

200.2019.131.LAA

N° réf.

DEJ/REN

Tribunal administratif du canton de Berne
Cour des affaires de langue française

Jugement du 8 mai 2020

Droit des assurances sociales

B. Rolli, président
M. Moeckli et C. Tissot, juges
J. Desy, greffier

A. _____
représentée par Me B. _____
recourante

contre

Bâloise Assurance SA
Sinistres Suisse, Aeschengraben 21, case postale, 4002 Bâle
représentée par Me C. _____
intimée

relatif à une décision sur opposition de cette dernière du 14 janvier 2019



En fait:

A.

Par déclaration d'accident du 15 novembre 2017, l'employeur de A._____, née en 1962, a informé son assureur-accidents, Bâloise Assurance SA, que son employée, engagée en qualité d'assistante en soins et santé communautaire depuis le 1^{er} septembre 2017 à un taux d'occupation de 70%, avait subi un accident le 7 novembre 2017 à 14h30. L'accident était décrit comme suit: "Beim Fensterputzen vom Schemel gefallen" et une contusion (*Prellung*) à l'épaule droite était annoncée. L'annonce d'accident mentionnait également une incapacité complète de travail à partir du 8 novembre 2017. L'assureur-accidents a recensé différents documents médicaux, dont notamment ceux relatifs à l'opération subie par la recourante le 6 décembre 2017. Par la suite, elle a recueilli l'avis de son médecin-conseil, puis elle a communiqué à l'assurée le 18 avril 2018 qu'elle envisageait de ne pas accorder de prestations d'assurance au-delà du 6 décembre 2017, ce qu'elle a confirmé par décision du 12 juin 2018, après avoir réceptionné un questionnaire complété par l'assurée.

B.

L'assurée, représentée par un mandataire professionnel dès le 4 juillet 2018, a formé opposition contre la décision précitée. Après avoir à nouveau consulté son médecin-conseil, l'assureur-accidents a confirmé le contenu de sa décision par décision sur opposition du 14 janvier 2019.

C.

Le 14 février 2019, l'assurée, représentée par le même mandataire professionnelle, a interjeté recours auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA) contre la décision sur opposition précitée, en concluant principalement à son annulation, subsidiairement au renvoi de la

cause à l'assureur-accidents pour nouvelle décision au sens des considérants et à la tenue d'une expertise pluridisciplinaire neutre, le tout sous suite de frais judiciaires et dépens et sous réserve des règles sur l'assistance judiciaire, qu'elle a également requise le même jour, de même que la nomination de son mandataire en tant qu'avocat d'office. Dans son mémoire de réponse du 18 avril 2019, l'assureur-accidents, désormais également représenté par un mandataire professionnel, a conclu au rejet du recours sous suite des frais et dépens. Par courrier du 4 juin 2019, la recourante a indiqué renoncer à répliquer et a retiré sa requête d'assistance judiciaire, puis elle a transmis la note d'honoraires de son mandataire le 14 juin 2019.

En droit:

1.

1.1 La décision sur opposition du 14 janvier 2019 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et confirme la décision du 12 juin 2018 refusant toute prestation d'assurance au-delà du 6 décembre 2017. L'objet du litige porte sur l'annulation de dite décision sur opposition et, implicitement, sur le droit de l'assurée à des prestations d'assurance au-delà de la date susmentionnée. Est principalement litigieuse la question de l'aspect probant de l'appréciation du médecin-conseil de l'intimée.

1.2 Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente, par une partie disposant de la qualité pour recourir et valablement représentée, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1] et art. 15 et 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

1.3 La valeur litigieuse étant en l'état indéterminée, le jugement de la cause incombe à la Cour des affaires de langue française du TA dans sa composition ordinaire de trois juges (art. 54 al. 1 let. c et 56 al. 1 de la loi cantonale du 11 juin 2009 sur l'organisation des autorités judiciaires et du Ministère public [LOJM, RSB 161.1]).

1.4 Le TA examine librement la décision contestée et n'est pas lié par les conclusions des parties (art. 61 let. c et d LPGA; art. 80 let. c ch. 1 et 84 al. 3 LPJA).

2.

2.1 En principe, les prestations de l'assurance-accidents obligatoire sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle (art. 6 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 qui entraîne la mort (art. 4 LPGA).

2.2 L'assurance-accidents obligatoire n'alloue des prestations que s'il existe un lien de causalité à la fois naturelle et adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé (ATF 129 V 177 c. 3.1 et 3.2; SVR 2018 UV n° 3 c. 3.1, 2012 UV n° 2 c. 3.1). Tout événement est une cause au sens de la causalité naturelle, lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière ou au même moment. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de la personne assurée, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 142 V 435 c. 1, 129 V 177 c. 3.1; SVR 2019 IV n° 9 c. 3.1; TF 8C_781/2017 du 21 septembre 2018 c. 5.1). Parmi les causes déterminantes au sens de l'art. 6 al. 1 LAA figurent également les circonstances sans lesquelles l'atteinte à la santé ne serait pas survenue au même moment. Un événement traumatique ayant provoqué un dommage génère dès lors également une obligation de prestations, même

si le dommage en question était apparu tôt ou tard sans cet événement assuré et si celui-ci ne représente par conséquent une "condition sine qua non" que sous l'angle du moment de l'apparition du dommage. En revanche, il n'en va pas de même lorsque l'accident ne représente qu'une cause purement occasionnelle ou due au hasard, qui concrétise un risque actuel dont la réalisation devait être attendue à tout moment, sans que le rapport de cause à effet entre l'accident survenu et le dommage subi n'en soit influencé en lui-même (SVR 2012 UV n° 8 c. 4.2.1). Si un accident aggrave ou même révèle une prédisposition malade, l'assureur-accidents peut refuser ses prestations uniquement si l'accident ne représente pas la cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé, à savoir lorsque cette dernière ne procède plus que, et exclusivement, de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas si l'assuré recouvre un état (maladif) de santé soit tel qu'il existait juste avant l'accident (*statu quo ante*), soit tel qu'il serait advenu tôt ou tard, fatalement, en fonction de l'évolution de la prédisposition malade (*statu quo sine*; TF 8C_22/2019 du 24 septembre 2019 [destiné à la publication] c. 5.1).

2.3 Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA, l'assurance alloue aussi ses prestations pour les lésions corporelles suivantes, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie: les fractures (let. a), les déboîtements d'articulations (let. b), les déchirures du ménisque (let. c), les déchirures de muscles (let. d), les elongations de muscles (let. e), les déchirures de tendons (let. f), les lésions de ligaments (let. g) et les lésions du tympan (let. h). Après l'annonce d'une lésion listée à l'art. 6 al. 2 LAA, l'assureur-accidents doit instruire les circonstances précises de sa survenance. Si la lésion figurant dans la liste est due à un accident au sens de l'art. 4 LPGA, l'assureur-accidents est tenu de verser des prestations jusqu'à ce que l'accident ne représente plus la cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé, mais que celle-ci est désormais exclusivement imputable à des causes étrangères à l'accident. Si, à l'inverse, les critères définissant la notion d'accident au sens de l'art. 4 LPGA ne sont pas remplis, l'assureur-accidents est en principe tenu de verser des prestations pour une lésion listée à l'art. 6 al. 2 LAA dans sa version en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2017, à moins qu'il ne puisse apporter la preuve que la lésion est due de manière prépondérante à

l'usure ou à une maladie (TF 8C_22/2019 du 24 septembre 2019 [destiné à la publication] c. 9.1). En l'absence d'un lien de causalité naturel entre un événement accidentel au sens de l'art. 4 LPGA et une lésion corporelle d'après l'art. 6 al. 2 LAA, un examen de l'obligation de verser des prestations selon l'art. 6 al. 2 LAA s'avère superflu, en tous les cas aussi longtemps qu'un autre événement initial ne peut être considéré comme étant la cause de la lésion subie (TF 8C_22/2019 du 24 septembre 2019 [destiné à la publication] c. 9.2).

2.4 Pour pouvoir évaluer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, en cas de recours) a besoin de documents que le médecin et éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données fournies par le médecin constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore exiger de l'assuré (ATF 140 V 193 c. 3.2, 132 V 93 c. 4; SVR 2018 IV n° 27 c. 4.2.1).

2.5 L'administration en tant qu'autorité de décision et le juge, en cas de recours, ne peuvent considérer un fait comme établi que lorsqu'ils sont convaincus de son existence. En droit des assurances sociales, pour autant que la loi n'en dispose pas autrement, le juge doit fonder sa décision sur les faits qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. La simple possibilité de l'existence d'un fait ne suffit pas. Le juge doit bien plus retenir les éléments qui, parmi les faits possibles, lui paraissent les plus probables (ATF 144 V 427 c. 3.2).

3.

3.1 L'intimée retient, sur la base des avis médicaux rédigés par son médecin-conseil, que les douleurs et blessures présentes chez la recourante après le 6 décembre 2017 sont de nature dégénérative et liées à de l'usure, si bien qu'elle a mis un terme aux prestations d'assurance à cette date, n'octroyant des prestations entre le 7 novembre et le 6 décembre 2017 qu'en raison d'une augmentation passagère des douleurs liées à l'évènement du 7 novembre. La recourante fait valoir, sur la base de

plusieurs rapports médicaux émanant de ses médecins traitants, que sa blessure constitue une lésion traumatique qui ne peut être reliée qu'à l'évènement du 7 novembre 2017. Dans ces circonstances, l'intimée doit accorder les prestations d'assurance légales.

3.2 Il n'existe que peu d'informations au dossier quant à l'évènement du 7 novembre 2017. Dans la déclaration d'accident, l'employeur a décrit que la recourante avait chuté d'un escabeau en nettoyant une fenêtre (*Beim Fensterputzen vom Schemel gefallen*). Invitée à compléter un questionnaire relatif au déroulement de l'évènement du 7 novembre 2017, la recourante a indiqué ne pas être tombée d'une chaise (en répondant à une question lui demandant pourquoi elle était tombée de la chaise), mais d'une échelle en descendant après avoir accroché des rideaux fraîchement lavés, d'une hauteur de l'ordre de 40 cm. Même si ces deux versions de l'évènement ne sont pas pleinement univoques, et sans que l'on ne puisse déterminer avec précision les circonstances exactes de cette chute, on peut retenir, et l'intimée ne le conteste pas, que la recourante a chuté d'une hauteur de 40 cm environ. A ce stade, on peut également souligner que le chirurgien orthopédique qui a procédé à l'intervention chirurgicale le 6 décembre 2017 (voir ci-après c. 3.3) a mentionné une chute avec un mouvement de torsion du membre supérieur droit, mais sans préciser d'où provenait cette information. En tout état de cause, le déroulement exact de la chute peut demeurer incertain au vu de ce qui suit.

3.3 Les lésions subies par la recourante ne sont pas non plus contestées, à savoir une rupture du tendon supra-spinatus et une tendinopathie du long chef du biceps droit, ce qui a valu à la recourante d'être opérée le 6 décembre 2017 (ténotomie du long chef du biceps droit avec acromioplastie et suture du tendon supra-épineux). Comme on l'a vu, l'origine de ces lésions (dégénérative ou traumatique) est toutefois controversée entre les parties.

3.4 Pour rendre sa décision, l'intimée s'est principalement basée sur l'avis de son médecin-conseil. Les rapports et expertises émanant de médecins internes aux assureurs ont valeur probante, pour autant qu'ils apparaissent concluants, soient motivés de façon compréhensible, soient dépourvus de contradictions et qu'il n'existe pas d'indices contre leur

fiabilité. Le seul fait que le médecin interrogé soit dans un rapport de subordination avec l'assureur ne permet pas déjà de conclure à un manque d'objectivité ou à une (apparence de) prévention. Il en va de même lorsqu'un médecin est appelé de façon répétée à effectuer des expertises pour le compte d'une assurance (SVR 2008 IV n° 22 c. 2.4). Il faut bien plus des circonstances propres qui laissent apparaître un doute objectif quant à l'impartialité. Eu égard à l'importance considérable qu'un tel rapport médical a en matière de droit des assurances sociales, il convient de poser des exigences sévères s'agissant de l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 c. 3b/ee).

3.4.1 Le médecin-conseil de l'intimée, spécialiste en chirurgie, a pris position à trois reprises dans le dossier de la recourante. Ainsi, invité par l'intimée à se prononcer sur la situation de l'assurée, il avait pris position une première fois le 19 mars 2018 en concluant à un *statu quo sine* atteint le jour de l'entrée à l'hôpital pour l'opération, soit le 6 décembre 2017, estimant qu'au degré de la vraisemblance prépondérante, les lésions n'étaient plus d'origine accidentelle à compter de cette date (voir la PJ 1 du recours). Invité à se prononcer sur les nouveaux rapports médicaux du généraliste traitant de la recourante (rapport du 2 mai 2018; dos. intimée 65) et du chirurgien orthopédique qui l'avait opérée (rapport du 16 avril 2018; dos. intimée 59), le médecin-conseil a pris position le 10 juin 2018, avant le prononcé de la décision du 12 juin 2018. Il a ainsi indiqué maintenir sa position en évoquant l'absence de signes de traumatisme à l'arthro-IRM réalisée le 13 novembre 2017 (rapport du 14 novembre 2017; dos. intimée 1), de même que l'absence d'œdème. Par ailleurs, il a évoqué des signes de dégénérescence avec tendinopathie du long biceps ainsi qu'une dégénérescence du labrum. Il a finalement précisé qu'il existait une prévalence de 62% chez une patiente de 55 ans pour une rupture préexistante du sus-épineux. Invité une nouvelle fois à prendre position et à expliquer les raisons qui l'amenaient à ne pas suivre les arguments des médecins traitants précités, le médecin-conseil a répondu aux questions le 26 décembre 2018. Ainsi, concernant le chirurgien orthopédique, le médecin-conseil a relevé que le mouvement de torsion de l'épaule droite évoqué n'était nullement documenté, et que la contusion d'une épaule n'engendre pas de lésion du tendon du sus-épineux, mais bien un œdème,

lequel n'est pas décrit dans les résultats de l'arthro-IRM du 13 novembre 2017. Concernant les arguments du médecin généraliste traitant, le médecin-conseil a ainsi relevé, concernant le traumatisme évoqué, qu'il faudrait une abduction combinée à une torsion pour engendrer une telle blessure, alors qu'en l'espèce seule une contusion est documentée. Quant à l'absence de manifestations arthrosiques selon l'IRM, le médecin-conseil relève au contraire une dégénération du labrum (arthrose) ainsi qu'une tendinopathie du biceps intra-articulaire découverte précisément lors de l'arthro-IRM. Rappelant également la prévalence de dégénérescence de l'articulation de l'épaule de 62% chez des femmes de 55 ans, il a ainsi confirmé la survenance d'un *statu quo sine* atteint au plus tard le 8 (recte: 6, au vu des documents antérieurs au dossier du même médecin-conseil) décembre 2017.

3.4.2 En l'occurrence, le Tribunal ne voit pas de raisons de s'écarter des différentes appréciations du médecin-conseil, notamment de sa dernière prise de position. Il apparaît en effet qu'il a consulté l'entier des documents médicaux au dossier pour se prononcer en toute connaissance de cause, même s'il n'a pas examiné personnellement la recourante. Il a également et surtout pris position sur les rapports des médecins traitants, lesquels retiennent que les lésions de la recourante sont de nature traumatique et forcément en lien de causalité (naturelle) avec l'évènement du 7 novembre 2017. Les réponses apportées à ces arguments apparaissent, même si elles sont courtes, comme convaincantes. A cet égard, il n'est pas inutile de rappeler que les deux médecins traitants ont basé en grande partie leur raisonnement sur le fait que la recourante n'avait jamais évoqué de douleurs à l'épaule droite avant l'évènement du 7 novembre 2017, ce qui ne saurait suffire à établir, au degré de la vraisemblance prépondérante requis en droit des assurances sociales, un lien de causalité naturelle (raisonnement "*post hoc, ergo propter hoc*" pas déterminant: ATF 119 V 335 c. 2b/bb; SVR 2016 UV n° 24 c. 7.2). Par ailleurs, concernant les autres arguments présentés par le généraliste traitant, il apparaît qu'ils ne sont guère étayés. Ainsi, lorsqu'il fait valoir l'absence de manifestations arthritiques à d'autres articulations, on ignore sur quels éléments il se base pour invoquer cet argument, dès lors que l'arthro-IRM du 13 novembre 2017 n'a porté que sur l'épaule droite et a d'ailleurs mis de telles

manifestations en évidence. Concernant l'absence de lésion dégénérative des tendons mise à jour lors de l'opération, le rapport opératoire ne contient aucun élément relatif à la nature dégénérative ou traumatique de la lésion du tendon supra-spinatus, se bornant à indiquer sa rupture.

3.5 En substance, au vu de ce qui précède, il apparaît ainsi que c'est à bon droit que l'intimée a estimé que les maux encourus par la recourante entre le 7 novembre et le 6 décembre 2017 ne sont qu'une péjoration passagère de la situation de l'épaule droite de la recourante, déjà touchée par une atteinte dégénérative. Dans ces circonstances, l'intimée a à juste titre considéré que les atteintes encore présentes après le 6 décembre 2017 n'étaient plus en lien de causalité naturelle avec ledit événement. Le prononcé du *statu quo sine* par le médecin-conseil signifie que même sans l'évènement précité, la situation médicale de la recourante aurait de toute évidence été la même, tôt ou tard. On précisera encore qu'en l'absence d'un lien de causalité naturel entre un événement accidentel au sens de l'art. 4 LPGA et une lésion corporelle d'après l'art. 6 al. 2 LAA, un examen de l'obligation de verser des prestations au titre d'une lésion listée à l'art. 6 al. 2 LAA s'avère superflu (voir ci-avant c. 2.3).

4.3 Sur le vu de ce qui précède, c'est ainsi à bon droit que l'intimée a mis fin aux prestations d'assurance à partir du 6 décembre 2017, faute de lien de causalité existant à partir de cette date.

5.

Le recours doit ainsi être rejeté. Il n'y a pas lieu de percevoir de frais de procédure (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens à la recourante qui succombe, ni à l'intimée (art. 61 let. a et g LPGA; ATF 128 V 124 c. 5b, 127 V 205 c. 3a, 126 V 143 c. 4a; RAMA 1990 p. 195). A noter encore que la requête d'assistance judiciaire déposée par la recourante a été retirée (voir l'ordonnance du juge instructeur du 5 juin 2019).

Par ces motifs:

1. Le recours est rejeté.
2. Il n'est pas perçu de frais de procédure, ni alloué de dépens.
3. Le présent jugement est notifié (R):
 - à la recourante, par son mandataire,
 - à l'intimée, par son mandataire,
 - à l'Office fédéral de la santé publique.

Le président:

Le greffier:

Voie de recours

Dans les 30 jours dès la notification de ses considérants, le présent jugement peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public auprès du Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, au sens des art. 39 ss, 82 ss et 90 ss de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110).