

FR_GERICHTE 605 2022 216 vom 30. Juli 2024

FR Kantonsgericht, 2024-07-30, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2022_216

FR: FR_GERICHTE 605 2022 216 du 30 juillet 2024

IT: FR_GERICHTE 605 2022 216 del 30 luglio 2024

Regeste

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

Erwägungen

E. 1

Recevabilité Le recours a été interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière. La recourante, dûment représentée, est en outre directement atteinte par la décision querellée et a dès lors un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit, cas échéant, annulée ou modifiée. Partant, le recours est recevable.

E. 2

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

E. 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 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,

Tribunal cantonal TC Page 5 de 24 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 ; arrêt TF 8C_826/2019 du 13 mai 2020 consid. 3.3).

E. 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).

E. 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 consécutifs à un accident, c'est-à-dire en excluant les aspects psychiques (cf. ATF 134 V 109 précité ; arrêt TF 8C_810/2019 du 7 septembre 2020 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).

E. 3

Principes liés à l'appréciation des preuves 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

Tribunal cantonal TC Page 6 de 24 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).

E. 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 TF 8C_456/2010 du 19 avril 2011 consid. 3 et la référence citée). En effet, pour que l'assuré ait une chance raisonnable de soumettre sa cause au juge, sans être clairement désavantagé par rapport à l'assureur (sur l'inégalité relativement importante entre les parties en faveur de l'assurance, cf. ATF 135 V 165 consid. 4.3.1 in fine), le tribunal ne peut pas, lorsqu'il existe des doutes quant à la fiabilité et la pertinence des constatations des médecins internes à l'assurance, procéder à une appréciation des preuves définitive en se fondant d'une part sur les rapports produits par l'assuré et, d'autre part, sur ceux des

médecins internes à l'assurance. Pour lever de tels doutes, le juge doit soit ordonner une expertise judiciaire, soit renvoyer la cause à l'organe de l'assurance pour qu'il mette en œuvre une expertise dans le cadre de la procédure prévue par l'art. 44 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 (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6).

E. 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

Tribunal cantonal TC Page 7 de 24 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).

E. 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).

E. 4

Question litigieuse 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, date à partir de laquelle la Bâloise a mis un terme à ses prestations. Est ici déterminante l'existence ou non d'un lien de causalité naturelle et adéquate entre ces atteintes et l'accident de la route dont elle avait été victime le 9 juillet 2016. On rappellera que la Bâloise, par décision du 14 novembre 2019, avait mis un terme aux prestations d'assurance avec effet au 18 avril 2018, soit la date de la dernière expertise qu'elle avait ordonnée. Elle avait ensuite confirmé cette position par décision sur opposition le 18 mars 2020. Sur recours de l'assurée, en présence d'avis médicaux contradictoires, la Cour de céans avait, par arrêt du 5 mai 2021, renvoyé le dossier à l'autorité intimée afin qu'elle mette en œuvre un complément d'instruction auprès des experts mandatés, respectivement neurologue, orthopédiste et psychiatre. Plus précisément, l'autorité intimée devait soumettre à ces derniers les appréciations médicales divergentes produites par la recourante, dont il

ressortait de nouveaux diagnostics qui n'avaient pas été pris en compte par les experts, afin qu'ils prennent position sur celles-ci et complètent leurs conclusions sur l'existence d'un lien de causalité et sur les limitations fonctionnelles, cas échéant sur la capacité résiduelle. Il convient dès lors d'examiner si le complément d'instruction mené par la Bâloise en application de cet arrêt permet désormais de départager les différents avis médicaux en présence et, le cas échéant, si c'est à bon droit que la Bâloise a confirmé son refus de prendre en charge les atteintes de la recourante au-delà du 18 avril 2018.

Tribunal cantonal TC Page 8 de 24

E. 5

Rappel historique du dossier (résumé du jugement du 5 mai 2021, arrêt TC FR 605 2020 85)

E. 5.1

Accident du 9 juillet 2016 et ses suites Pour mémoire, le 9 juillet 2016 à 00h45, A._____, ressortissante française née en 1974, infirmière en psychiatrie à 90% depuis 2013, circulait normalement sur l'autoroute lorsqu'elle a été percutée par l'arrière par un autre véhicule. Suite au choc, les deux véhicules ont effectué des tonneaux (dossier numérique Bâloise [DN], p. 10). Le 21 juillet 2016, 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 retenus (lettre définitive de sortie du 21 juillet 2016, DN 7-9). D'autres examens ont par ailleurs révélé la présence de « lésions dégénératives multi-étagées du rachis cervical avec notamment une discopathie de niveau C5-C6 » (DN 116). Suite à cet événement, de légers troubles mnésiques et cognitifs ont été constatés (DN 32). Les diagnostics d'état de stress post-traumatique et de « TCC [traumatisme cranio-cervical] d'intensité vraisemblablement légère » ont été retenus (DN 62, 173). Par ailleurs, l'assurée a rapidement évoqué notamment des fourmillements dans les membres supérieurs et inférieurs ainsi que des douleurs cervico-dorsales chroniques (DN 152). Des atteintes physiques, psychiques et neurologiques avaient ainsi été constatées.

E. 5.2

Expertises initiales Une première expertise, concernant le volet psychique, avait été mise en œuvre auprès du Dr C._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 27 mai 2017 (DN 333 ss), l'expert était parvenu à la conclusion qu'il n'existait 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 à un niveau très léger (F41.2) » (p. 19), lesquels n'avaient « plus d'impact sur la capacité de travail » (p. 20). Une expertise relative au volet neurologique avait également été réalisée le 2 juin 2017 par le Dr D._____, spécialiste en neurologie. Dans son rapport du 12 juillet 2017 (DN 478 ss), l'expert mentionnait 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 évoquait « des manifestations physiques inhérentes à un état de stress chronique et des séquelles post-traumatiques subjectives ». Il soulignait n'avoir pas perçu de signes d'exagération ou de majoration (p. 16) et confirmait 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 n'avait pas pu se

prononcer de manière claire, en affirmant 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). De même, s'agissant des éventuelles limitations fonctionnelles, il avait estimé qu'il existait des

Tribunal cantonal TC Page 9 de 24 limitations inhérentes aux fractures cervicales et relatives au port de charges, mais que l'estimation de celles-ci étaient du ressort de l'orthopédiste. Il rappelait que « du point de vue neurologique, il n'y a pas de séquelle objective » (p. 19). Une expertise orthopédique avait encore été ordonnée par la Bâloise auprès du Dr E. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans son rapport du 18 avril 2018 (DN 675 ss), l'expert avait toutefois 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 donc pas pu examiner l'assurée, il a fondé son appréciation sur le dossier médical à sa disposition. En particulier, il a confirmé les diagnostics suivants : « 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 n'était pas en mesure de se prononcer sur les limitations fonctionnelles ni sur la capacité résiduelle de travail, compte tenu de l'interruption prématurée de l'examen, mais il a recommandé un séjour à la Clinique Romande de Réadaptation (CRR) à l'issue duquel des réponses à ces questions allaient pouvoir être apportées.

E. 5.3

Séjour à la CRR (juin-juillet 2018) L'assurée a séjourné à la CRR du 20 juin au 17 juillet 2018. A l'issue de ce séjour, les médecins ont retenu les diagnostics de « cervicalgies chroniques », « troubles dégénératifs de la colonne cervicale prédominant en C5-C6 », « traumatisme cervical par accélération-décélération », « possible fracture du bord antéro-inférieur de D2 », « fracture des arcs postérieurs des côtes 1 et 2 ddc », « contusion pulmonaire apicale gauche », « probable TCC léger » ainsi que « trouble de l'adaptation avec symptômes de type PTSD » (rapport du 6 novembre 2018, DN 782). Le rapport mentionne des douleurs et contractures musculaires ainsi que des fourmillements dans les mains et les pieds, des vertiges, des troubles visuels et des céphalées (DN 784). 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 » (DN 801 ss).

Tribunal cantonal TC Page 10 de 24 Sur la base de l'ensemble de ces éléments, les médecins de la CRR déclaraient 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 » (DN 786). La situation était considérée comme pratiquement stabilisée, avec une stabilisation complète attendue dans un délai de 3-6 mois, et les limitations fonctionnelles suivantes avaient été 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 » (DN 786 s.). En conclusion, les médecins de la CRR attestaient d'une incapacité de travail totale de longue durée dans l'activité d'infirmière et déclaraient 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 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 » (DN 787).

E. 5.4

Contre-expertise privée (décembre 2019) et complément (juillet 2020) L'assurée a produit une contre-expertise privée établie le 11 décembre 2019 par le Dr F. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation (DN 1017 ss). Ce médecin 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 (TOS) 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) », il explique que le PTSD consiste en 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 11 de 24 Dans un rapport complémentaire du 27 juillet 2020, le Dr F._____ 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. Il relève encore que les médecins de la CRR n'ont pas non plus pris en compte les diagnostics de TOS et de syndrome post-commotionnel, 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 » (rapport produit dans le cadre de la procédure 605 2020 85, bordereau recourante, pièce 6).

E. 5.5

Autres éléments médicaux Dans le cadre de la procédure 605 2020 85, les rapports médicaux suivants avaient notamment été pris en considération : • Dr G._____, spécialiste en neurologie Dans un rapport du 1er mai 2020, le Dr G._____ a mentionné des « 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 que l'assurée « ne peut avoir une activité physique normale dans cette situation » 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 » (DN 1563 ss). • Prof. H._____, responsable de l'unité de neurologie auprès de I._____ Dans un rapport du 24 décembre 2019, le Prof. H._____, responsable de l'unité de neurologie auprès de I._____, consulté les 15 octobre 2018 et 24 décembre 2019, attestait 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 » (DN 1559 s.).

Tribunal cantonal TC Page 12 de 24 • Dr J. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur auprès du département des neurosciences cliniques de K. _____ Consulté pour la première fois le 20 septembre 2017, le Dr J. _____ avait d'emblée affirmé 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. Il avait 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 » (DN 599 s.). Le 21 novembre 2018, ce médecin signalait la persistance des troubles, notamment les cervicalgies importantes et irradiations principalement dans les deux mains (DN 813). Enfin, dans un rapport du 26 mai 2020, il 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 mémoire et de l'attention » empêche la possibilité de toute activité professionnelle et de tout rendement quelconque (rapport produit dans le cadre de la procédure 605 2020 85, bordereau recourante, pièce 7). • Dr L. _____, chef de service de chirurgie orthopédique et traumatologie de M. _____ Dans un rapport du 7 mai 2018, le Dr L. _____ avait 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 avait affirmé que « l'évolution dégénérative accélérée peut être rapportée au traumatisme cervical initial » (DN 989). • Dr N. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie Dans un rapport du 25 octobre 2016, le psychiatre traitant avait 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 », retenu le diagnostic d'« état de stress post-traumatique » et attesté d'une incapacité de travail totale de durée indéterminée (DN 137 s.). Dans un rapport du 13 mars 2020, le Dr N. _____ confirmait les diagnostics d'« état de stress post-traumatique avec des réactions de sursaut et des reviviscences » et de « trouble thymique avec une fluctuation entre des moments dépressifs avec des idées noires et un état quasi normal ». Il ajoutait que sa patiente subissait depuis l'accident « une

modification de la personnalité avec une irritabilité, une émotivité exagérée et une perte de ses relations sociales » (DN 1561 s.).

Tribunal cantonal TC Page 13 de 24

E. 5.6

Arrêt de renvoi du Tribunal cantonal du 5 mai 2021 (605 2020 85) Sur la base de l'ensemble du dossier médical, et notamment des rapports susmentionnés, la Cour avait constaté la présence de nombreux avis médicaux contradictoires. Plus particulièrement, l'expert neurologue n'avait pas formulé de conclusions propres s'agissant des limitations fonctionnelles, ayant laissé cette question à l'appréciation de l'orthopédiste. Or, ce dernier n'avait pas pu se prononcer sur ce point, dans la mesure où la recourante elle-même avait provoqué, par son attitude, la fin prématurée de la consultation. En revanche, le rapport de sortie de la CRR avait fixé les limitations fonctionnelles sur la base des constatations faites lors du séjour et avait confirmé une incapacité de travail totale et de longue durée dans la profession d'infirmière. Cela étant, la Cour avait constaté que de nombreux médecins avaient retenu le diagnostic du « syndrome du défilé thoraco-brachial (TOS) bilatéral neurogène », évoqué en premier lieu par le Dr O. _____ le 6 décembre 2019, puis précisée par le Dr F. _____ dans son rapport du 11 décembre 2019. Ce diagnostic a ensuite été confirmé par tous les spécialistes consultés, à savoir le Prof. H. _____ le 24 décembre 2019, le Dr G. _____ le 1er mai 2020 et le Dr J. _____ le 26 mai 2020. La Cour avait ainsi constaté que cette atteinte semblait reposer sur des constatations objectives (échographies et examens cliniques), et non pas uniquement sur les plaintes subjectives de l'assurée. De plus, le Dr F. _____ avait expliqué de manière convaincante les raisons pour lesquelles cette atteinte n'avait pas été diagnostiquée par les précédents experts. Enfin, de l'avis des Dr F. _____, G. _____ et J. _____, cette atteinte, associée aux autres troubles, engendrait des limitations fonctionnelles lourdes entraînant une incapacité de travail durable et totale et ce, dans toute activité. Or, ni les experts mandatés par l'autorité intimée ni les médecins de la CRR n'avaient pris en considération ce diagnostic, établi ultérieurement, dans leur appréciation des limitations fonctionnelles et de la capacité résiduelle. L'ensemble des rapports médicaux attestant de cette atteinte avaient au contraire été écartés par l'autorité intimée sans la moindre analyse médicale. De même, le diagnostic de « syndrome post-commotionnel » posé par le Dr F. _____ n'avait pas été examiné par les experts. En conclusion, à défaut d'éléments suffisants pour juger de la pertinence et de la portée des nouveaux diagnostics retenus par les médecins consultés par la recourante, non discutés par les experts, la Cour avait estimé qu'elle n'était pas en mesure de statuer et avait renvoyé le dossier à l'autorité intimée pour complément d'instruction.

E. 6

Décision litigieuse et nouveaux éléments médicaux

E. 6.1

Complément d'instruction Suite à l'arrêt de renvoi du Tribunal cantonal, en l'absence de toute réaction de l'autorité intimée, la recourante a tout d'abord dû relancer cette dernière à plusieurs reprises (cf. courriers des 11 août et 30 septembre 2021, dossier papier Bâloise [DP], p. 24 et 30 ; cf. également courrier du 7 janvier 2022, DP 68). A cette occasion, elle a encore produit le compte-rendu opératoire de l'intervention chirurgicale réalisée le 7 septembre 2021 par le Dr P. _____, spécialiste en chirurgie vasculaire

Tribunal cantonal TC Page 14 de 24 à Q. _____, au motif d'un « syndrome du défilé thoraco-brachial bilatéral prédominant nettement du côté droit » (DP 32 ss). Par courrier du 27 janvier 2022, la Bâloise a finalement contacté les trois experts en vue du complément d'expertise requis par le Tribunal cantonal. La demande a été formulée de la manière suivante : « nous devons vous soumettre les éléments médicaux remis par l'assurée durant la procédure afin que vous puissiez prendre position sur ceux-ci et, le cas échéant, compléter vos conclusions sur l'existence d'un lien de causalité et sur les limitations fonctionnelles, cas échéant sur la capacité résiduelle. (...) Après avoir pris connaissance de ces documents, vous voudrez bien reprendre vos réponses à notre questionnaire d'expertise de 2017 et, le cas échéant, les compléter/modifier ou confirmer » (DP 70). Le 8 mars 2022, le Dr D. _____, neurologue, a rendu un bref complément d'expertise (1 page et demie), sur la base des documents transmis par la Bâloise (DP 118-119). Le 14 mars 2022, l'expert psychiatre C. _____ a à son tour rendu son rapport complémentaire (DP 142 ss). Puis, enfin, le Dr E. _____ s'est prononcé le 8 juin 2022 (DP 168-169). L'on reviendra ci-après sur le contenu de ces différents rapports.

E. 6.2

Décision litigieuse Sur la base de ces rapports complémentaires, la Bâloise, par décision du 25 juillet 2022, a confirmé sa décision du 14 novembre 2022 (DP 176 ss). Par décision sur opposition du 30 novembre 2022, la Bâloise a rejeté l'opposition formée par l'assurée et a confirmé sa position, à savoir « la suspension des prestations avec effet dès le 14 novembre 2019 en tous cas » ainsi que le refus de prendre en charge les frais du rapport d'expertise du Dr F. _____, rapport « qui n'a pas été décisif pour l'appréciation du cas mais peut être considérée comme une appréciation médicale différente sans réelle incidence sur le droit aux prestations LAA ».

E. 6.3

Autres éléments médicaux Dans le cadre du présent recours, la recourante a encore produit les rapports médicaux suivants : - Compte rendu opératoire de l'intervention réalisée le 7 septembre 2021 par le Prof. P. _____, chirurgien vasculaire et thoracique à Q. _____ : motif d'hospitalisation : « syndrome du défilé thoraco-brachial bilatéral prédominant nettement du côté droit », traité par exérèse de la 1ère côte afin de libérer le défilé thoraco-brachial en débutant du côté droit et libération d'adhérences pleurales (bordereau recourante, pièce 1) ; - Rapport du 8 juillet 2022 du Dr F. _____, dans lequel ce dernier prend position sur les différents compléments d'expertises (bordereau recourante, pièce 2) ; - Rapport du 19 avril 2023 du Dr F. _____, dans lequel ce dernier prend encore position sur la réponse au recours déposée par la Bâloise.

Tribunal cantonal TC Page 15 de 24

E. 7

Discussion principale sur la causalité

E. 7.1

Syndrome post-commotionnel

E. 7.1.1

L'arrêt de renvoi du Tribunal cantonal avait notamment pour but la clarification de la pertinence et de la portée du diagnostic de « syndrome post-commotionnel » retenu

notamment par les Dr F. _____, H. _____ et N. _____, et qui n'avait, à l'époque, pas été discuté par l'expert psychiatre. A cet égard, dans son complément d'expertise du 14 mars 2022 (DP 142 ss), l'expert psychiatre C. _____ se positionne de manière complète et détaille les motifs pour lesquels il n'avait pas retenu ce diagnostic en tant que tel. Il rappelle tout d'abord que ce syndrome, dont les critères sont essentiellement d'ordre subjectif (douleurs, céphalées, irritabilité, problèmes de concentration, etc.), est actuellement souvent remplacé par le terme de « trouble cranio-cérébral (TCC) ». A cet égard, il relève qu'il n'a jamais été contesté que la recourante avait subi une telle atteinte (« TCC d'intensité légère »), dont il importe d'examiner les conséquences. Il relève que lors de son examen en mai 2017, il avait fait « le constat d'un très bon fonctionnement cognitif général de l'assurée, de bonnes capacités de compréhension et d'expression, une certaine vivacité et maîtrise des fonctions cognitives ». Il souligne que les médecins de la CRR, environ un an plus tard, avaient fait des constats similaires. Il relève l'évolution normale du cas, dans les premiers temps : « dans l'ensemble, l'analyse des 4 rapports [de la CRR] à disposition montre une progression nette qui s'inscrit tout-à-fait dans une évolution normale de ce type (et par ailleurs à l'auto-appréciation). Entre 2016 et 2018 on est dans un intervalle de deux ans, qui est habituellement considéré comme propice pour la récupération des structures nerveuses physiques et de leur fonctionnement. On peut donc dire que dans ce laps de temps, dans une très large mesure une récupération a réellement eu lieu chez Madame. En ce qui concerne le volet psychiatrique proprement dit, aucun doute n'existe sur le fait qu'il y [a] eu des répercussions post-accidentelles et qu'il y a eu, aussi avec traitement approprié, des améliorations nettes. J'ai retenu dans mon rapport de 2017 des symptômes de stress post-traumatique en rémission, par contre la présence de symptômes anxio-dépressifs très légers, une certaine fluctuation thymique et des moments de crainte / appréhensions accentués. Il n'y a pas beaucoup de différences avec l'appréciation du spécialiste psychiatre du CRR ». Il signale, par la suite, la présence d'un contexte extra-médical fortement marqué à partir de l'année 2019, l'évolution prenant alors un tour « dramatique » : « J'ai constaté lors de mon expertise plusieurs facteurs extra-médicaux, et auxquels s'est ajouté selon l'analyse du CRR celui d'une très forte fixation sur l'état douloureux et les différentes manifestations corporelles. Apparemment (cf. la plupart des rapports médicaux cités), il y a eu par la suite, dès 2019, une forte augmentation de recherches diagnostiques et thérapeutiques, de même qu'une forte recrudescence de symptômes physiques, neurovégétatifs et psychiatriques. On observe ici une sorte de cercle d'accentuation, de dramatisation, ceci aussi par l'intermédiaire de différents médecins sollicités. On ne peut pas se détacher de l'impression non seulement de fixation sur symptômes, mais aussi de dramatisation du côté patient et iatrogène. Les différents tableaux (neurologique, psychiatrique, neuropsychologique, végétatif) ont pris une tournure tellement intense que les personnes qui accompagnent Madame retiennent, depuis un certain temps, non seulement la notion d'une invalidité professionnelle mais

Tribunal cantonal TC Page 16 de 24 aussi d'une impotence avec possibilité partielle d'assumer les tâches les plus ordinaires de la vie. Dr F. _____ insiste de plus à plusieurs reprises sur l'importance de l'hypersomnie, avec jusqu'à 17 heures de sommeil par jour nécessaire qui, déjà en soi, rendait toute activité caduque. Ce symptôme, comme par ailleurs les autres, n'a jamais été objectivé et de ce fait, tout ce qui est décrit après l'été 2018 reflète un tableau totalement différent ». En conclusion, l'expert psychiatre répond de la manière suivante aux questions posées par la Bâloise : « le syndrome post-commotionnel est une autre forme pour définir des conséquences du traumatisme. Il n'est pas en contradiction, il

ne s'agit pas d'un nouveau diagnostic, il a été indirectement intégré dans les autres notions diagnostiques utilisées. L'ensemble de mes analyses arrivent à la conclusion qu'il n'y a aucune modification de mes conclusions à apporter, au contraire ». Ce rapport complémentaire relate ainsi de manière cohérente l'évolution de la situation générale de la recourante qui, après l'accident de 2016, a tout d'abord présenté un état général considéré comme cohérent suite au traumatisme subi, sans signes d'exagération, mais qui a ensuite évolué de manière dramatique à partir de l'année 2019 vers une situation d'invalidité totale, ceci pour de multiples facteurs extra-médicaux. Comme la Cour l'avait relevé dans son précédent arrêt, les diagnostics retenus en mai 2017 par l'expert C. _____ (« état de stress post-traumatique en rémission (43.1) » et « 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), concordaient avec ceux du premier psychiatre traitant, le Dr R. _____ (« état de stress post-traumatique (en voie de rémission) » et « trouble de la personnalité mixte, traits compulsifs, anxieux et dépendants », associé à une « majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques »). Les conclusions des psychiatres de la CRR en juillet 2018 allaient dans le même sens (« trouble de l'adaptation avec symptômes de type PTSD en bonne voie d'amélioration (...) sans symptomatologie anxio-dépressive majeure »). On relèvera à cet égard que ce rapport avait été jugé pleinement convaincant par le service médical de l'OAI (SMR), qui avait considéré que les conclusions de l'expert psychiatre pouvaient être suivies en tant qu'elles retenaient, sous l'angle psychique, une capacité de travail entière dans l'ancienne activité d'infirmière en psychiatrie (DN 1179). Ce n'est qu'à partir de 2020 qu'une nette aggravation des atteintes psychiques avait été attestée, par le biais du psychiatre traitant, le Dr N. _____, qui signalait une aggravation des atteintes psychiques ayant désormais une portée incapacitante. Comme l'avait relevé la Cour dans son précédent arrêt, l'avis du psychiatre traitant n'était toutefois 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 9 juillet 2016.

E. 7.1.2

Quant à savoir plus particulièrement si le syndrome post-commotionnel pouvait avoir des répercussions sur le plan psychiatrique, question posée dans le cadre de l'arrêt de renvoi du Tribunal cantonal, l'expert explique de manière convaincante son choix de retenir la notion de TCC plutôt que sur celle de syndrome post-commotionnel et les raisons pour lesquelles ce diagnostic ne saurait engendrer, à l'heure actuelle, de limitations sur le plan psychiatrique qui pourraient encore être considérées comme liées à l'accident, en présence de facteurs étrangers et dans un contexte de dramatisation et de recrudescence des symptômes.

Tribunal cantonal TC Page 17 de 24 Ces explications sont critiquées par le Dr F. _____ qui, dans son rapport du 8 juillet 2022 (bordereau recourante, pièce 2), met notamment en avant le manque d'expérience de l'expert psychiatre dans le suivi des patients victimes de TCC et revient sur les nombreux symptômes liés selon lui à cette atteinte. Ces explications, quoique également détaillées et motivées, ne sauraient toutefois suffire à remettre en cause la position de l'expert C. _____ et des médecins de la CRR, selon lesquels il ne subsiste pas d'atteinte sur le plan strictement psychiatrique susceptible d'avoir, encore à l'heure actuelle, une portée incapacitante, compte tenu notamment de l'évolution prévisible des atteintes constatées en 2017 et 2018 et en présence, comme on vient de le dire, de différents

facteurs étrangers à l'accident. En conséquence, la Cour retient que c'est à bon droit que la Bâloise s'est fondée sur le complément d'instruction mis en œuvre auprès du Dr C._____ pour nier le lien de causalité, au degré de la vraisemblance prépondérante, entre les troubles psychiques actuels de la recourante et l'accident du 9 juillet 2016. Ces atteintes et l'éventuelle limitation de la capacité de travail qu'elles engendrent ne sauraient dès lors entraîner la responsabilité de l'autorité intimée et, partant, le droit à leur prise en charge au titre de la LAA.

E. 7.2

Syndrome du défilé thoracique (TOS)

E. 7.2.1

La seconde question soumise aux experts en application de l'arrêt de renvoi du Tribunal cantonal concernait le syndrome TOS, diagnostiqué postérieurement aux premières expertises, et au sujet duquel un complément d'expertise a été jugé nécessaire. Sur ce point, la situation est en revanche beaucoup moins claire. En premier lieu, la Cour relève d'une manière générale que les compléments d'expertise mis en œuvre par la Bâloise ne semblent pas réellement avoir été analysés sous l'angle médical. En particulier, les rapports complémentaires n'ont à aucun moment été soumis à l'examen d'un médecin interne à l'assurance, ni même discutés dans la motivation des décisions rendues par la Bâloise. Des extraits ont simplement été cités dans la décision du 25 juillet 2022, sans le moindre commentaire, avec pour seule conclusion l'affirmation selon laquelle « rien ne nous permet de mettre objectivement en doute les conclusions des 3 experts et vous comprendrez que nous ne pouvons que confirmer la décision déjà rendue le 14 novembre 2019 ». Quant à la décision sur opposition du 30 novembre 2022, elle se limite à conclure ainsi : « les trois experts intervenus ont pris position après avoir pris connaissance de tous les éléments au dossier et tous confirment leurs conclusions, en l'absence d'éléments objectifs en relation de causalité vraisemblablement prépondérante avec l'événement assuré. C'est donc correctement que la Bâloise a confirmé la suspension des prestations avec effet dès le 14 novembre 2019 en tout cas ». L'on peut se demander si la Bâloise a réellement pris connaissance du contenu de ces rapports. En effet, s'agissant tout d'abord du rapport complémentaire de l'expert E._____, orthopédiste, force est d'admettre que sa position n'est pas claire, malgré la brièveté de son rapport (1 page et demie), dans lequel il prend acte du syndrome du défilé thoracique diagnostiqué postérieurement à sa première expertise et admet qu'il est « tout à fait probable que le syndrome du défilé thoracique ait été décompensé par le traumatisme cervical en accélération-décélération de la colonne cervicale ». Il relève à ce propos l'existence de « plusieurs articles dans la littérature médicale qui

Tribunal cantonal TC Page 18 de 24 rapportent une relation entre le WAD [whiplash associated disorder] et le syndrome du défilé thoracique ». Il continue en affirmant que « pour le reste, mes diagnostics et mes conclusions ne changent pas. A savoir qu'il existe uniquement une lésion post-traumatique dorsale D2 qui radiologiquement a guéri comme cela a pu être constaté sur les imageries de 2017 (...). Les troubles dégénératifs au niveau cervical ne sont pas d'origine traumatique. Il en va de même pour les troubles dégénératifs que j'avais décrit au niveau lombaire ». Ainsi, l'expert prend acte du « nouveau » diagnostic de syndrome du défilé thoracique (TOS) et reconnaît, contrairement à ce qu'affirme la Bâloise, le caractère « probable » du lien de causalité entre ce syndrome et l'accident assuré, après avoir évoqué un lien « possible » dans ce même rapport. Cela étant, on

rappellera que le renvoi pour instruction complémentaire ordonné par le Tribunal cantonal avait également pour but que les experts se prononcent, dans un second temps, sur les limitations fonctionnelles et sur la capacité résiduelle découlant, le cas échéant, de ce diagnostic. L'expert orthopédiste ne s'est toutefois absolument pas prononcé sur les conséquences de cette atteinte, dont il reconnaît pourtant le lien avec l'accident, observant à cet égard une décompensation après ce dernier événement. Or, dans son rapport initial du 18 avril 2018 déjà, l'expert E._____ avait renoncé à se prononcer sur les éventuelles limitations fonctionnelles en lien avec les séquelles orthopédiques de l'accident, en raison de l'interruption prématurée de l'examen. Ce manquement était, déjà à l'époque, hautement problématique notamment dans la mesure où l'expert neurologue avait quant à lui affirmé que, s'il n'existait certes pas d'atteinte neurologique objective, des limitations fonctionnelles liées notamment à la fracture cervicale devaient être envisagées (en particulier port de charges), au sujet desquelles il avait renvoyé à l'appréciation de l'orthopédiste. Force est ainsi d'admettre que le rapport complémentaire du Dr E._____ n'apporte pas de réel éclairage sur la question litigieuse, au-delà de la question de la causalité du syndrome TOS, puisque cet expert ne s'est jamais prononcé sur les limitations fonctionnelles, ni celles liées au syndrome TOS, ni celles en lien avec les autres atteintes subies lors de l'accident. Partant, le complément d'instruction mis en œuvre par la Bâloise apparaît insuffisant, une fois encore, sous cet angle. S'agissant ensuite du rapport complémentaire de l'expert neurologue, le Dr D._____, reprenant son rapport d'expertise du 12 juillet 2017, rappelle tout d'abord que l'examen neurologique clinique objectif réalisé à l'époque était normal, sans lésion radiculaire, tronculaire ou segmentaire. Sur cette base, l'expert affirme que la relation de causalité avec l'accident est « tout au plus possible » s'agissant des douleurs rachidiennes diffuses, paresthésies, troubles visuels, vertiges, nausées et troubles digestifs dont se plaignait l'assurée à l'époque. Cette affirmation contredit toutefois la réponse qu'il avait donnée dans son rapport initial du 2 juin 2017 à la question de savoir si des atteintes étaient au moins partiellement en relation de causalité probable avec l'accident : « je pense que l'ensemble de ses plaintes doit être rattaché aux suites de son accident » (DN 494). S'agissant du syndrome TOS, il a estimé que « les réflexions du Dr F._____, en date du 11.12.2019 soit près de 3 ans ½ après l'accident, ne se basent pas sur des données objectives du dossier de l'accident en lui-même. En lisant ses rapports, je ne relève pas non plus d'examen neurologique faisant état d'une telle souffrance. Les données doivent probablement être d'ordre

Tribunal cantonal TC Page 19 de 24 clinique avec l'apparition de paresthésies lors de sollicitations d'un tel défilé. De ce fait, sans entrer dans la problématique quant à l'existence même d'un tel trouble, je pense que ces réflexions ne peuvent être rattachées chronologiquement à l'accident nous occupant ». Il conclut son rapport en suggérant la mise en œuvre d'une nouvelle évaluation neurologique ainsi éventuellement qu'une appréciation angiologique. L'expert se montre ainsi pour le moins évasif sur la question qui lui était soumise en premier lieu, allant jusqu'à mettre en doute la réalité même du diagnostic du syndrome du défilé thoracique, en totale contradiction avec l'appréciation des très nombreux autres médecins qui ont retenu ce diagnostic et pour lequel la recourante a finalement été opérée le 7 septembre 2021. En outre, il écarte de manière peu convaincante la probabilité d'un lien de causalité avec l'accident assuré, au seul motif que le diagnostic du Dr F._____ est apparu près de 3 ans ½ après l'accident. Un tel argument peine toutefois à convaincre face aux explications fournies notamment par le Dr F._____ à ce propos, ainsi que par l'expert orthopédiste qui, comme on vient de le voir, admet un lien de

causalité probable entre ce syndrome et l'accident assuré. Enfin, en toute logique, le Dr D._____ ne se prononce pas sur les conséquences de ce diagnostic sur les limitations fonctionnelles et sur la capacité résiduelle. Son appréciation, s'agissant de la question qui lui avait été posée dans le cadre de l'arrêt de renvoi, apparaît ainsi dépourvue de pertinence. On peine ainsi à comprendre comment la Bâloise peut affirmer que « le cas de l'assurée a fait l'objet d'une instruction médicale pluridisciplinaire complète et détaillée » (décision sur opposition, p. 5) puisque l'un des experts n'a tout simplement pas répondu aux questions qui lui étaient soumises. Dans ces conditions, en l'absence de réponses réellement pertinentes susceptibles de remettre en cause l'appréciation concordante de l'expert privé F._____ et de l'ensemble des médecins traitants de la recourante quant à l'existence, ou à tout le moins la décompensation, du syndrome du défilé thoracique et de son lien avec l'accident, réponses qui devaient pourtant précisément être apportées par le complément d'instruction ordonné par le Tribunal cantonal sur ce point, la Cour considère que le lien de causalité entre le syndrome du défilé thoracique, pour lequel la recourante a été opérée le 7 septembre 2021 par le Prof. P._____, chirurgien vasculaire et thoracique à Q._____, et l'accident assuré peut être considéré comme suffisamment établi, au degré de la vraisemblance prépondérante applicable en l'espèce. Il en découle que cette atteinte, les traitements médicaux qui en découlent, notamment les frais de l'opération du 7 septembre 2021, ainsi que l'incapacité de travail liée à cette intervention doivent être pris en charge par l'autorité intimée en tant que conséquence de l'accident du 9 juillet 2016. Il s'ensuit l'admission du recours et l'annulation de la décision attaquée sur ce point principal.

E. 8

Discussion subsidiaire sur le droit aux prestations Il resterait maintenant à déterminer la portée incapacitante de ce syndrome TOS ainsi que l'étendue des limitations fonctionnelles liées aux atteintes orthopédiques directement en lien avec l'accident.

Tribunal cantonal TC Page 20 de 24 N'ayant pas admis l'existence d'un lien de causalité, la Bâloise n'a par conséquent pas répondu à ces questions subsidiairement posées par la Cour dans le cadre de son précédent arrêt de renvoi et susceptible de permettre qu'il soit prononcé sur le droit aux prestations.

E. 8.1

Il ressort des éléments figurant au dossier qu'une incapacité de travail totale et durable dans toute activité a été reconnue par l'OAI (DP 123). Le Dr F._____, pour sa part, atteste depuis longtemps d'une incapacité de travail totale dans toute activité, en lien avec l'ensemble des atteintes présentées par la recourante. Par ailleurs, on rappellera que les médecins de la CRR, sans se prononcer sur les répercussions du syndrome TOS, diagnostic qui n'était pas connu à l'époque, avaient malgré cela déjà retenu une incapacité de travail totale et durable dans la profession antérieure d'infirmière en psychiatrie, et cela en raison des limitations fonctionnelles objectivées durant le séjour. Ils avaient toutefois également relevé la présence de facteurs étrangers à l'accident, susceptibles d'entraver la reprise d'une activité, notamment s'agissant des troubles cognitifs. La causalité était ainsi, à tout le moins partiellement, déjà admise. La position de la Bâloise, qui persiste à nier toute atteinte découlant de l'accident, alors même que la profession antérieure de la recourante n'est plus exigible, n'est à l'évidence pas soutenable. Ce d'autant moins que l'expertise neurologique, qu'elle avait elle-même mise en œuvre, avait retenu des limitations liées aux atteintes orthopédiques, au sujet desquelles aucun expert ne s'est pourtant prononcé.

E. 8.2

Il conviendrait dès lors de déterminer quelle part de cette incapacité totale est en lien de causalité avec l'accident assuré au degré de la vraisemblance prépondérante. Face aux lacunes de l'instruction mise en œuvre par l'autorité intimée, se pose la question de savoir si la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, comme le requiert la recourante, s'avère nécessaire. La Cour est toutefois d'avis que, au vu de l'ampleur du dossier médical déjà constitué, du nombre de médecins qui se sont déjà prononcés, de manière plus ou moins complète, sur la situation et sur la quantité d'avis contradictoires déjà présents, la mise en œuvre d'une expertise judiciaire globale n'apparaît pas opportune. Un nouvel avis médical risquerait en effet d'apporter plus de contradictions que d'éclairage pertinent sur ce dossier ancien et hautement complexe, dans le contexte évoqué par l'expert psychiatre d'une dramatisation et d'une tendance marquée à l'auto-invalidation de la recourante. Afin de tenir compte, d'une part, des séquelles avérées de l'accident sur le plan somatique, dans la mesure où le lien de causalité des atteintes psychiques n'est pas établi, comme il a été dit ci-dessus, et, d'autre part, de la présence des facteurs étrangers mis en évidence par la CRR en 2018 déjà, il semblerait bien plutôt opportun de considérer que la responsabilité de l'assurance-accidents n'est engagée qu'à hauteur d'une capacité résiduelle de 50%. Une limitation de moitié de la capacité de travail peut en effet se déduire en opérant une pondération entre les conclusions des spécialistes de la CRR, qui retenaient alors une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée - susceptible certes de s'améliorer à l'avenir -, et celles de l'ensemble des médecins traitants, plus alarmistes car prenant en compte une incapacité totale mais dont il vient

Tribunal cantonal TC Page 21 de 24 d'être dit que celle-ci était en partie liée à des facteurs extra-médicaux ou aux troubles psychiques dont la causalité adéquate avec l'accident assuré n'est pas établie. Ainsi, au final et dans ces conditions toutes particulières, il paraîtrait juste et indiqué de retenir une limitation de moitié de la capacité de travail dans une activité adaptée, afin de donner une solution pragmatique et raisonnable à un litige devenu par trop complexe avec le temps.

E. 8.3

Le dossier est, quoi qu'il en soit, renvoyé à l'autorité intimée pour calcul des prestations LAA dues, idéalement dès lors sur la base, pour ce qui concerne du moins le droit à la rente, d'une incapacité de travail de 50% dans le cadre d'une activité respectant les limitations fonctionnelles décrites à l'époque par les spécialistes de la CRR. A cet égard, la stabilisation de l'état de santé pourrait être retenue au 1er janvier 2019, soit au début de l'année à partir de laquelle, selon l'expert psychiatre, l'évolution a notablement été influencée par des facteurs extra-médicaux n'engageant plus la responsabilité de l'assurance-accidents. Avant cela, et jusqu'à la fin de l'année 2018, des indemnités journalières seraient allouées en tenant compte de l'incapacité de travail totale et durable quasi-unanimement observée dans l'ancienne activité. C'est en tous les cas ce que la Cour de céans serait probablement amenée à constater si, d'aventure, elle devait à nouveau être saisie pour répondre, en l'état du dossier, à cette dernière question du droit aux prestations.

E. 9

Droit d'être entendu(e) La recourante s'était également prévaluée d'une violation de son droit d'être entendue, dans la mesure où la Bâloise avait refusé de soumettre aux experts les questions complémentaires qu'elle souhaitait elle-même leur poser.

E. 9.1

Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond (ATF 127 V 437 consid. 3d/aa; 126 V 132 consid. 2b et les arrêts cités). La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu, en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment et celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 135 I 279 consid. 2.3 ; 135 II 286 consid. 5.1 ; 132 V 368 consid. 3.1).

E. 9.2

Au sujet du droit d'être entendu, l'art. 44 al. 3 LPGA précise que lorsqu'il communique le nom des experts, l'assureur soumet aussi aux parties les questions qu'il entend poser aux experts et leur signale qu'elles ont la possibilité de remettre par écrit des questions supplémentaires dans le même délai. L'assureur décide en dernier ressort des questions qui sont posées aux experts. Selon la jurisprudence, l'assuré a le droit, avant même qu'une expertise ne soit ordonnée, de s'exprimer sur la question posée à l'expert et de poser ses propres questions complémentaires à l'expert (cf. ATF 137 V 210).

Tribunal cantonal TC Page 22 de 24 Selon l'ATF 141 V 330 consid. 4.2, s'il n'y a pas d'accord sur la recevabilité des questions posées et que l'assureur social ne veut admettre que partiellement, voire pas du tout, les questions complémentaires posées par l'assuré, c'est l'assureur social qui doit statuer sur l'admission des questions complémentaires. La décision de l'assureur social doit prendre la forme d'un acte juridique qui correspond à la notion de décision de l'art. 5 PA en relation avec les art. 55 al. 1 et 49 al. 1 LPGA. Il n'en va pas autrement en l'espèce que pour ordonner l'expertise elle-même (ATF 141 V 330 consid. 4.2). Selon la thèse défendue ici, l'obligation de rendre une décision incidente existe également en cas de non-accord sur des questions complémentaires pour tous les types d'expertise (BSK ATSG - ALIOTTA, Art. 44 N 50)

E. 9.3

En l'espèce, la Bâloise a refusé de soumettre aux experts les questions complémentaires proposées par la recourante, au motif que l'arrêt de renvoi du Tribunal cantonal du 5 mai 2021 prévoyait de manière suffisante les questions qui devaient faire l'objet d'une instruction complémentaire. D'autres questions n'avaient ainsi pas leur place dans un tel contexte, qui ne saurait être assimilé au cas d'une expertise ordonnée spontanément par un assureur social. Quant à la recourante, elle considère que le refus de la Bâloise de soumettre aux experts ses questions complémentaires, dans le cadre du complément d'instruction qui avait été ordonné par le Tribunal cantonal, viole son droit d'être entendue. Sur le plan formel, dans la mesure où elle entendait refuser de soumettre les questions complémentaires de la recourante aux experts, la Bâloise était tenue de statuer sur cette question par décision incidente, sujette à recours, avant de rendre sa décision sur le fond. Cela étant, vu l'issue du litige, la question de savoir quelle conséquence doit entraîner cette violation du droit d'être entendu de la recourante peut demeurer ouverte.

E. 10

Frais d'expertise du Dr F._____ Compte tenu de l'issue du recours et des lacunes mises en évidence dans l'instruction du cas par la Bâloise, il apparaît que les frais d'expertise privée du Dr F._____ peuvent être considérés comme des frais indispensables à l'appréciation du cas au sens de l'art. 45 al. 1 LPGA. Ils sont dès lors mis à la charge de

l'autorité intimée. Le recours est donc admis sur ce dernier point.

E. 11

Sort du recours et frais

E. 11.1

Au vu de l'ensemble de ce qui précède, le recours est admis et la décision attaquée est annulée. La cause est renvoyée à l'autorité intimée pour calcul des prestations LAA dues à la recourante, dans le sens des considérants.

E. 11.2

La procédure étant gratuite pour les litiges portant sur des prestations en matière d'assurance-accidents, il n'est pas perçu de frais de justice.

Tribunal cantonal TC Page 23 de 24

E. 11.3

Ayant obtenu gain de cause, la recourante, représentée par un mandataire professionnel, a droit à une indemnité de partie pour ses frais de défense. La liste de frais produite par son mandataire le 25 avril 2023 atteste d'un total de 650 minutes de travail, soit un peu moins de 11 heures, facturées aux tarifs horaires de CHF 180.-, respectivement de CHF 300.-, pour un total de CHF 2'010.-. A cela s'ajoute un montant de CHF 10.60 pour les débours ainsi que la TVA, par CHF 155.60. Une telle facturation n'est cependant pas conforme aux art. 146 ss du code fribourgeois du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative (CPJA; RSF 150.1) et du tarif fribourgeois 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). Cela étant, compte tenu du fait que le montant global demandé apparaît raisonnable compte tenu du travail réalisé en l'espèce, il se justifie de se fonder sur la liste de frais produite pour fixer l'équitable indemnité due à la recourante, laquelle est intégralement mise à la charge de l'autorité intimée qui succombe. Ce montant, d'un total de CHF 2'176.20, sera directement versé en mains du mandataire. (dispositif en page suivante)

Tribunal cantonal TC Page 24 de 24 la Cour arrête : I. Le recours est admis. Partant, la décision sur opposition du 30 novembre 2022 est annulée. La cause est renvoyée à l'autorité intimée pour décision sur le droit aux prestations, dans le sens des considérants. II. Il n'est pas perçu de frais de justice. III. Une indemnité de partie de CHF 2'176.20 (TVA par CHF 155.60 comprise) est allouée à la recourante et versée en mains de son mandataire. Elle est mise à la charge de la Bâloise. 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 30 juillet 2024/isc Le Président
La Greffière-rapporteure

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