



**POUVOIR JUDICIAIRE
GERICHTSBEHÖRDEN**

ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

**Tribunal cantonal TC
Kantonsgericht KG**

Rue des Augustins 3, case postale 630, 1701 Fribourg

T +41 26 304 15 00

www.fr.ch/tc

605 2025 100

Arrêt du 7 juillet 2026

I^e Cour des assurances sociales

Composition

Président :

Marc Boivin

Juges :

Marc Sugnaux, Philippe Tena

Greffière :

Daniela Herren

Parties

A. _____, recourante,

contre

GENERALI ASSURANCES GÉNÉRALES SA, autorité intimée

Objet

Assurance-accidents – troubles physiques et psychiques - causalité

Recours du 16 juin 2025 contre la décision sur opposition du
16 mai 2025

considérant en fait

A. A._____, de nationalité suisse, née en 1974, divorcée, domiciliée à B._____, travaillait en qualité de "mentor-formatrice d'adultes-equicoaching" pour le compte de C._____ Sàrl, à B._____, société dont elle est l'associée-gérante, titulaire du droit de signature individuel.

Elle était, par ce biais, assurée auprès de Generali Assurances Générales SA (Generali) contre les accidents professionnels et non-professionnels ainsi que contre les maladies professionnelles.

B. Selon une déclaration d'accident du 5 novembre 2022 (dossier ddd), le 29 octobre 2022, elle a subi une chute à cheval, laquelle lui a occasionné une contusion à la tête.

Une incapacité de travail a été médicalement attestée depuis lors.

Par courrier du 29 novembre 2022, Generali a admis la prise en charge du cas et a servi les prestations légales.

Par la suite, l'assurée a également fait part de troubles dentaires et de troubles psychologiques, lesquels ont été pris en charge par l'assurance-accidents.

Elle a repris le travail à 10% dès le 1^{er} mars 2023 et à 20% dès le 1^{er} mai 2023.

C. Entretemps, le 21 septembre 2023, l'assurée a annoncé un nouvel accident survenu le 14 septembre 2023.

Selon la déclaration d'accident (dossier eee), elle marchait. Prise d'un vertige, elle a perdu l'équilibre et est tombée, se cognant la tête du côté gauche au sol.

Le 24 janvier 2024, Generali a accepté la reconstruction en composite de la dent.

D. Le 20 octobre 2023, A._____ a annoncé (dossier fff) un troisième accident survenu le 1^{er} octobre 2023. Elle montait à cheval dans le paddock lorsque sa monture a eu peur et a fait un écart brusque sur le côté. Elle est tombée. Une blessure au sacrum a été annoncée.

Par courrier du 1^{er} novembre 2023, Generali a admis la prise en charge du cas.

E. L'assurée a bénéficié d'un séjour auprès de G._____ du 1^{er} novembre 2023 au 15 janvier 2024.

Suite à ce séjour, Generali a mis sur pied une expertise auprès du Dr H._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, du Dr I._____, spécialiste en neurologie, du Dr J._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et de K._____, neuropsychologue. Dans leur rapport du 22 avril 2024, complété le 26 août 2024, les experts concluent à l'existence d'une pleine capacité de travail dans toute activité, le *statu quo ante* ayant été atteint au plus tard six mois après l'événement en ce qui concerne le TCC mineur.

Par courrier du 25 avril 2024, Generali a informé l'assurée qu'elle mettait fin aux prestations d'assurance au 30 avril 2024.

Par décision du 10 octobre 2024, Generali a mis fin aux prestations d'assurance au 30 avril 2023 s'agissant du syndrome post-commotionnel et au 15 janvier 2024 s'agissant des troubles orthopédiques.

Le droit à une remise de lunettes a en outre été refusé.

Elle a renoncé à demander la restitution des prestations versées jusqu'au 20 avril 2024.

F. Les 8 novembre et 6 décembre 2024, l'assurée a déposé une opposition contre cette décision, concluant à la reprise du versement des prestations d'assurance.

Par décision sur opposition du 16 mai 2025, Generali a confirmé sa décision du 10 octobre 2024, limitant son évaluation aux seules prestations en lien avec le syndrome post-commotionnel.

G. Contre cette décision, le 14 juin 2025, A._____ interjette recours devant le Tribunal cantonal concluant à ce que Generali continue de verser des prestations d'assurance au-delà du 20 avril 2024.

A l'appui de son recours, elle soutient que Generali retient un déroulement inexact de son accident. Elle aurait perdu connaissance après sa chute de cheval et souffrirait d'amnésie. Elle se réfère, par ailleurs, aux conclusions des médecins de G._____, selon lesquels ses maux de tête et sa fatigue persistent malgré les différents traitements, soulignant que ses médecins traitants attestent des répercussions de tels troubles sur sa capacité de travail. Elle relève par ailleurs que l'accident ne saurait être qualifié de traumatisme craniocérébral mineur, ses médecins traitants le qualifiant de modéré. S'agissant de la causalité adéquate, elle estime que son accident doit être qualifié à tout le moins d'accident de gravité moyenne à la limite des accidents graves, précisant que la situation d'un cavalier est semblable à celle d'un motard. Dans ce contexte, elle estime que la plupart des critères sont remplis (circonstances de l'accident, douleurs persistantes, durée du traitement) pour admettre une causalité adéquate.

Dans sa réponse du 14 août 2026, Generali propose le rejet du recours.

Lors d'un second échange d'écritures, les parties campent sur leur position.

Il sera fait état, lorsque nécessaire, de leurs arguments d'une manière plus détaillée dans les considérants en droit du présent arrêt.

en droit

1.

Recevabilité

Le recours a été interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité compétente à raison du lieu ainsi que de la matière. La personne assurée 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.

2.

Dispositions relatives à causalité naturelle et au status quo

2.1. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle et un lien de causalité adéquate.

Sont des causes naturelles toutes les circonstances sans lesquelles le dommage ne se serait pas produit du tout, ou ne serait pas survenu de la même manière ou en même temps. 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 de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Cette question de fait repose essentiellement sur des renseignements d'ordre médical et doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 142 V 435 consid. 1; 129 V 177 consid. 3.1).

Il appartient à l'administration et, en cas de recours, au juge et non au médecin de trancher la question juridique de savoir si, en présence d'un rapport de causalité naturelle entre l'événement assuré et l'atteinte à la santé, la condition indispensable de l'existence d'un lien de causalité adéquate est remplie. Selon la jurisprudence, la causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de manière façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2).

2.2. En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. La jurisprudence a souligné à cet égard que lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident.

Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui existerait même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). A contrario, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ou ante* n'est pas atteint, respectivement rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (ATF 146 V 51 consid. 5.1). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus selon le degré de preuve de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1).

2.3. Selon une jurisprudence constante, un raisonnement fondé sur l'adage « *post hoc, ergo propter hoc* » (après celui-ci, donc à cause de celui-ci) ne permet pas d'établir un lien de causalité naturelle au degré de la vraisemblance prépondérante exigé en matière d'assurances-sociales et ne saurait être admis comme moyen de preuve (ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; arrêt TF 8C_6/2009 du 30.7.2009, consid. 3).

3.

Dispositions relatives à la causalité adéquate

3.1. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2; 129 V 401 consid. 2.2; 125 V 456 consid. 5a et les références citées).

En tant que principe répondant à la nécessité de fixer une limite raisonnable à la responsabilité de l'assureur-accidents social, la causalité adéquate n'a pratiquement aucune incidence en présence d'une atteinte à la santé physique en relation de causalité naturelle avec l'accident, du moment que dans ce cas l'assureur répond aussi des atteintes qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références citées).

En revanche, il en va autrement lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un événement accidentel, ne sont pas objectivables du point de vue organique. Dans ce cas, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (ATF 117 V 359 consid. 6; 117 V 369 consid. 4; 115 V 133 consid. 6; 115 V 403 consid. 5). En présence de troubles psychiques apparus après un accident, on examine les critères de la causalité adéquate en excluant les aspects psychiques (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa et 115 V 403 consid. 5c/aa), tandis qu'en présence d'un traumatisme de type "coup du lapin" à la colonne cervicale (ATF 117 V 359 consid. 6a), d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale (SVR 1995 UV n. 23 p. 67) ou d'un traumatisme crânio-cervical (ATF 117 V 369 consid. 4b), on peut renoncer à distinguer les éléments physiques des éléments psychiques (sur l'ensemble de la question cf. ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et SVR 2007 UV n. 8 consid. 2 et les références citées).

3.2. La jurisprudence a posé plusieurs critères en vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et notamment les troubles d'ordre psychique développés ensuite par la victime (ATF 115 V 133, 105 V 403).

Suivant la manière dont ils se sont déroulés, les accidents peuvent être classés en trois catégories: les accidents insignifiants ou de peu de gravité, les accidents graves et les accidents de gravité moyenne. Le degré de gravité d'un accident s'apprécie d'un point de vue objectif, en fonction de son déroulement; il ne faut pas s'attacher à la manière dont la victime a ressenti et assumé le choc traumatique (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa; 115 V 403 consid. 5c/aa). Sont déterminantes les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent (Arrêts du TF 8C_398/2012 du 6 novembre 2012 consid. 5.2 in SVR 2013 UV Nr. 3; 8C_435/2011 du 13 février 2012 consid. 4.2 in SVR 2012 UV Nr. 23 p. 84). La gravité des lésions subies ne doit être prise en considération à ce stade de l'examen que dans la mesure où elle donne une indication sur les forces en jeu lors de l'accident (arrêt TF 8C_826/2011 du 17 décembre 2012 consid. 6.1 et les références citées).

Lorsque l'accident est insignifiant (l'assuré s'est par exemple cogné légèrement la tête ou s'est fait marcher sur le pied) ou de peu de gravité (il a été victime d'une chute banale), l'existence d'un lien de causalité adéquate entre cet événement et d'éventuels troubles psychiques peut, en règle générale, être d'emblée niée. Selon l'expérience de la vie et compte tenu des connaissances actuelles en matière de médecine des accidents, on peut en effet partir de l'idée, sans procéder à

un examen approfondi sur le plan psychique, qu'un accident insignifiant ou de peu de gravité n'est pas de nature à provoquer une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. L'événement accidentel n'est ici manifestement pas propre à entraîner une atteinte à la santé mentale sous la forme, par exemple, d'une dépression réactionnelle. On sait par expérience que de tels accidents, en raison de leur importance minime, ne peuvent porter atteinte à la santé psychique de la victime. Dans l'hypothèse où, malgré tout, des troubles notables apparaîtraient, on devrait les attribuer avec certitude à des facteurs étrangers à l'accident, tels qu'une prédisposition constitutionnelle. Dans ce cas, l'événement accidentel ne constituerait en réalité que l'occasion pour l'affection mentale de se manifester.

Sont réputés de gravité moyenne les accidents qui ne peuvent être classés comme accident de peu de gravité ou comme accident grave. Dans ce cas, il convient ensuite d'examiner les critères prévus par la jurisprudence pour admettre la présence d'un lien de causalité adéquate dans le cadre d'un accident de gravité moyenne. Les critères les plus importants sont les suivants:

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident;
- la gravité ou la nature particulière des lésions physiques compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques;
- la durée anormalement longue du traitement médical;
- les douleurs physiques persistantes;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident;
- les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

Au minimum trois des critères précités doivent être remplis pour admettre la causalité adéquate s'agissant des accidents de gravité moyenne si aucun d'entre eux n'est présent de manière prépondérante. Dans les accidents de gravité moyenne, mais à la limite des accidents de peu de gravité, quatre critères doivent en revanche être remplis (arrêts du TF 8C_897/2009 du 29 janvier 2010 consid. 4.5 et 8C_935/2009 du 29 mars 2010 consid. 4.1.3). Par contre, un seul d'entre eux peut être suffisant pour faire admettre l'existence d'une relation de causalité adéquate lorsque l'accident considéré apparaît comme l'un des plus graves de la catégorie intermédiaire (ATF 115 V 133 consid. 6 c/bb; 115 V 403 consid. 5 c/bb).

3.3. En cas de traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, de traumatisme analogue ou de traumatisme crânio-cérébral (ci-après: TCC) sans preuve d'un déficit fonctionnel organique, l'examen se fait sur la base de critères particuliers n'opérant pas de distinction entre les éléments physiques et psychiques des atteintes, lorsque les symptômes attribuables de manière crédible au tableau clinique typique (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.) se trouvent au premier plan (ATF 134 V 109 consid. 10.3; 117 V 359 consid. 6a).

Le Tribunal fédéral a toutefois précisé qu'en cas de TCC, un certain degré de sévérité de l'atteinte sous forme d'une contusio cerebri était nécessaire pour justifier l'application de la jurisprudence en

cas de traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, de traumatisme analogue ou de TCC. En revanche, en présence d'un TCC léger, l'examen d'un lien de causalité adéquate s'effectue en application de la jurisprudence en matière de troubles psychiques consécutifs à un accident (cf. arrêts 8C_596/2022 du 11 janvier consid. 4.3.1 et 8C_632/2018 du 10 mai 2019 consid. 7.2.2, publié in SVR 2019 UV n° 41 p. 155; arrêt 8C_75/2016 du 18 avril 2016 consid. 4.2 et les arrêts cités; sur la distinction médicale entre TCC léger et contusio cerebri, cf. arrêt 8C_44/2017 du 19 avril 2017 consid. 4.1).

En général, la gravité d'un traumatisme cranio-cérébral s'apprécie en fonction du score retenu selon l'échelle de Glasgow (Glasgow coma scale/GCS). Le patient est évalué sur trois critères cliniques (ouverture des yeux, réponse motrice à la douleur et réponse verbale), à chacun desquels on attribue un certain nombre de points, dont l'addition permettra de retenir une note finale. Le pire score est 3, le meilleur, 15. On parle de traumatisme cranio-cérébral mineur (TCCL, commotion cérébrale, ou encore Mild Traumatic Brain Injury/MTBI) en cas de GCS de 13 à 15; modéré: 9 à 13; grave: 3 à 8 (Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 264e éd., 2013, Trentz/Bühren, cité supra, p. 123, rubrique "Bewusstseinsstörung"; arrêt TF 8C_236/2016 du 11 août 2016 consid. 5.2; arrêt TFA U 276/04 du 13 juin 2005 consid. 2.2).

Par ailleurs, selon la jurisprudence, un traumatisme cranio-cérébral qui n'atteint tout au plus que le degré de gravité d'une commotion cérébrale – et non pas la limite d'une contusion cérébrale – ne suffit en principe pas pour appliquer la doctrine relative au coup du lapin. Une commotion cérébrale est un état de dysfonctionnement neurologique temporaire et rapidement réversible, s'accompagnant d'une perte de conscience de courte durée peu après la blessure. La victime souffre souvent d'amnésie concernant le moment de la blessure et/ou la période précédant celle-ci. Il n'y a toutefois pas d'anomalies neurologiques. La contusion cérébrale est une application focale de force sur le tissu cérébral, s'accompagnant de petites hémorragies parenchymateuses ou d'un œdème local (arrêt TF 8C_75/2016 du 18 avril 2026 consid. 4.2 et les références).

4.

Dispositions relatives à l'appréciation des preuves

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

Dans ce domaine, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références citées; arrêt TF 8C_704/2007 du 9 avril 2008 consid. 2). 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 319 consid. 5a).

Si, malgré les moyens mis en œuvre d'office par le juge pour établir la vérité du fait allégué par une partie, conformément au principe inquisitoire, ou par les parties selon le principe de leur obligation de collaborer, la preuve de ce fait ne peut être rapportée avec une vraisemblance prépondérante pour emporter la conviction du tribunal, c'est à la partie qui entendait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (DTA 1996-1997 n. 17 consid. 2a; 1991 n. 11 et 100 consid. 1b; 1990

n. 12 consid. 1b et les arrêts cités; ATF 115 V 113 consid. 3d/bb). Dans cette mesure, en droit des assurances sociales, le fardeau de la preuve n'est pas subjectif, mais objectif (RCC 1984 p. 128 consid. 1b).

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

En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions du médecin soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157).

4.3. Lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 122 V 157 consid. 1c et les références citées). En outre, l'on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (arrêt TF 9C_201/2007 du 29 janvier 2008).

Le caractère ponctuel d'une expertise ne saurait lui ôter toute valeur dans la mesure où le rôle d'un expert consiste justement à apporter un regard neutre et autorisé sur un cas particulier. Au demeurant, l'appréciation de l'expert ne repose pas uniquement sur les observations qu'il a directement effectuées mais tient compte de l'intégralité du dossier médical mis à sa disposition, ce qui permet au praticien d'avoir une représentation complète de l'évolution de la situation médicale (arrêt TF 9C_844/2009 du 29 mars 2010 consid. 4.3).

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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées).

4.4. Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, sont considérés comme objectivables les résultats de l'investigation (médicale) susceptibles d'être confirmés en cas de répétition de l'examen, lorsqu'ils sont indépendants de la personne de l'examineur ainsi que des indications données par le patient. On ne peut ainsi parler de lésions traumatiques objectivables d'un point de vue organique que lorsque les résultats obtenus sont confirmés par des investigations réalisées au moyen d'appareils diagnostiques ou d'imagerie et que les méthodes utilisées sont reconnues scientifiquement (ATF 138 V 248 consid. 5.1; arrêt 8C_612/2019 du 30 juin 2020 consid. 2.1 et les références citées).

5.

Examen du cas sous l'angle somatique – troubles physiques

Est d'abord litigieuse, la fin de la prise en charge par l'assurance-accidents des troubles somatiques, en particulier sous l'angle du syndrome post-commotionnel.

5.1. Dans le cadre de l'instruction du dossier, Generali a mandaté le Dr H._____, le Dr I._____, le Dr J._____ et K._____, experts au sein de L._____. Ceux-ci ont rendu leur rapport le 22 avril 2024, lequel a été complété le 26 août 2024 (pièces 422 et 460 du dossier ddd, sans plus mention ultérieure du numéro de dossier).

Sur le plan neurologique, le Dr I._____ relève qu'il n'est pas clair si la chute du 29 octobre 2022 a occasionné ou non une perte de connaissance. Il souligne, en revanche, qu'aucune lésion cérébrale ou cervicale n'est objectivée à l'imagerie (scanner et IRM répétés). Il fait état d'un examen globalement normal, sans déficit objectif : fonctions supérieures, nerfs crâniens, motricité, sensibilité et réflexes sont conservés, avec une marche spontanée harmonieuse. Il fait toutefois mention d'anomalies atypiques et non organiques (épreuve doigt-nez, Romberg, marche en funambule), évoquant un caractère fonctionnel. Les plaintes, pour leur part, sont qualifiées d'importantes mais peu spécifiques, avec céphalées, photophobie, phonophobie, sensations vertigineuses, acouphènes, troubles de l'équilibre et fatigabilité. Se fondant également sur les pièces médicales, il conclut que ces plaintes ne peuvent plus être objectivées par une atteinte neurologique. S'il ne lui paraît pas contestable que l'assurée a été victime d'un traumatisme crânio-cérébral, il en conclut que celui-ci a cessé de déployer ses effets dans les six mois, soit fin avril 2023. Selon lui, la capacité de travail est entière depuis lors.

K._____ a examiné l'assurée sur le plan neuropsychologique. Dans son rapport, elle relève que les examens mettent en évidence des limitations au niveau de la mémoire et de l'attention. Cela étant, elle relève que les tests en lien avec la collaboration ont échoué. Elle signale en revanche une amélioration significative des performances en fin de séance à une épreuve attentionnelle, après discussion des éventuelles répercussions sur l'aptitude à la conduite d'un véhicule. Elle souligne aussi que l'imagerie cérébrale est décrite comme normale. Dès lors, elle retient que les résultats obtenus à cet examen ne représentent pas les capacités réelles de la personne assurée et parlent en faveur de difficultés de mobilisation des ressources.

Enfin, quand bien même l'évaluation de la situation n'est plus contestée sous cet angle, il n'est pas inutile de rappeler les conclusions de l'expert en orthopédie. Dans l'expertise, le Dr H._____ retient que la patiente a, à la suite de sa chute, présenté une lésion au poignet droit avec atteinte du TFCC, épaule gauche avec tendinopathie du sus-épineux ainsi que des entorses du genou gauche et de la cheville droite. Ces atteintes ont été traitées de manière conservatrice avec évolution globalement favorable. Il relève, en particulier, que les atteintes des membres inférieurs sont désormais guéries et que les plaintes résiduelles au poignet droit et à l'épaule gauche sont mineures, sans limitation fonctionnelle significative ni besoin de traitement. L'examen clinique actuel est globalement normal, hormis une légère diminution de force à droite, et le problème principal demeure les plaintes subjectives persistantes attribuées au traumatisme crânien. Il en conclut que l'état de santé est stabilisé, sur le plan orthopédique, à la date de sortie de G._____, soit au 15 janvier 2024. Selon lui, sur le plan professionnel et au vu de l'activité habituelle, il est clair que cela ne justifie aucune incapacité de travail.

5.2. Force est de constater que les conclusions des experts ne sont pas mises en doute par les autres médecins interrogés.

D'emblée, on constate qu'elles sont cohérentes avec celles des médecins de G._____, auprès de laquelle l'assurée a séjourné du 1^{er} novembre 2023 au 15 janvier 2024. Dans leur rapport du 15 janvier 2024, les médecins de la clinique retiennent ne pas avoir pu objectiver de cause sous-jacente aux troubles et suspectent des troubles neurologiques fonctionnels surajoutés. Ainsi, ils constatent que l'imagerie n'objective pas d'atteinte susceptible d'expliquer les plaintes. En outre, ils précisent avoir tenté différentes approches pour traiter les céphalées, sans succès pour la plupart. Sur le plan neuropsychologique, les médecins soulignent des scores inférieurs à la norme au niveau attentionnel, de la mémoire à court terme, du travail verbal et exécutif. Cependant, à l'instar des experts, ils relèvent également la faible cohérence interne des résultats et mettent en doute la validité de ceux-ci.

De même, le Dr M._____, spécialiste en chirurgie et médecin-conseil, a considéré que l'accident avait occasionné un traumatisme cranio-cérébral de gravité moyenne et des troubles au poignet droit. Dans son rapport du 27 février 2023, il estimait qu'une reprise du travail était possible au cours du printemps 2023 (pièces 76).

N'examinant la situation que sous l'angle orthopédique, les Drs N._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et O._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, estiment que l'accident a causé une entorse importante au poignet avec lésion partielle du TFCC dont le traitement est exclusivement conservateur. Ces troubles occasionnent une limitation de mobilité et ils recommandent l'usage d'une attelle pour la réalisation de travaux lourds. En revanche, ils relèvent les difficultés à juger d'un lien de causalité entre d'autres troubles du poignet (irrégularité du ligament SL) et les troubles à l'épaule – lesquels avaient fait l'objet d'une stabilisation quelques années plus tôt – et l'accident, sans trancher expressément cette question (pièces 66, 128, 178.8, 178.18 et 226). Au niveau du genou gauche, le Dr P._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, constate la présence d'un épanchement articulaire qu'il estime en lien avec l'accident. Relevant une évolution favorable, il propose un traitement également conservateur (pièce 201). Ces différents orthopédistes confirment donc la stabilisation retenue par les experts.

Cette cohérence de l'expertise avec l'avis des différents médecins tend à renforcer le caractère convaincant des conclusions des experts, y compris sur le plan neurologique.

5.3. Cela étant, force est de constater que l'assurée a consulté de multiples médecins depuis la survenance de son accident. Parmi ceux-ci, certains ne partagent pas la position défendue par les experts et estiment que l'accident persiste à déployer ses effets au-delà de la fin avril 2023.

Q._____ et R._____, toutes deux neuropsychologues, sont d'avis que les troubles présentés par leur patiente (céphalées persistantes, vertiges, hypersensibilité au bruit et à la lumière, fatigue importante et fatigabilité, difficultés attentionnelles, de mémoire de travail et exécutives) sont compatibles avec un traumatisme crânio-cérébral modéré et un syndrome post-commotionnel. Pour autant, toutes deux soulignent que l'intensité et la persistance des difficultés cognitives semblent en grande partie modulées, voire majorées, par des facteurs secondaires : fatigue chronique, troubles du sommeil, céphalées constantes, probable syndrome de stress post-traumatique et réaction psychologique marquée à l'accident (hypervigilance, focalisation sur les symptômes, exigence très élevée envers soi-même) (pièces 142 et 167).

Le Dr S._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, indique que sa patiente souffre, depuis son accident, de céphalées, d'un manque de participation sociale et d'une certaine fatigue et fatigabilité. On peut relever que ce médecin semble soutenir que les migraines seraient en lien avec une hormonothérapie par Yira®, à savoir une hormone contraceptive (pièce 486.3).

Dans ses rapports des 30 janvier et 25 avril 2023, la Dre T._____, spécialiste en neurologie, retient le diagnostic principal de status après traumatisme cranio-cérébral de degré modéré le 29 octobre 2022 avec chute à cheval, amnésie circonstancielle complète avec possible perte de connaissance initiale (durée indéterminée, mais pas de perte de connaissance initiale selon le rapport des urgences), aggravation clinique secondaire, sans nouvelle lésion cérébrale identifiée. Selon elle, les troubles sont d'origine multifactoriels mais partiellement en lien avec l'accident. Elle précise que les deux IRM cérébrales ne montrent pas de lésion mais constate que les symptômes existent exclusivement depuis l'accident (pièces 112 et 178.10).

Le Dr U._____, spécialiste en médecine interne générale, soutient que sa patiente présente des symptômes persistant en lien avec l'accident du 29 octobre 2022, soit des céphalées tensionnelles persistantes et complexes sans solution thérapeutique, des troubles de l'équilibre, des troubles visuels spatiaux et des troubles cognitifs avec des performances en dent de scie. Selon lui, ces troubles sont en lien avec l'accident dès lors que sa patiente ne les présentait pas avant celui-ci, relevant qu'il y a « *une discrédance majeure entre les conséquences de l'événement du 29 octobre 2022 sur la vie de [sa patiente] et le diagnostic final de l'expertise relevant d'une simple commotion* » (pièces 175, 408 et 437; cf. ég. rapport joint à la réplique).

Dans son rapport du 1^{er} décembre 2025, le Dr V._____, chiropraticien, indique ne pas comprendre comment les experts peuvent conclure que sa patiente est en mesure de travailler. Selon sa propre appréciation, elle présente tous les indicateurs d'un syndrome post-commotionnel avéré et réfractaire au traitement. Outre les déclarations de sa patiente, le médecin fonde son avis sur un examen neurocom (posturographie computerisée) qui montre de grosses dysfonctions aussi bien oculaires, vestibulaires que du système de proprioception globale. Il évoque aussi un examen médical qui montre un rachis cervical avec de grosses dysfonctions ainsi que des tensions musculaires cervicales et des insertions fasciales crâniennes importantes. Selon lui, le status du système nerveux autonome est également très perturbé (rapport joint à la réplique).

Enfin, plusieurs médecins n'examinent pas en détail la question de la causalité des troubles, se contentant d'indiquer qu'ils sont postérieurs à l'accident. Tel est notamment le cas du Dr W._____, spécialiste en ophtalmologie (pièce 178.20), du Dr X._____, spécialiste en rhumatologie (pièce 416), du Dr Y._____, spécialiste en anesthésiologie, et du Dr Z._____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie.

5.4. À la lumière des éléments qui précèdent, les rapports des médecins traitants apparaissent comme reposant sur des raisonnements hétérogènes et insuffisamment étayés sur le plan objectif. En particulier, les atteintes alléguées ne sont pas corroborées par des constatations cliniques ou paracliniques objectivables, notamment au regard de l'imagerie ne mettant en évidence aucune lésion significative (cf. consid. 4.4 ci-avant).

En outre, certains médecins déduisent le lien de causalité essentiellement de la succession temporelle entre l'accident et l'apparition des troubles. Tel est notamment le cas de la Dre T._____, qui retient un lien partiel malgré l'absence de lésion objectivable, ou du Dr U._____, qui fonde son appréciation sur le fait que les symptômes n'étaient pas présents avant l'événement.

Un tel raisonnement, de type « *post hoc ergo propter hoc* », ne suffit toutefois pas à établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, un lien de causalité vraisemblable (cf. consid. 2.3 ci-avant). A cet égard, certains avis médicaux ne procèdent pas non plus à une analyse circonstanciée de la causalité, se limitant à constater la survenance des troubles postérieurement à l'accident.

Pour sa part, l'avis des neuropsychologues décrit de manière détaillée les facteurs non traumatiques, mais ne traite pas de façon structurée la question du lien de causalité entre ceux-ci et les troubles constatés. En outre, les rapports relèvent des scores insuffisants à certains tests de validité de performance, qu'ils attribuent à une difficulté à maintenir un effort cognitif constant en lien avec des facteurs psychologiques, sans toutefois présenter ces résultats de manière transparente et systématique, alors que l'expertise le fait de façon nettement plus rigoureuse. Par ailleurs, les rapports dépeignent une patiente présentant des plaintes très nombreuses, diffuses et envahissantes, alors que le profil neuropsychologique objectivé ne met en évidence qu'un trouble qualifié de léger à moyen, avec des atteintes ciblées et limitées à certains domaines.

Enfin, l'appréciation du Dr V._____ repose largement sur les déclarations de la personne assurée ainsi que sur des examens tels que la posturographie computerisée (Neurocom), dont la portée diagnostique et la valeur probante en matière d'évaluation des troubles consécutifs à un traumatisme crânio-cérébral demeurent limitées et ne permettent pas, à elles seules, d'établir l'existence d'une atteinte objectivable au sens de la pratique médico-assécurologique. D'autre part, les constats évoqués, tels que des « *dysfonctions* » oculaires, vestibulaires ou proprioceptives globales, des tensions cervicales ou encore une perturbation du système nerveux autonome, ne sont pas étayés par des éléments cliniques objectivables ni intégrés dans un raisonnement médical structuré permettant d'en déduire une incapacité fonctionnelle déterminante. Quoi qu'il en soit, ce chiropraticien ne discute pas de manière circonstanciée les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire, en particulier l'absence de substrat organique objectivable et les éléments plaidant en faveur d'un trouble fonctionnel.

Dans ces conditions, ces différents rapports ne présentent pas une valeur probante suffisante pour remettre en cause les conclusions de l'expertise médicale, laquelle demeure plus convaincante.

5.5. Enfin, les autres pièces au dossier ne sont pas déterminantes, qui ne traitent pas la problématique ici litigieuse du lien de causalité, respectivement du *statu quo*.

Dans leur rapport du 28 mai 2025, les médecins de AA._____ ne font pas mention d'un quelconque accident comme étiologie des troubles du sommeil (joint à la réplique).

Dans son rapport du 19 août 2024, le Dr Y._____, spécialiste en anesthésiologie, se contente de relayer des troubles du sommeil et des maux de tête, sans non plus évoquer d'accident (joint à la réplique).

Dans un rapport du 4 novembre 2024, le Dr AB._____, non-inscrit sur Medreg, retient qu'il y a apparemment une claire diminution de la tolérance vestibulaire, signifiant qu'une légère activation vestibulaire sera interprétée comme dérangement et provoquera différents signes et symptômes. Il ne mentionne pas d'accident (pièce 479).

Dans son rapport du 3 novembre 2022, le Dr AC._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, évoquait des plaintes dans le cadre du syndrome post-commotionnel mais n'a pas été reconsulté par la suite (pièce 70).

5.6. Compte tenu de l'ensemble de ce qui précède, il n'existe aucun motif de s'écarter des conclusions des experts, lesquelles peuvent dès lors être suivies.

Partant, la Cour retient que les plaintes neurologiques ne peuvent plus être rattachées à une atteinte organique en lien avec l'accident au-delà de six mois, soit après fin avril 2023, ce qui conduit à retenir un *statu quo* à cette date.

6.

Examen du cas sous l'angle psychique – critères

La recourante soutient également qu'il existe un lien de causalité entre les troubles psychiques présentés et l'accident du 29 octobre 2022.

Il s'agit dès lors ici de trancher cette question.

A noter que, s'agissant des deux autres accidents survenus le 14 septembre 2023 et le 1^{er} octobre 2023, un tel lien de causalité n'est pas allégué par la recourante.

Cela étant, la Cour constate que, le 29 octobre 2022, l'assurée a subi un traumatisme crânien ce qui pose la question de l'application par analogie de pratique dite du « coup du lapin ».

Cependant, le rapport des urgences montre que, à son arrivée, la recourante présentait un Glasgow de 15 (pièce 35).

En outre, l'imagerie médicale réalisée suite à cet accident ne montrait pas d'atteinte structurelle visible (pièces 45 et 71). Dans un tel cas et conformément à la jurisprudence, l'examen du lien de causalité adéquate n'est pas régi par la jurisprudence applicable aux traumatismes de type « coup du lapin », mais par celle relative aux troubles psychiques consécutifs à un accident qui impose la prise en compte de critères.

6.1. En matière de causalité adéquate des troubles psychiques, il importe dans un premier temps d'examiner ce qui s'est passé à cette date en se référant aux pièces du dossier ddd.

Dans la déclaration d'accident du 5 novembre 2022, la recourante a indiqué avoir subi une chute à cheval à AD._____, dans les champs proches dits de la « AE._____ » (écurie). Elle s'est plainte d'une contusion à la tête du côté droit (pièce 1). Dans un questionnaire du 31 janvier 2023, la recourante a indiqué qu'elle pratiquait l'équitation depuis 15 ans, plusieurs fois par semaine. Invitée à préciser les circonstances de l'accident, elle a indiqué que « *son cheval avait été apeuré par un troupeau de génisses et s'est agité* ». Elle a ensuite listé ses atteintes comme suit : « *commotion cérébrale, épaule gauche, poignet droit, genou gauche, cheville droite, menton, avant-bras droit, dents* » (pièce 36). Lors d'un entretien avec son assurance le 2 février 2023, elle a indiqué qu'« *elle effectuait une randonnée équestre seule avec son nouveau cheval. Devant passer à côté d'un troupeau de génisses, elles se sont agitées brutalement, faisant peur au cheval. Ce dernier s'est retourné d'un coup sec en galopant de peur à tout vitesse. En voulant l'arrêter en tirant sur la bride, le cheval a fait un virage brusque l'éjectant au sol. Elle est retombée directement sur la tête et le côté droit. En chutant, elle a subi un choc à la tête avec perte de connaissance, une plaie à l'avant-bras et au menton. A noter qu'elle portait une bombe sur la tête. Il semble qu'elle ait pu appeler sa fille mais ne se rappelle plus vraiment comment. Un passant a pu l'emmener aux urgences [...]* » (pièces 28 et 53).

Au niveau médical, les urgentistes de AF._____ indiquent que leur patiente a fait une chute à cheval à haute cinétique, casquée, avec réception sur le menton et l'hémicorps droit. Ils soulignent qu'elle a subi un traumatisme crânien sans perte de connaissance ni amnésie cérébrale. Selon leurs indications, elle s'est d'emblée relevée par elle-même et a marché quelques pas, mais s'est toutefois rassise rapidement au vu des vertiges. Un passant l'a conduite aux urgences, où elle a été prise en charge au tri avec immobilisation sur plan dur et pose d'une minerve. Des douleurs au membre supérieur droit sont aussi mentionnées. Après avoir suturé les plaies à l'avant-bras et au menton, ils ont renvoyé la patiente « à [son] domicile avec informations pour TCC mineur » (pièce 25; cf. ég. pièce 45).

Par la suite, dans des rapports des 29 novembre et 16 décembre 2022, le Dr AG._____ a indiqué que sa patiente avait subi une « *violente chute à cheval* » avec traumatisme crânien et perte de connaissance de durée indéterminée, plaie au menton et à l'avant-bras droit. Selon lui, elle souffrait depuis de troubles de l'équilibre, d'un syndrome vestibulaire et de troubles de la mémoire allant se dégradant (pièces 17 et 49). Dans son rapport du 23 décembre 2022, la Dre AH._____, sans spécialisation selon le registre des professions médicales, a indiqué que sa patiente avait consulté après avoir « *présenté une chute à cheval le 29.10.2022 avec réception sur le poignet droit. Elle aurait consulté les urgences cantonales ou la radiographie du poignet n'aurait rien révélé* » (pièce 21).

Dans son rapport du 30 janvier 2023, la Dre T._____ a indiqué que sa patiente avait souffert d'un traumatisme cérébral de degré modéré le 29 octobre 2022 avec chute à cheval (impact à la tête probable) et amnésie circonstancielle complète avec possible perte de connaissance initiale (durée indéterminée, mais pas de perte de connaissance initiale selon le rapport des urgences) (pièce 112).

Il existe une contradiction entre les différentes versions de l'accident, en particulier quant à la présence (ou non) d'une perte de connaissance et d'une amnésie cérébrale. Face à cette incohérence, la Cour va se référer aux faits tels que rapportés par les urgentistes du AF._____. Etablie au plus près de l'événement, cette version reflète l'état clinique initial de la recourante sans distorsion rétrospective. Les urgentistes ont procédé à un examen objectif, sans relation thérapeutique durable ni enjeu médico-légal, et ont consigné les faits tels que rapportés et observés sur le moment. Les versions ultérieures - qu'elles émanent de la recourante elle-même ou de médecins intervenant des semaines voire des années après l'accident - sont susceptibles d'avoir été influencées par l'évolution des symptômes, le contexte assécurologique ou une reconstruction a posteriori des faits. Il s'agit par ailleurs d'une appréciation conforme à la jurisprudence du Tribunal fédéral, selon lequel il convient en général d'accorder la préférence aux premières déclarations de l'assuré, faites alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être – consciemment ou non – le fruit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 47 consid. 2a, 115 V 143 consid. 8c).

6.2. Compte tenu de l'état de fait qui précède, la Cour qualifie la gravité des événements survenus le 29 octobre 2022.

Si l'on se réfère à la casuistique du Tribunal fédéral en matière de chute, celui-ci estime comme faisant partie de la limite supérieure de la catégorie des accidents de gravité moyenne, les chutes qui se sont produites d'une hauteur entre 5 et 8 mètres et qui ont entraîné des lésions osseuses relativement sévères (RAMA 1999 n° U 330 p. 122 consid. 4b/bb; RAMA 1998 n° U 307 p. 448 consid. 3a). Il a également admis l'existence d'un accident à la limite des accidents graves dans le

cas de chutes d'une hauteur plus faible, en présence de circonstances supplémentaires. Par exemple, il a jugé comme tel le cas d'un assuré ayant chuté d'une hauteur de quatre ou cinq mètres suite à la rupture de l'échafaudage sur lequel il se tenait, subissant une fracture du sternum, un TCC léger et des contusions (arrêt TF 8C_657/2013 du 3 juillet 2014) ou celui d'un assuré électricien monteur tombé d'environ 3 à 4 mètres sur le sol après avoir subi une électrisation et été trouvé pratiquement inconscient dans une petite mare de sang (8C_584/2010 du 11 mars 2011). Pour qu'une chute de moins de cinq mètres soit considérée comme à la limite des accidents graves, il doit donc exister des circonstances supplémentaires d'une certaine importance.

Dans la plupart des cas de chute de hauteurs inférieures, le Tribunal fédéral a estimé qu'il s'agissait plutôt d'accidents de gravité moyenne. Par exemple, il a considéré comme tel le cas d'un assuré qui a chuté d'un échafaudage (d'une hauteur de 3 à 3.5 mètres) dont la planche a cédé, occasionnant une contusion de la tête sans perte de connaissance et sans amnésie, une plaie de 3X3 cm à l'arrière du crâne, une contusion de l'épaule droite, une fracture de la phalange distale du troisième doigt de la main droite ainsi qu'une contusion thoracique latérale au niveau des côtes 5/6 (arrêt TF 8C_420/2013 du 30 mai 2014) ou d'un assuré tombé d'une échelle d'une hauteur d'environ trois mètres et occasionnant de multiples fractures (aile iliaque droite in situ, branche ilio-pubienne haute à droite, aileron sacrée au niveau S1 in situ et tête radiale droite) ainsi qu'une contusion de l'hémithorax droit et de l'épaule droite (arrêt TF 8C_463/2014 du 24 juin 2015; 8C_826/2011 du 17 décembre 2012; 8C_305/2011 du 6 mars 2012; 8C_855/2009 du 21 avril 2010; 8C_584/2007 du 9 septembre 2008).

A l'aune de cette casuistique, les forces en présence lors d'une chute de cheval au galop doivent tout au plus être qualifiées de gravité moyenne au sens strict.

Cela étant, la recourante estime qu'il est plus juste de se référer à la casuistique relative aux accidents de la route en particulier des accidents de moto.

Si l'on se réfère à la casuistique des accidents impliquant des motocyclistes percutés par un véhicule automobile, les cas classés dans la catégorie des accidents de gravité moyenne stricto sensu ont en commun le choc d'un motocycliste roulant à une vitesse comprise entre 50 km/h et 70 km/h avec un automobiliste en train de bifurquer (cf. arrêts 8C_902/2010 du 6 avril 2011; 8C_726/2007 du 16 mai 2008; U 78/07 du 17 mars 2008; U 115/05 du 14 septembre 2005). En revanche, l'accident subi par une assurée, fauchée par une voiture qui n'a pratiquement pas freiné et projetée en l'air à près de 15 mètres, a été rangé à la limite supérieure des accidents de gravité moyenne (arrêt U 214/04 du 15 mars 2005). De même, dans deux arrêts, le Tribunal fédéral a considéré que l'accident subi par un cycliste violemment percuté par une voiture et projeté à 30 mètres de la zone de choc, de même que la collision d'un cycliste, projeté à plus de 20 mètres de la zone de choc, avec un véhicule roulant à une vitesse de 60 à 70 km/h, devaient être qualifiés d'accidents de gravité moyenne à la limite des cas graves (arrêts 8C_929/2015 du 5 décembre 2016 consid. 4.3.3 et 8C_818/2015 du 15 novembre 2016 consid. 5.3). Tel a aussi été le cas d'un motocycliste projeté à une dizaine de mètres du point d'impact après avoir été percuté par un véhicule automobile (arrêt TF 8C_134/2015 du 14 septembre 2015) et d'une collision frontale violente s'était produite entre un scooter et une camionnette (arrêt TF 8C_917/2010 du 28 septembre 2011).

Il apparaît ainsi que, également si l'on se réfère à la casuistique relative aux accidents de la circulation, les forces en présence lors d'une chute de cheval au galop ne sont pas comparables avec celles présentes lors d'un accident qualifié de grave ou de gravité moyenne à la limite des accidents graves. La chute d'espèce doit être qualifié d'accident de gravité moyenne au sens strict.

Cela est par ailleurs cohérent avec la rare jurisprudence fédérale en matière d'accident d'équitation (arrêt TF U 168/03 du 9 décembre 2023 consid. 4).

6.3. Compte tenu de la gravité moyenne au sens strict de l'accident survenu le 29 octobre 2022, la Cour doit examiner si trois critères sont remplis, respectivement si l'un d'entre eux est rempli d'une manière particulièrement prégnante.

6.3.1. S'agissant d'abord du critère des circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou du caractère particulièrement impressionnant de l'accident, il repose sur l'idée que de telles circonstances sont propres à déclencher chez la personne qui les vit des processus psychiques pouvant conduire ultérieurement au développement d'une affection psychique. C'est le déroulement de l'accident dans son ensemble qu'il faut prendre en considération (arrêt TF 8C_929/2015 du 5 décembre 2016 consid. 5.3). L'examen se fait sur la base d'une appréciation objective des circonstances de l'espèce et non en fonction du ressenti subjectif de l'assuré, en particulier de son sentiment d'angoisse. Il faut observer qu'à tout accident de gravité moyenne est associé un certain caractère impressionnant, lequel ne suffit pas pour admettre l'existence du critère en question (cf. arrêts du TF 8C_96/2017 du 24 janvier 2018 consid. 5.1 et 8C_1007/2012 du 11 décembre 2013 consid. 5.4.1).

Concrètement, cela implique que, dans la pratique, ce critère n'a pas été considéré comme rempli dans le cas d'une chute d'environ 4 mètres qui a provoqué plusieurs fractures au niveau du coude gauche (arrêt TF 8C_766/2017 du 30 juillet 2018), dans le cas d'une chute de 3 mètres occasionnant de multiples fractures (hanche, pubis, sacrum et radius) ainsi qu'une contusion de l'hémithorax droit et de l'épaule droite (arrêt TF 8C_463/2014 du 24 juin 2015) ainsi que dans le cas précité d'une chute de 4.5 mètres suivie d'une glissade de plusieurs mètres, l'assuré ayant ensuite été couvert par plusieurs planches de coffrage (arrêt TF 8C_657/2013 du 3 juillet 2014).

Au vu des circonstances du présent cas et de cette casuistique, l'on doit donc nier que ce critère soit rempli dans le cas présent.

6.3.2. S'agissant ensuite du critère de la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, ce critère implique l'existence de lésions physiques graves (en substance des lésions potentiellement fatales ou particulièrement handicapantes ; cf. arrêt TF 8C_398/2012 du 6 novembre 2012 consid. 6.2.1) ou, s'agissant de la nature particulière des lésions physiques, d'atteintes à des organes auxquels l'homme attache normalement une importance subjective particulière (par exemple la perte d'un œil ou certains cas de mutilations à la main dominante ; cf. arrêt TF 8C_566/2013 du 18 août 2014 consid. 6.2.2).

En l'occurrence, il apparaît que l'accident du 29 octobre 2022 a occasionné un traumatisme crânien simple, une plaie superficielle de l'avant-bras droit, des plaies profondes au menton (pièce 35) ainsi que des dommages dentaires (dents 14, 43 et 44) (pièces 14, 193 et 269). S'agissant du traumatisme crânien, l'imagerie médicale n'a pas montré de lésion (pièce 112). Pour leur part, les troubles au poignet ont par la suite été qualifiés d'entorse du poignet avec une lésion partielle du TFCC (pièces 66 et 201). Enfin, des troubles à l'épaule ont été constaté par le Dr O. _____, sous la forme d'une bursite (pièce 128).

L'ensemble des lésions physiques objectivables ne constituent pas des lésions qui sont qualifiées de graves au sens de la casuistique précitée.

Ce critère n'est donc pas rempli.

A noter que les plaintes neurologiques (céphalées, douleurs musculaires, vertiges, acouphènes, troubles de la concentration, de l'élocution, de la mémoire et de l'équilibre) ne sont pas objectivement vérifiables (pièces 50, 112). En effet, on ne peut parler de séquelles d'accident objectivement constatées sur le plan organique que si les résultats recueillis ont été confirmés par des examens instrumentaux ou d'imagerie et que les méthodes d'examen utilisées à cet effet sont scientifiquement reconnues (ATF 138 V 248, consid. 5.1, p. 251 ; 134 V 109 consid. 7 ss, p. 118 ss ; cf. également ATF 117 V 359 consid. 5, p. 361 ss).

6.3.3. En ce qui concerne l'examen du critère de la durée anormalement longue du traitement médical, il faut uniquement prendre en compte le traitement thérapeutique nécessaire.

N'en font pas partie les mesures d'instruction médicale et les simples contrôles chez le médecin (arrêt TF 8C_566 du 18 août 2014 et les références citées). Dans ce domaine, l'aspect temporel n'est pas seul décisif; sont également à prendre en considération la nature et l'intensité du traitement, et si l'on peut en attendre une amélioration de l'état de santé de l'assuré (arrêt TF 8C_533/2017 du 17 avril 2018 consid. 3.3 et les références). La prise de médicaments antalgiques et la prescription de traitements par manipulations même pendant une certaine durée ne suffisent pas à fonder ce critère (arrêt TF 8C_804/2014 du 16 novembre 2015 consid. 5.2.2 et la référence). La jurisprudence a notamment nié que ce critère fût rempli dans le cas d'un assuré dont le traitement médical du membre supérieur accidenté avait consisté en plusieurs opérations chirurgicales et duré deux ans (arrêt U 37/06 du 22 février 2007 consid. 7.3) ainsi que dans le cas d'un assuré ayant quatre interventions chirurgicales avec des hospitalisations de courte durée (arrêt TF 8C_249/2018 du 12 mars 2019 consid. 5.2.3).

En l'occurrence, il apparaît que le traitement des séquelles orthopédique de l'accident a été essentiellement conservateur. La personne assurée a en outre bénéficié de traitements dentaires pour les lésions occasionnées par l'accident. Pris de manière globale, un tel traitement ne peut être qualifié d'une durée anormalement longue ou d'une intensité particulière.

Ce critère n'est pas non plus rempli.

6.3.4. S'agissant du critère des douleurs physiques persistantes, il y a lieu de préciser qu'il faut que des douleurs importantes aient existé sans interruption notable durant tout le temps écoulé entre l'accident et la clôture du cas (cf. art. 19 al. 1 LAA). L'intensité des douleurs est examinée au regard de leur crédibilité, ainsi que de l'empêchement qu'elles entraînent dans la vie quotidienne (ATF 134 V 109 consid. 10.2.4). Les troubles psychiques ne doivent pas être pris en compte dans ce contexte, même s'ils sont impressionnants sur le plan physique (arrêt TF 8C_117/2019 consid. 7.2 avec référence; cf. également arrêt TF 8C_476/2021 du 2 mars 2022 consid. 6.2.2).

En l'occurrence, il ressort du rapport d'expertise que les suites de l'accident ont fait l'objet d'une évolution favorable sur le plan orthopédique, avec une stabilisation au 15 janvier 2024, alors que sur le plan neurologique le status quo doit être fixé à la fin avril 2023. Or, pour être prises en compte, les douleurs doivent pouvoir être objectivées sur le plan organique (arrêts du TF 8C_123/2018 du 18 septembre 2018 consid. 5.2.2.1, 8C_236/2016 du 11 août 2016 consid. 6.2.4 et 8C_825/2008 du 9 avril 2009 consid. 4.6) et l'appréciation doit écarter d'éventuelles douleurs causées par des troubles qui ne seraient pas en lien avec l'accident (arrêt TF 8C_468/2008 du 25.09.2008 consid. 6.3.3).

Dans ce contexte, le critère des douleurs physiques persistantes ne peut à son tour pas être considéré comme rempli.

6.3.5. Il n'est pas constaté ou allégué d'erreur dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident.

Cet autre critère n'est donc pas rempli.

6.3.6. S'agissant encore du critère des difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes, on rappelle que la simple durée du traitement médical et des troubles dont on se plaint ne permet pas de conclure à un processus de guérison difficile et à des complications importantes (arrêts du TF 8C_632/2018 du 10.05.2019 consid. 10.3; 8C_123/2018 du 18 septembre 2018 consid. 5.2.2.2).

Pour admettre ce critère, il doit exister des motifs particuliers ayant entravé ou ralenti la guérison, et ce même s'il n'a pas été possible de supprimer les douleurs de l'intéressé, ni même de rétablir une capacité de travail entière (arrêts 8C_196/2016 du 9 février 2017 consid. 5.4 et les références; 8C_249/2018 du 12 mars 2019 consid. 5.2.5). Ce critère a notamment été admis dans le cas d'une rechute (arrêt TF 8C_249/2018 du 12 mars 2019 consid. 5.2.3).

Il ne ressort pas du dossier qu'un tel motif apparaisse dans le cas d'espèce, de sorte que ce critère, là encore, ne saurait être considéré comme étant rempli.

6.3.7. Enfin, en ce qui concerne le critère du degré et de la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques, il doit se rapporter aux seules lésions physiques et ne se mesure pas uniquement au regard de la profession antérieurement exercée par l'assuré. Ainsi, il n'est pas rempli lorsque l'assuré est apte, même après un certain laps de temps, à exercer, à plein temps une activité adaptée aux séquelles accidentelles qu'il présente (arrêts du TF 8C_93/2022 du 19 octobre 2022 consid. 5.3 et 8C_209/2020 du 18 janvier 2021 consid. 5.2.2).

Ce critère est en principe admis pour une incapacité totale de travail de près de trois ans (arrêts du TF 8C_600/2020 du 3 mai 2021 consid. 4.2.4 et 8C_547/2020 du 1er mars 2021 consid. 5.1), mais pas en présence d'une incapacité de travail totale d'un peu plus d'une année (arrêt TF 8C_209/2020 du 18 janvier 2021 consid. 5.2.2), d'un an et demi (arrêt TF 8C_627/2019 du 10 mars 2020 consid. 5.4.5), de 20 mois (arrêt TF 8C_93/2022 du 19 octobre 2022 consid. 5.3), de 21 mois (arrêt TF 8C_600/2020 précité consid. 4.2.4) ou de deux ans et quatre mois (arrêt TF 8C_547/2020 du 1er mars 2021 consid. 5.3 et 5.4).

Comme relevé ci-avant, l'état de santé doit être considéré comme stabilisé au 15 janvier 2024 sur le plan orthopédique, avec une pleine capacité de travail dans l'ancienne activité. Sur le plan neurologique, le status quo a été fixé à la fin avril 2023.

Cela correspond à une durée d'incapacité de travail que la casuistique ne considère pas comme suffisant pour admettre la réalisation de cet ultime critère à examiner.

6.4. Il ressort de ce qui précède que l'existence d'un lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques présentés par la recourante et l'accident du 29 octobre 2022 doit être niée, aucun des critères n'étant remplis en l'espèce.

Compte tenu de l'absence d'un lien de causalité adéquate, c'est à juste titre que l'assurance-accidents a nié sa responsabilité dans la prise en charge des troubles psychiques présentés.

7. *Sort du recours*

7.1. Il ressort de l'ensemble de ce qui précède que la décision mettant fin aux prestations d'assurance au 30 avril 2023 s'agissant du syndrome post-commotionnel est bien fondée, sous l'angle des atteintes physiques comme des atteintes psychiques.

Le recours est dès lors rejeté.

7.2. Compte tenu du principe de gratuité applicable en procédure (art. 61 let. fbis LPG), il n'est pas perçu de frais de procédure.

7.3. Aucune indemnité de partie n'est enfin allouée.

la Cour arrête :

- I. Le recours est rejeté.
- II. Il n'est pas perçu de frais de procédure ni alloué d'indemnité de partie.
- III. 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 7 juillet 2026/pte

Le Président

La Greffière