnostic a ensuite été confirmé par tous les spécialistes consultés, à savoir le Prof. AF. \_\_\_\_\_ le 24 décembre 2019, le Dr AD. \_\_\_\_\_ le 1er mai 2020 et le Dr V. \_\_\_\_\_ le 26 mai 2020. Cette atteinte semble par ailleurs reposer sur des constatations objectives (échographies et examens cliniques), et non pas uniquement sur les plaintes subjectives de l'assurée. Le Dr AE. \_\_\_\_\_ explique en outre les raisons pour lesquelles cette atteinte n'a pas

Tribunal cantonal TC Page 18 de 22 été diagnostiquée par les précédents experts, à savoir parce que l'expert neurologue n'a examiné que l'ENMG qui ne permet toutefois pas de déceler cette atteinte. De plus, de l'avis des Dr AE. \_\_\_\_\_, AD. \_\_\_\_\_ et V. \_\_\_\_\_, cette atteinte, associée aux autres troubles, engendre des limitations fonctionnelles lourdes entraînant une incapacité de travail durable et totale et ce, dans toute activité. Or, les examens ayant abouti à ce diagnostic ont été réalisés après les expertises mises en œuvre par l'autorité intimée et ne figuraient dès lors pas au dossier sur la base duquel les experts ont établi leurs rapports respectifs. De même, dans la mesure où le séjour à la CRR est antérieur à ce nouveau diagnostic, il est légitime de penser que ces éléments n'ont pas été investigués ni pris en compte dans l'évaluation des limitations fonctionnelles de la recourante par les médecins de la CRR. Contrairement à ce que prétend l'autorité intimée, ces constatations constituaient à l'évidence des éléments médicaux nouvellement apparus, susceptibles non seulement d'éclaircir la question litigieuse de la causalité, mais également de documenter un éventuel cas de rechute survenu au cours de l'année 2019, ce qui expliquerait l'absence de constatations à ce propos par les experts ou par les médecins de la CRR, en 2017 et 2018. Ces éléments ont pourtant apparemment été écartés par l'autorité intimée sans la moindre analyse médicale, n'ayant pas été soumis aux experts pour connaître leur position à cet égard, ni même à un médecin conseil interne à l'assureur. Dans ces conditions, à défaut de tout élément médical permettant de juger de la pertinence et de la portée des nouveaux diagnostics retenus par les médecins consultés par la recourante, l'instruction menée par l'autorité intimée n'est pas suffisante pour permettre à la Cour de statuer. Dans ces circonstances, face à ces éléments non discutés et en l'absence d'élément médical suffisamment objectif permettant d'en comprendre l'impact sur la situation de la recourante, la Cour n'est pas en mesure de se prononcer sur la base du dossier constitué par l'autorité intimée. Ainsi, 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, en vue de soumettre ces éléments médicaux aux experts U. \_\_\_\_\_ et AB. \_\_\_\_\_ afin qu'ils prennent position sur ceux-ci et complètent leurs conclusions sur l'existence d'un lien de causalité et sur les limitations fonctionnelles, cas échéant sur la capacité résiduelle. 5.2. Le recours s'avère ainsi bien fondé sur ce premier

point. Partant, la décision attaquée est annulée en tant qu'elle fixe la fin des prestations au 18 avril 2018 et la cause est renvoyée à l'autorité intimée pour complément d'instruction médicale dans le sens de ce qui précède. La mise en œuvre d'une expertise médicale judiciaire, telle que requise par la recourante, est dès lors rejetée. 6. A côté de tout cela, se pose également la question de savoir si les troubles psychiques relèvent de l'assurance-accidents.

Tribunal cantonal TC Page 19 de 22 6.1. On rappellera que l'expert T. \_\_\_\_\_ avait retenu un « état de stress post-traumatique en rémission (43.1) » et un « trouble anxieux et dépressif mixte associé à des problèmes somatiques, actuellement compensé à un niveau très léger (F41.2) », tous deux en relation de causalité naturelle avec l'accident. Cette appréciation allait dans le droit sens des conclusions du 30 mars 2017 du psychiatre traitant de l'époque, le Dr O. \_\_\_\_\_, qui avait également retenu le diagnostic d'« état de stress post-traumatique (en voie de rémission) » et de « trouble de la personnalité mixte, traits compulsifs, anxieux et dépendants », associé à une « majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques ». De même, le consilium psychiatrique de la CRR avait retenu en juillet 2018 un « trouble de l'adaptation avec symptômes de type PTSD en bonne voie d'amélioration (...) sans symptomatologie anxio-dépressive majeure ». Enfin, le psychiatre traitant actuel confirmait le 13 mars 2020 le diagnostic d'« état de stress post-traumatique » associé à un « trouble thymique ». La Cour constate ainsi que ces différentes appréciations sont globalement concordantes. Tous les spécialistes s'accordent en effet sur des diagnostics semblables, dont seule l'intensité varie. 6.2. S'agissant en revanche de la portée de ces atteintes, les avis divergent. L'expert T. \_\_\_\_\_ avait tout d'abord affirmé qu'« il n'y a objectivement pas de contre-indication psychique pour qu'elle reprenne son activité d'infirmière » et que les « très légères fluctuations anxieuses et dysthymique » observées « n'ont plus d'impact sur la capacité de travail ». Il avait ainsi fixé au 27 mai 2017 – soit à la date de son expertise – le statu quo ante, à savoir le moment à partir duquel l'état de l'assurée est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (cf. supra consid. 2.1). Les médecins de la CRR ne s'étaient pour leur part pas prononcés de manière précise sur les éventuelles limitations dues par les atteintes psychiques. Quant au Dr L. \_\_\_\_\_, il a précisé dans son rapport du 31 juillet 2020 les limitations fonctionnelles engendrées par les atteintes psychiques (« une excitabilité sur le plan affectif, un trouble du cours de la pensée avec tangentialité et circonstancialité » et « une perte de capacité de programmation et de gestion, une perte de l'endurance, une perte de la capacité de se projeter dans l'avenir »), engendrant selon lui une incapacité de travail totale et de longue durée. Le seul avis du psychiatre traitant – dont l'avis doit être examiné avec retenue du fait de son statut impliquant une relation de confiance avec leurs patients (cf. supra consid. 3.1) – n'est cependant pas suffisant pour remettre en question l'avis de l'expert et pour établir, à lui seul, l'existence de troubles psychiques persistants qui seraient en lien avec l'accident du 6 juillet 2016. 6.3. Cela étant, la position de l'expert psychiatre est également remise en question par le Dr AE. \_\_\_\_\_, qui reproche à l'expert psychiatre de n'avoir pas tenu compte des implications psychiques du syndrome post-commotionnel. Ce syndrome – reconnu tant par le psychiatre traitant que par les Dr AD. \_\_\_\_\_, V. \_\_\_\_\_ et AF. \_\_\_\_\_ – ne semble effectivement pas avoir été pris en considération par l'expert psychiatre.

Tribunal cantonal TC Page 20 de 22 Or, bien qu'il s'agisse d'une affection relevant plus de la neuroréhabilitation que de la psychiatrie, aux dires du Dr AE. \_\_\_\_\_ lui-même, il n'est

pas exclu que ce syndrome puisse malgré tout avoir des conséquences sur l'état psychique de la recourante. L'instruction menée par la Bâloise, qui, là encore, a renoncé à analyser cette question sous l'angle médical, apparaît lacunaire sur ce point également. Dans ces conditions, dans le cadre du renvoi qui a été ordonné, l'autorité intimée complètera également l'instruction sur le plan psychiatrique, en demandant à l'expert T. \_\_\_\_\_ des précisions s'agissant des éventuelles conséquences psychiatriques du syndrome post-commotionnel. Dans l'affirmative, il appartiendra encore à l'autorité intimée d'examiner la causalité adéquate des troubles psychiques à la lumière des critères spécifiques applicables en cas de traumatisme de type "coup du lapin" (cf. supra consid. 2.3), condition nécessaire à une éventuelle responsabilité de l'autorité intimée à l'égard des troubles psychiques. 7. La recourante conclut enfin à la prise en charge par l'autorité intimée des frais de l'expertise privée réalisée auprès du Dr AE. \_\_\_\_\_, à hauteur de CHF 1'505.- au motif que cette mesure était indispensable face aux lacunes de l'instruction mise en œuvre par la Bâloise. L'autorité intimée s'y oppose en soutenant que cette expertise n'apporte aucun élément nouveau et déterminant qui permettrait une solution acceptable du conflit d'assurance provoqué par la recourante. 7.1. Aux termes de l'art. 45 al. 1 LPGA, les frais de l'instruction sont pris en charge par l'assureur qui a ordonné les mesures; à défaut, l'assureur rembourse les frais occasionnés par les mesures indispensables à l'appréciation du cas ou comprises dans les prestations accordées ultérieurement. Selon la jurisprudence, les frais d'expertise font partie des frais de procédure. Les frais d'expertise privée peuvent être inclus dans les dépens mis à la charge de l'assureur social lorsque cette expertise était nécessaire à la résolution du litige (arrêt TF 8C\_122/2019 du 10 septembre 2019 consid. 6.3.1 et les références). 7.2. En l'espèce, il s'agit de déterminer si l'expertise privée mise en œuvre par la recourante auprès du Dr AE. \_\_\_\_\_ constitue une mesure indispensable à l'appréciation du cas, au sens de l'art. 45 al. 1 LPGA, face aux lacunes de l'instruction mise en œuvre par la Bâloise. Compte tenu du renvoi pour complément d'instruction, cette question peut demeurer ouverte à ce stade. Ce n'est en effet qu'en fonction des conclusions des investigations complémentaires qui devront être mises en œuvre qu'il sera possible de déterminer si ce rapport était réellement décisif pour l'appréciation du cas ou si, au contraire, il ne s'agissait là que d'une appréciation médicale différente sans réelle incidence sur le droit aux prestations LAA. Partant, l'autorité intimée est invitée à statuer à nouveau sur la question de la prise en charge des frais d'expertise privée à l'issue du complément d'instruction qui sera ordonné.

Tribunal cantonal TC Page 21 de 22 8. Il découle de l'ensemble de ce qui précède que le recours est admis. La décision sur opposition rendue le 18 mars 2020 par la Bâloise est annulée et la cause est renvoyée à l'autorité intimée pour complément d'instruction médicale dans le sens des considérants (cf. supra consid. 5 et 6) et nouvelle décision. Dans ce cadre, elle se prononcera également à nouveau sur la prise en charge des frais de l'expertise privée mise en œuvre auprès du Dr AE. \_\_\_\_\_, en fonction des résultats du complément d'instruction (cf. supra consid. 7). 8.1. La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'est pas perçu de frais de justice. 8.2. Ayant eu gain de cause, la recourante a droit à une indemnité de partie pour ses frais de défense. La liste de frais produite par son mandataire le 10 août 2020 totalise CHF 5'780.10, TVA incluse (CHF 5'325.- à titre d'honoraires pour 17h45 au tarif de CHF 300.-/heure, CHF 41.80 à titre de frais postaux et copies, celles-ci ayant été facturées CHF 0.70 pièce, et CHF 413.30 au titre de la TVA au taux de 7.7%). Celle-ci doit donc être corrigée conformément aux art. 146ss du code du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative (CPJA; RSF 150.1) et 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 horaire de CHF 250.- (art. 8 al. 1) et de CHF 0.40 par photocopie (art. 9 al. 2). Partant, il convient de fixer l'équitable indemnité due à la recourante à CHF 4'437.50 (soit 17.75 heures à CHF 250.-) plus les frais par CHF 30.-, soit un total de CHF 4'467.50 auquel s'ajoute CHF 344.- au titre de la TVA (7.7%), ce qui représente au final un total de CHF 4'811.50. Un tel montant, quoique légèrement supérieur à celui octroyé habituellement dans ce type d'affaire, semble adéquat afin de tenir compte du travail fourni dans le cadre de la présente procédure. Ce montant est intégralement mis à la charge de l'autorité intimée qui succombe. 8.3. En raison de l'admission du recours et des dépens alloués au recourant à la charge de l'autorité intimée, la requête d'assistance judiciaire (605 2020 86), devenue sans objet, est rayée du rôle. (dispositif en page suivante)

Tribunal cantonal TC Page 22 de 22 la Cour arrête : I. Le recours (605 2020 85) est admis. Partant, la décision sur opposition du 18 mars 2020 est annulée. La cause est renvoyée à l'autorité intimée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision. II. L'indemnité allouée au recourant pour ses frais de défense est fixée à CHF 4'811.50, TVA par CHF 344.- incluse, et mise intégralement à la charge de l'autorité intimée. III. La requête d'assistance judiciaire (605 2020 86) est sans objet. IV. Il n'est pas perçu de frais de justice. V. 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 5 mai 2021/isc Le Président : La Greffière-rapporteure :

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