

S2 23 34

**ARRÊT DU 24 AVRIL 2025**

**Tribunal cantonal du Valais  
Cour des assurances sociales**

Composition : Candido Prada, président ; Frédéric Fellay et Christophe Joris, juges ;  
Véronique Largey, greffière

**en la cause**

**X \_\_\_\_\_**, recourante, représentée par Maître Basile Couchepin, avocat, Martigny

**contre**

**BÂLOISE ASSURANCES SA**, intimée, représentée par Maître Michel D'Alessandri,  
avocat, Genève

(art. 6 al. 1 LAA, art. 52 al. 4 LPGA ; causalité, traumatisme cervical,  
retrait de l'effet suspensif du recours)

## Faits

A. Le 8 juillet 2021, le Dr A \_\_\_\_\_, médecin généraliste à B \_\_\_\_\_, a prescrit à X \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recoursante), née en 1981, plusieurs médicaments, notamment un analgésique et un myorelaxant indiqué en cas de spasticité liée à des lésions cérébrospinales, ainsi qu'un collier cervical souple (pièces 1 et 2 du dossier déposé par Bâloise Assurance SA, d'où toutes les pièces mentionnées ci-dessous sont, sauf indication contraire, tirées).

Ce même médecin a demandé une IRM du rachis cervical de sa patiente, en raison d'une chute en arrière. Cet examen, réalisé le 11 août 2021, a montré une discopathie dégénérative en C5-C6 avec complexes disco-ostéophytiques postérieurs médians et paramédians gauches produisant un discret rétrécissement canalaire, une minime sténose foraminale en C5-C6 bilatérale ainsi que des ganglions lymphatiques jugulaires supérieurs bilatéraux agrandis, à corrélérer à l'examen clinique (pièce 3).

Un examen neurologique avec électroneuromyographie (ci-après : ENMG) a été pratiqué le 30 septembre 2021 au Service de neurologie de C \_\_\_\_\_. Dans le rapport correspondant du 5 octobre suivant, un possible syndrome myofascial et des épisodes de malaises (probables syncopes vasovagales) d'étiologie indéterminée figuraient sous la rubrique du diagnostic. D'après l'anamnèse, la patiente avait émis plusieurs plaintes depuis juin 2021, après avoir eu beaucoup de travail à l'origine d'un stress important durant les deux à trois dernières semaines, par manque de personnel. Premièrement, il y avait des douleurs cervicales et dans la région du trapèze, avec des contractures musculaires et une sensation désagréable lors des mouvements de la tête, qui irradiaient parfois dans un territoire pas clairement nerveux, par la face droite ou par le bras proximal. Au mois de juillet, quelques épisodes d'impossibilité à lever les bras ou à ouvrir les mains des deux côtés, sans perte de force, s'étaient produits durant deux à trois minutes, jusqu'à une récupération complète. Pour ces raisons, une IRM avait été effectuée. L'ENMG n'avait pas montré de signe de radiculopathie à ce niveau. Ces douleurs pouvaient correspondre à un possible syndrome myofascial. La patiente avait également signalé des fourmillements occasionnels dans les régions médiales des mains, aux quatrième et cinquième doigts, à droite plus qu'à gauche. L'ENMG était compatible avec une neuropathie ulnaire démyélinisante légère par compression au niveau des coudes, sans lésion axonale. La patiente avait finalement décrit des épisodes de malaises, avec sensations d'évanouissement, pâleur, sudation et nausées, qui semblaient être des syncopes vasovagales peut-être liées à la nervosité mais

probablement pas d'origine comitiale. Globalement, le status neurologique était normal, sans déficit moteur ou sensitif. Les réflexes musculo-tendineux étaient faibles mais symétriques des deux côtés. La patiente avait arrêté son travail depuis le mois d'août, avec amélioration de la sensation et diminution des épisodes d'impossibilité à lever les bras ou à ouvrir les mains. Elle avait des douleurs dans la région du trapèze et des cervicalgies droites, sans irradiation, qui augmentaient avec les mouvements de la tête (pièce 4).

Le Dr A \_\_\_\_\_ a renouvelé, les 14 mars et 27 avril 2022, l'ordonnance pour le myorelaxant prescrit antérieurement (pièces 5 à 7), la dernière ordonnance comportant en outre l'analgésique également déjà prescrit (pièce 7).

Sur la feuille-accident LAA, qui concernait les périodes d'incapacité de travail attestées médicalement, figuraient une incapacité de travail de 100% dès le 13 août 2021 et une nouvelle période d'incapacité totale de travail, inscrite lors de la consultation du 27 avril 2022, depuis le 29 avril suivant jusqu'à la date du prochain rendez-vous fixé au 31 mai 2022 (pièce 17).

Les indications de l'IRM du rachis cervical du 6 mai 2022 étaient les suivantes : « Paresthésies du trajet en C6-C7 à la palpation de C4-C5 et comparaison avec l'IRM du 11 août 2021 ». Les résultats étaient rapportés comme suit : « Statu quo par rapport à l'IRM du 11 août 2021. Pas d'anomalie expliquant la symptomatologie. Discopathie dégénérative en C5-C6 débutante, avec débord disco-ostéophytique postéro-médian et postéro-latéral gauche sans retentissement nerveux » (pièce 9).

En date du 9 mai 2022, une IRM lombo-sacrée a été effectuée, pour cause de dysesthésie du pied gauche. Cet examen s'est révélé être dans les limites de la norme, mettant simplement en évidence un probable gros follicule ovarien droit (pièce 10).

Le 19 mai 2022, D \_\_\_\_\_, responsable du magasin E \_\_\_\_\_, a adressé une déclaration de sinistre selon la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA) à l'attention de Bâloise Assurance SA (ci-après : l'assurance ou l'intimée). Selon ses informations, X \_\_\_\_\_ était employée à plein temps en tant que gestionnaire de vente. Le 1<sup>er</sup> juillet 2021, en déchargeant le véhicule de livraison dans le cadre de son activité professionnelle, l'assurée était tombée en arrière sur le dos et avait ressenti des douleurs à la nuque et au dos. Les premiers soins avaient été prodigués au cabinet du Dr A \_\_\_\_\_ par la Dresse F \_\_\_\_\_. Dans les suites de cet accident, le travail avait été interrompu le 13 août 2021 (pièce 11).

La Dresse F \_\_\_\_\_ a complété un certificat médical LAA en date du 19 mai 2022. Aux termes de ce compte-rendu, la patiente avait expliqué avoir fait une chute en arrière le 1<sup>er</sup> juillet 2021 et ressenti des cervicalgies juste après le choc, ainsi que des vertiges, des nausées et une sensation de malaise. Le traitement avait débuté le 8 juillet 2021. Depuis l'accident, l'assurée souffrait de contractures para-cervico-dorso-lombaires et de l'épaule droite, de vertiges et de sensations de malaise à répétition. L'IRM du 11 août 2021 n'avait pas montré de fracture. Le diagnostic provisoire était celui d'entorse cervicale. Les symptômes étaient dus à l'accident du 1<sup>er</sup> juillet 2021. Auparavant, la patiente n'avait pas souffert d'atteintes similaires à la santé. Des antalgiques et de la physiothérapie avaient été prescrits. Une incapacité totale de travail, toujours en cours, avait été fixée depuis le 13 août 2021 (pièces 12 et 17).

Une ordonnance pour un collier cervical souple a été établie le 30 mai 2022 par la Dresse F \_\_\_\_\_. Cette prescription a été facturée à l'assurance (pièces 13 et 14).

Selon un courriel transmis le 31 mai 2022 à l'assurance par un conseiller de l'employeur, le retard dans l'annonce du sinistre était dû au fait que malgré plusieurs tentatives, celui-ci n'avait pas réussi à effectuer la déclaration correspondante en ligne et qu'il s'était alors adressé à son conseiller qui avait contacté l'assurance, afin d'obtenir une déclaration sur papier comme par le passé (pièce 18).

En date du 4 août suivant, la Dresse F \_\_\_\_\_ a renouvelé l'ordonnance pour le myorelaxant et l'analgésique prescrits précédemment. Ces médicaments ont été mis à la charge de l'assurance (pièces 21 et 23).

Un collier cervical souple prescrit le 16 septembre 2022 par la Dresse F \_\_\_\_\_ a de nouveau été facturé à l'assurance (pièces 24 et 25).

Le 28 septembre 2022, l'assurée a répondu à un questionnaire envoyé par l'assurance. A la question des circonstances de l'événement du 1<sup>er</sup> juillet 2021, elle a mentionné ce qui suit : « En déchargeant le véhicule de livraison, je reculais avec les caisses dans les bras, j'ai croché et je suis tombée en arrière sur le dos. J'ai tapé le bas du dos, vers les omoplates et la nuque contre une caisse ». Elle a précisé qu'il n'y avait pas eu de témoins. Concernant le temps d'évolution des douleurs, elle a ajouté qu'au début, elle croyait qu'il s'agissait de chutes de tensions, qu'elle voyait tourner dès qu'elle bougeait la tête, que sa main droite était engourdie puis qu'elle avait décidé d'aller consulter quand elle n'était plus arrivée à serrer un verre pour le soulever. Elle a confirmé les raisons du retard de l'annonce de cet événement données par l'agent d'assurance de son employeur. L'assurée a mentionné d'autre part qu'au début, c'était sa caisse-maladie

qui avait remboursé les frais médicaux, que le 13 août 2021, la Dresse F \_\_\_\_\_ avait délivré un arrêt de travail avec interdiction de porter des charges et que cette incapacité de travail de 100% perdurait. Pour ce qui avait enfin trait à des douleurs quelconques au dos avant l'événement du 1<sup>er</sup> juillet 2021, elle a rapporté une fracture du coccyx après une chute en 2016 ou 2017(pièce 26).

Au moyen d'un formulaire, le cas a été soumis au Dr G \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin-conseil de l'assurance qui, le 23 décembre 2022, en a complété les rubriques comme suit. Concernant le diagnostic et d'autres éléments particuliers, l'assurée avait annoncé avoir fait une chute en arrière en déchargeant un véhicule, ce qui avait provoqué des cervicalgies et des lombalgies. Les IRM cervicales des 11 août 2021 et 6 mai 2022 n'avaient mis en évidence que des signes discrets de hernie discale, avec un discret rétrécissement canalaire en C5-C6 et un complexe disco-ostéophytique postérieur médian et paramédian gauche. L'ENMG de 2021 n'avait pas montré de syndrome radiculaire lié au trouble du rachis cervical. Cet examen avait révélé une neuropathie des deux coudes de manière fortuite. Une telle pathologie était en lien de causalité tout au plus possible avec l'événement accidentel. La relation de causalité entre l'atteinte à la santé invoquée et l'accident du 1<sup>er</sup> juillet 2021 était vraisemblable. Sous la rubrique consacrée à l'existence de maladies, d'états antérieurs malades préexistants, d'autres circonstances étrangères à l'accident ou de suites d'accidents antérieurs, le Dr G \_\_\_\_\_ a indiqué qu'il n'y avait pas d'antécédent mentionné dans les éléments à disposition. L'accident avait provoqué une aggravation passagère, en l'absence de lésion structurelle mise en évidence au niveau du rachis cervical. A la question de savoir si l'état de santé de l'assurée procédait, avec un degré de vraisemblance prépondérante, de causes étrangères à l'accident (*statu quo sine vel ante*) et, le cas échéant, depuis quand, le médecin-conseil a répondu que, quatre mois après sa survenue, cet accident avait cessé de déployer ses effets délétères et que le *statu quo sine* avait été atteint le 1<sup>er</sup> novembre 2021. Au sujet de l'origine accidentelle de l'incapacité de travail attestée jusqu'alors dans l'activité habituelle de gestionnaire de vente, ce médecin a relevé qu'il n'avait pas d'informations sur cette prescription qui, au vu des éléments médicaux disponibles, ne semblait pas en rapport avec ce traumatisme du rachis cervical. Il a ajouté qu'une reprise ou une augmentation de la capacité de travail dans l'activité habituelle pouvait être escomptée selon le *statu quo sine* au 1<sup>er</sup> novembre 2021 (pièce 31).

**B.** Par décision du 5 janvier 2023 notifiée à l'assurée, à sa caisse-maladie et à son employeur, l'assurance a nié, à compter du 1<sup>er</sup> novembre 2021, le lien de causalité naturelle entre les troubles de la colonne cervicale et l'événement du 1<sup>er</sup> juillet 2021 ainsi que le droit aux prestations de l'assurance-accidents. Elle a également nié le lien de causalité naturelle entre l'incapacité de travail depuis le 13 août 2021 et l'accident du 1<sup>er</sup> juillet précédent. Elle a résumé les réponses de son médecin-conseil. Elle a plus particulièrement souligné que le traitement médical au-delà du 1<sup>er</sup> novembre 2021 n'était pas en relation de causalité pour le moins probable avec l'événement accidentel, qu'il était à mettre sur le compte de facteurs étrangers à l'accident et que, toujours selon son médecin-conseil et au vu des éléments médicaux disponibles, l'incapacité de travail fixée dès le 13 août 2021 par la Dresse F \_\_\_\_\_ ne semblait pas en rapport avec le traumatisme du rachis cervical (pièces 32, 33 et 34).

Le 2 février 2023, l'assurée, représentée par Me Jörn-Albert Bostelmann, s'est opposée à cette décision. A suivre les arguments soulevés dans cette opposition, avant l'accident du 1<sup>er</sup> juillet 2021, l'assurée était en parfaite santé. Malgré les positions, les charges et les transports exigés par son activité dans un magasin de détail, elle n'avait jamais fait état de douleurs cervicales à son employeur et époux ni eu recours à son médecin de famille. Cet accident devait être considéré comme une unique cause objective de telles douleurs et, sans sa survenance, elle aurait pu continuer à accomplir normalement les tâches inhérentes à son travail. L'assurance n'avait pas établi de manière objective et concrète que ces douleurs étaient passagères et non imputables à l'accident. D'ailleurs, le médecin-conseil avait employé le terme « vraisemblablement ». L'assurée avait en revanche apporté la preuve, par un certificat médical, de la causalité naturelle entre l'accident et l'atteinte. Etaient enfin requises l'audition de l'assurée, de son employeur et de la Dresse F \_\_\_\_\_, de même qu'une expertise destinée à établir que l'accident du 1<sup>er</sup> juillet 2021 constituait la cause naturelle de l'atteinte objet de la décision contestée, même si de discrets troubles cervicaux existaient mais permettaient à l'assurée d'exercer son travail (pièce 36).

Par décision du 8 mars 2023, l'assurance a rejeté l'opposition ainsi que la demande d'expertise et confirmé sa décision du 5 janvier 2023. Elle a rappelé les notions de causalité naturelle et adéquate entre un accident et une atteinte à la santé de nature somatique ainsi que de *statu quo ante/sine*, de même que celles relatives au degré probatoire de la vraisemblance prépondérante applicable en matière d'assurances sociales et à la valeur probante d'un rapport médical. A suivre son argumentation, l'allégation de l'assurée au sujet de l'absence de douleurs avant l'accident n'était pas

mise en doute dans la décision attaquée, puisque le médecin-conseil avait nié la présence d'antécédents médicaux. Dans son opposition, l'assurée avait pourtant aussi reconnu l'existence de discrètes atteintes aux cervicales qui lui permettaient toutefois d'exercer son activité professionnelle. Une incapacité totale de travail jusqu'au 31 mai 2022 seulement ressortait du dossier. Sur la base de l'avis probant du médecin-conseil, qui avait tenu compte de toutes les pièces médicales disponibles, la causalité naturelle entre les atteintes cervicales et l'accident avait bien été estimée pour le moins vraisemblable mais de manière passagère, puisque le cas avait été pris en charge jusqu'à la date du *statu quo sine* le 1<sup>er</sup> novembre 2021. Parmi ces pièces figurait le certificat de la Dresse F \_\_\_\_\_ du 19 mai 2022. Ce document à lui seul n'était néanmoins pas de nature à prouver la causalité entre les troubles de la colonne cervicale et l'accident du 1<sup>er</sup> juillet 2021 au-delà du 31 octobre 2021. La mise en œuvre d'une expertise n'était pas nécessaire (pièce 42).

**C.** Par mémoire posté le 6 avril 2023, X \_\_\_\_\_ a interjeté recours céans contre la décision sur opposition rendue par l'assurance en concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision et au « maintien de la couverture de cette assurance ». Elle a offert plusieurs moyens de preuve, soit l'audition de son employeur et époux, de sa physiothérapeute et de la Dresse F \_\_\_\_\_, de même que la mise en œuvre d'une expertise visant à confirmer la causalité naturelle entre l'accident du 1<sup>er</sup> juillet 2021 et ses séquelles toujours présentes, ainsi qu'à déterminer les lésions subies, leur évolution dans le temps et leur caractère possiblement irrémédiable et susceptible d'aggravation à l'avenir. Se référant à un courrier de la Dresse F \_\_\_\_\_ du 13 janvier 2023 et à un courriel de sa physiothérapeute du 5 avril suivant, la recourante a insisté sur le fait que sa santé était excellente avant l'accident du 1<sup>er</sup> juillet 2021, que son état de santé s'était détérioré depuis lors et que les troubles encore actuels étaient en relation de causalité directe avec cet accident. Elle a ajouté qu'un médecin-traitant était en mesure de procéder à des observations objectives et régulières de la situation de son patient, alors qu'un médecin-conseil d'assurance ne pouvait effectuer qu'une analyse ponctuelle du cas. D'après les indications de la physiothérapeute de la recourante dans le courriel précité, le suivi avait débuté le 11 juillet 2022. Auparavant, des séances de physiothérapie avaient été pratiquées en un lieu plus proche du domicile de la patiente qui ne pouvait alors pas conduire. Le bilan initial concernait des douleurs, des raideurs et un manque de mobilité au niveau du dos, de la nuque et de la tête, ainsi qu'une faiblesse et un manque de mobilité du bras droit. La patiente était prise de nausées lorsqu'elle se mettait à plat ventre. Elle ne pouvait pas se pencher en avant. Elle mentionnait également des vertiges à la marche ou en tant

que passagère d'un véhicule ainsi que des bruits dans son oreille droite. Elle avait dû être aidée par ses proches pour les tâches ménagères et certains actes comme celui de se laver les cheveux. Elle avait gagné en autonomie à l'heure actuelle.

Dans sa réponse du 16 mai 2023, Bâloise Assurance SA, représentée par Me Michel D'Alessandri, a conclu au rejet du recours et à la confirmation de sa décision sur opposition du 8 mars 2023. L'intimée a souligné qu'un raisonnement dit « *post hoc, ergo propter hoc* », soit le fait que des symptômes douloureux ne se soient manifestés qu'après la survenance d'un accident, ne suffisait pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident. Elle a également exposé la jurisprudence relative aux conditions de l'origine accidentelle d'une hernie discale, ainsi qu'à la durée d'une aggravation traumatique d'un état dégénératif préexistant de la colonne vertébrale. Tout en rappelant les motifs donnés par la recourante pour le retard dans l'annonce de l'événement accidentel, l'intimée a fait remarquer que la déclaration de sinistre était datée du 19 mai 2022, soit presque une année après l'accident survenu le 1<sup>er</sup> juillet 2021. Elle a relevé également que l'anamnèse de l'examen neurologique du 30 septembre 2021 ne faisait pas état de cet accident et que, postérieurement à l'incapacité totale de travail du 13 août 2021 au 27 avril 2022 figurant sur la feuille-accident LAA, avec la mention d'une prochaine consultation le 31 mai suivant, aucun document médical n'attestait une incapacité de travail. Du point de vue de l'intimée, les diagnostics de possible syndrome myofascial et d'épisodes de malaises (probables syncopes vasovagales), avec sensations d'évanouissement, pâleur, sudation, nausées, impossibilité à lever les bras, fourmillements dataient du mois de juin 2021. Ils étaient ainsi antérieurs à l'accident du 1<sup>er</sup> juillet 2021. En tout état de cause, ils étaient d'étiologie indéterminée et les syncopes vasovagales étaient liées à la nervosité mais sans origine comitiale. Ces diagnostics n'étaient donc certainement pas en relation de causalité naturelle avec l'accident. La discopathie dégénérative en C5-C6, la minime sténose foraminale en C5-C6 bilatérale ainsi que les ganglions lymphatiques jugulaires supérieurs bilatéraux agrandis n'avaient à l'évidence pas non plus été causés par l'accident. Il en allait de même des signes de neuropathie découverts fortuitement à l'examen neurologique, ainsi que, compte tenu de la jurisprudence topique, des signes discrets de hernie discale, avec discret rétrécissement canalaire en C5-C6. Les examens radiologiques n'avaient pas montré de lésion structurelle. Les diagnostics retenus consistaient en des cervicalgies et lombalgies selon le Dr G \_\_\_\_\_ et en une entorse cervicale d'après la Dresse F \_\_\_\_\_. En prenant en considération les rapports radiologiques et l'état antérieur (discopathie dégénérative en C5-C6, minime sténose foraminale en C5-C6 bilatérale, ganglions lymphatiques jugulaires supérieurs

bilatéraux agrandis, signes de neuropathie), le médecin-conseil de l'assurance avait bien retenu que les cervicalgies et lombalgies étaient en lien de causalité naturelle avec l'accident, mais pour une période limitée de quatre mois, soit jusqu'au 1<sup>er</sup> novembre 2021. Au vu du degré de gravité de l'accident et de l'absence de toute lésion structurelle, cette conclusion apparaissait conforme à la jurisprudence en la matière. Le rapport du Dr G \_\_\_\_\_ était motivé, convaincant et exempt de contradiction. Aucun avis médical ne faisait état d'éléments objectivement vérifiables, ignorés par ce médecin et suffisamment pertinents pour remettre en cause l'appréciation de celui-ci, à laquelle il y avait lieu d'accorder pleine valeur probante. De plus, les faits relatés plus haut montraient que, contrairement aux allégations de l'assurée, celle-ci n'était pas en excellente santé avant l'accident du 1<sup>er</sup> juillet 2021. L'argumentation de la recourante relevait d'ailleurs du raisonnement « *post hoc, ergo propter hoc* ». Enfin, la caisse-maladie n'avait pas formé opposition contre la décision de l'assurance du 5 janvier 2023 et reconnu par là-même le caractère maladif des troubles.

Le 19 juin 2023, la recourante a déposé une réplique. Elle a fait valoir en substance que l'assurance était tenue de prêter aussi longtemps qu'elle ne pouvait apporter la preuve que les lésions subies et toujours présentes ne résultaient pas de l'accident. Or, à son avis, le rapport du médecin-conseil de l'assurance n'était pas convaincant. Le doute sérieux relatif à l'origine des lésions devait obliger celle-ci à fournir ses prestations. La réponse à cette question ne ressortait pas du dossier, si bien qu'une expertise était requise à titre de moyen de preuve.

Dans son écriture du 8 août 2023, l'intimée a estimé que la réplique de la recourante n'apportait aucun élément nouveau, ni en fait ni en droit. Elle a ainsi rappelé brièvement les arguments exposés dans sa réponse au recours, en particulier ceux portant sur les troubles qu'elle estimait antérieurs à l'accident du 1<sup>er</sup> juillet 2021.

En date du 11 septembre 2023, la recourante est revenue sur certains éléments du cas qui, selon elle, devaient être appréciés dans le cadre d'une expertise neutre. Elle a invoqué d'autre part qu'il s'agissait en l'occurrence d'un traumatisme de type « coup du lapin », que les séquelles de ce genre d'accident ne pouvaient être établies par un ENMG, des IRM ou des radiographies et qu'il était donc erroné, comme le médecin-conseil de l'assurance l'avait fait, de discuter d'un *statu quo ante* sur la base de tels examens.

L'échange d'écritures a été clos le 13 septembre 2023.

Le 4 décembre suivant, Me Bostelmann a informé la Cour qu'il n'était plus le mandataire de la recourante.

Me Basile Couchepin a communiqué céans, le 7 décembre 2023, qu'il représentait les intérêts de la recourante et déposé la procuration correspondante.

Le 30 janvier 2025, la Cour a sollicité de la recourante le dépôt du courrier de la Dresse F \_\_\_\_\_ du 13 janvier 2023, mentionné dans le recours du 5 avril suivant mais qui n'y était pas annexé. Aux termes de ce courrier, la patiente avait été victime d'un accident le 1<sup>er</sup> juillet 2021. En chutant en arrière sur le dos, elle avait ressenti des douleurs à la nuque et au dos. En consultation, la Dresse F \_\_\_\_\_ avait constaté une entorse cervicale et des contractures para-vertébrales, ainsi que des douleurs au niveau des épaules et des membres supérieurs. Cette praticienne a insisté sur le fait que tout choc au niveau cervical avait un impact sur le reste de la colonne, qu'il était susceptible de provoquer d'autres pathologies et que personne ne demeurait indemne à la suite d'un traumatisme cervical.

Dans sa détermination du 4 mars 2025 relative au courrier précité, l'intimée a repris certains faits et arguments déjà exposés précédemment, en particulier dans sa réponse du 16 mai 2023 au recours. Elle a ajouté que, contrairement à ce qu'avait retenu la Dresse F \_\_\_\_\_, les examens d'imagerie n'avait pas mis en évidence de lésion structurelle consécutive à l'accident du 1<sup>er</sup> juillet 2021.

### **Considérant en droit**

#### **1.**

Selon l'article 1 alinéa 1 de la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA), les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la LAA n'y déroge expressément.

Posté le 6 avril 2023, le présent recours contre la décision sur opposition du 8 mars précédent a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 60 LPGA) devant le tribunal compétent (art. 56, 57 et 58 LPGA ; art. 81a al. 1 LPJA). Il répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte que la Cour doit entrer en matière.

## 2.

**2.1** La question litigieuse est celle de savoir si c'est à juste titre que l'intimée n'a pris en charge le présent cas d'accident que par le remboursement des frais médicaux jusqu'au 31 octobre 2021.

Si la présente loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle (art. 6 al. 1 LAA).

Il peut être renvoyé à l'exposé correct, dans la décision entreprise, de la jurisprudence relative à la causalité naturelle et adéquate entre un événement accidentel et une affection physique, ainsi qu'à celle portant sur les aspects de preuve en matière d'assurances sociales, notamment concernant un rapport médical. De plus, comme rappelé par l'intimée dans sa réponse au recours, 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* » ; ATF 119 V 335 consid 2b/bb, RAMA 1999 no U 341 p. 408 consid. 3b, arrêts du Tribunal fédéral 8C\_347/2013 du 18 février 2014 consid. 2.2 et 8C\_135/2011 du 21 septembre 2011 consid. 3.2).

D'autre part, selon la jurisprudence, dans le cas où le rapport de causalité avec l'accident est établi, l'assureur n'est délié de son obligation d'octroyer des prestations que si l'accident ne constitue plus la cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé. Toutefois, de même que pour l'établissement du lien de causalité naturelle fondant le droit à des prestations, il suffit que la disparition du caractère causal de l'accident, eu égard à l'atteinte à la santé de l'assuré, soit établie au degré habituel de la vraisemblance prépondérante requis en matière d'assurances sociales. Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 45 consid. 2) entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui, au degré de vraisemblance prépondérante, corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par l'établissement de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêts du

Tribunal fédéral des assurances U 359/04 du 20 décembre 2005 consid. 2 et les références ainsi que U 87/04 du 31 mars 2005 consid. 3).

Aux termes des développements traitant de l'appréciation des preuves dans l'arrêt paru aux ATF 135 V 465, même si la jurisprudence a toujours reconnu valeur probante aux rapports des médecins internes à une assurance, il convient cependant de relever qu'en pratique, ces appréciations ne revêtent pas la même force probante qu'une expertise ordonnée par un tribunal ou par un assureur dans le cadre de la procédure selon l'article 44 LPGa (...). Le tribunal devrait accorder entière valeur probante à cette dernière catégorie d'expertise émanant de spécialistes externes, pour autant qu'elle remplisse les exigences jurisprudentielles et qu'il n'existe pas d'indice concret à l'encontre de sa fiabilité (...). Si un cas d'assurance doit être tranché sans recours à une expertise externe, des exigences sévères doivent alors être posées à l'appréciation des preuves. S'il subsiste ne serait-ce qu'un léger doute au sujet du caractère fiable et fondé des conclusions médicales internes à l'assurance, il est alors nécessaire de procéder à des éclaircissements complémentaires (consid. 4.4) (...). Quant aux médecins traitants qui se concentrent principalement sur la question du traitement médical, leurs rapports n'aboutissent pas à une appréciation objective de l'état de santé permettant de trancher la question des prestations d'assurance de façon concluante, et ne remplissent donc que très rarement les conditions matérielles posées à une expertise par l'ATF 125 V 351 consid. 3a. Pour ces motifs et compte tenu du fait d'expérience que les médecins de famille, en raison de la relation de confiance qu'ils entretiennent avec leurs patients, se prononcent en cas de doute plutôt en faveur de ceux-ci, la prise en charge d'une prestation fondée directement et uniquement sur les indications des médecins traitants n'interviendra que très rarement dans un litige (consid. 4.5) (...). Cependant, afin que la personne assurée dispose d'une chance raisonnable de soumettre son cas au tribunal sans être manifestement désavantagée vis-à-vis de l'assureur et s'il subsiste un doute tel que mentionné plus haut, il ne peut être procédé à une appréciation concluante sur la base, d'une part, des rapports produits par la personne assurée et, d'autre part, de ceux émanant des médecins internes à l'assurance. Pour écarter ce doute, il incombera alors au tribunal d'ordonner une expertise judiciaire ou de renvoyer l'affaire à l'assureur en vue de la mise en œuvre d'une expertise selon la procédure prévue par l'article 44 LPGa (consid. 4.6).

La jurisprudence de principe applicable en matière de troubles d'ordre psychique et/ou de plaintes fonctionnelles démontrables qui se manifestent après un accident ayant entraîné une distorsion cervicale par mécanisme de « coup du lapin », une blessure

équivalente à un tel mécanisme ou un traumatisme crânio-cérébral exige d'examiner s'il existe des troubles appartenant au tableau clinique typique d'un tel traumatisme, soit : des maux de tête diffus, des vertiges, des troubles de la concentration et de la mémoire, des nausées, une fatigabilité accrue, des troubles visuels, de l'irritabilité, de l'instabilité émotionnelle, un état dépressif, une altération du caractère, etc... (ATF 119 V 335 consid. 1, ATF 117 V 369 consid. 4b et ATF 117 V 359 consi. 4b).

**2.2** En l'espèce tout d'abord, il convient de relever que malgré l'annonce tardive à l'assurance, le 19 mai 2022, de l'accident du 1<sup>er</sup> juillet 2021 par l'employeur de l'assurée (pièce 11), l'intimée a pris note des raisons de ce retard, qui lui ont été communiquées les 31 mai et 28 septembre 2022 (pièces 18 et 26), et admis l'existence de cet événement accidentel. Elle n'a pas non plus contesté le fait que l'accident en question avait consisté en une chute en arrière sur le dos à un moment où la recourante avait les bras chargés, et que celle-ci avait alors subi une entorse cervicale, retenue en tant que diagnostic provisoire par la Dresse F \_\_\_\_\_ dans le certificat médical LAA du 19 mai 2022 (pièce 12), puis confirmée dans le courrier de cette même praticienne, daté du 13 janvier 2023. Comme pertinemment invoqué par la recourante dans son écriture du 11 septembre 2023, il s'agissait donc bien là d'un traumatisme de type « coup du lapin » dont les séquelles sont en effet, d'après l'expérience médicale en la matière reprise par la jurisprudence topique (voir sur ce point les arrêts de principe parus aux ATF 134 V 109 consid. 9 et 117 V 359 consid. 5d.aa), difficilement décelables à l'imagerie. Les circonstances de l'accident du 1<sup>er</sup> juillet 2021 sont d'ailleurs corroborées par les premières prescriptions et investigations médicales, à savoir un analgésique, un myorelaxant indiqué en cas de spasticité liée à des lésions cérébrospinales ainsi qu'un collier cervical souple ordonnés le 8 juillet 2021 par le Dr A \_\_\_\_\_ (pièces 1 et 2), puis une IRM du rachis cervical pratiquée le 11 août 2021 en raison d'une chute en arrière (pièce 3). Ces prescriptions ont été renouvelées par la suite, les 14 mars, 27 avril (pièces 5 à 7), 30 mai (pièces 13 et 14), 4 août (pièces 21 et 23) et 16 septembre 2022 (pièces 24 et 25), à la charge de l'assurance en tout cas à ces trois dernières dates.

A suivre les arguments exposés dans la décision sur opposition du 8 mars 2023 (pièce 42) et la réponse du 16 mai suivant au recours, sur la base de l'avis probant du 23 décembre 2022 émis par son médecin-conseil en connaissance de toutes les pièces médicales disponibles (pièce 31), l'intimée a reconnu l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident du 1<sup>er</sup> juillet 2021 et les troubles de la colonne cervicale, mais seulement jusqu'à la date du 1<sup>er</sup> novembre 2021. Ni le certificat de la Dresse F \_\_\_\_\_ du 19 mai 2022 (pièce 12) ni aucun autre élément médical au dossier

n'étaient suffisamment pertinents pour remettre en cause l'appréciation du Dr G \_\_\_\_\_. La mise en œuvre d'une expertise n'était ainsi pas nécessaire. Dans son opposition du 2 février 2023 et surtout ses écritures judiciaires des 19 juin et 11 septembre 2023, la recourante a, quant à elle, estimé que le rapport du médecin-conseil de l'assurance n'était pas convaincant. Elle en a déduit que l'intimée n'avait pas établi le caractère passager des atteintes invoquées et que celle-ci devait continuer à fournir ses prestations. De l'avis de la recourante, il y avait un doute sérieux sur l'origine des lésions subies et toujours présentes, lequel devait être écarté au moyen d'une expertise neutre.

Contrairement à ce que l'intimée a soutenu en date du 16 mai 2023, les brèves réponses apportées le 23 décembre 2022 par le Dr G \_\_\_\_\_ sur le formulaire soumis par l'assurance (pièce 31) ne sont guère motivées et comportent des contradictions entre elles, de sorte qu'elles ne sauraient être qualifiées de probantes ni emporter la conviction de la Cour. Aux termes de celles-ci, la relation de causalité entre l'atteinte à la santé invoquée et l'accident du 1<sup>er</sup> juillet 2021 était vraisemblable. Il n'y avait pas d'antécédent mentionné dans les éléments à disposition, sous forme d'états antérieurs malades préexistants ou d'autres circonstances étrangères à l'accident. Malgré cette affirmation que l'assurance a d'ailleurs reprise dans sa décision sur opposition (pièce 42), le Dr G \_\_\_\_\_ a étonnamment considéré que quatre mois après sa survenue, l'événement accidentel avait cessé de déployer ses effets délétères, que depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2021, l'état de santé de l'assurée procédait de causes étrangères à celui-ci et que le *statu quo sine* était atteint à compter de cette dernière date. Comme rappelé d'autre part dans la réponse du 16 mai 2023 au recours, le médecin-conseil de l'assurance a retenu des cervicalgies et des lombalgies sous la rubrique des diagnostics. Il a ajouté que les IRM cervicales des 11 août 2021 (pièce 3) et 6 mai 2022 (pièce 9) n'avaient révélé que des signes discrets de hernie discale (pièce 31), alors qu'aucun de ces deux rapports d'imagerie ne mentionnait expressément cette affection. Dans ces circonstances, l'argumentation exposée par l'intimée, en date du 16 mai 2023, au sujet des conditions posées par la jurisprudence pour admettre l'origine accidentelle d'une hernie discale manque de pertinence. A suivre les développements figurant dans la détermination précitée, il semble en outre que le *statu quo sine* fixé par le Dr G \_\_\_\_\_ au 1<sup>er</sup> novembre 2021 concernait aussi les lombalgies susmentionnées. Un état antérieur n'était cependant pas visible à l'IRM lombo-sacrée du 9 mai 2022, dont les résultats étaient dans les limites de la norme (pièce 10).

Le médecin-conseil de l'assurance a relevé en outre qu'il ne disposait pas d'informations sur l'incapacité de travail attestée jusqu'alors, laquelle ne semblait pas en rapport avec le traumatisme du rachis cervical. De manière contradictoire, il a néanmoins précisé à cet égard qu'une reprise ou une augmentation de la capacité de travail dans l'activité habituelle pouvait être escomptée selon le *statu quo sine* au 1<sup>er</sup> novembre 2021 (pièce 31). Or, une incapacité totale de travail dès le 13 août 2021 ressort de la feuille-accident LAA (pièce 17) et surtout du certificat médical LAA complété le 19 mai 2022 par la Dresse F \_\_\_\_\_ au sujet du diagnostic, non contesté par l'assurance comme mentionné plus haut, d'entorse cervicale subie par la patiente le 1<sup>er</sup> juillet 2021. Dans ce certificat, cette médecin a bien indiqué que les symptômes étaient dus à l'accident du 1<sup>er</sup> juillet 2021 (pièce 12). Il a aussi été mentionné dans la déclaration de sinistre selon la LAA du 19 mai 2022 (pièce 11) et les réponses données au questionnaire de l'assurance le 28 septembre suivant (pièce 26) que dans les suites de cet accident, le travail avait été interrompu le 13 août 2021 et que cette incapacité de travail fixée à 100% par la Dresse F \_\_\_\_\_ perdurait.

Dans sa décision du 5 janvier 2023, l'intimée a repris la remarque susmentionnée du Dr G \_\_\_\_\_ concernant le manque d'informations relatives à l'origine de l'incapacité de travail depuis le 13 août 2021 (pièce 31) et nié le lien de causalité naturelle entre l'événement du 1<sup>er</sup> juillet 2021 et cette incapacité de travail (pièces 32, 33 et 34). Par la suite, d'après certains allégués de la décision sur opposition du 8 mars 2023 (pièce 42) et de la réponse du 16 mai suivant au recours, étant donné les indications figurant sur la feuille-accident LAA (pièce 17), aucun document médical au dossier n'attestait une incapacité totale de travail postérieure à la période courant du 13 août 2021 au 27 avril 2022, voire au 31 mai 2022. Les diagnostics rapportés à la suite de l'examen neurologique du 30 septembre 2021 dataient du mois de juin 2021. Ils étaient donc antérieurs à l'accident du 1<sup>er</sup> juillet 2021, lequel n'était d'ailleurs pas relaté dans l'anamnèse de cet examen (pièce 4). Cette dernière assertion est exacte. Le fait que l'assurée n'a pas signalé la survenance de cet accident lors de l'examen neurologique du 30 septembre 2021, mais uniquement l'apparition en juin 2021 de différents symptômes à la suite d'une situation de surcharge et de stress au travail, n'a pas donc permis au spécialiste qui l'examinait alors de prendre en compte l'événement accidentel en question dans l'étiologie de ces plaintes. Il a toutefois été mentionné dans le rapport correspondant du 5 octobre 2021 qu'une IRM avait été effectuée à cause de quelques épisodes d'impossibilité à lever les bras ou à ouvrir les mains des deux côtés, survenus au mois de juillet (pièce 4). Il ne peut s'agir là que de l'IRM du rachis cervical réalisée le 11 août 2021, dont l'indication était bien une chute en arrière (pièce 3). Conformément

à ses explications du 28 septembre 2022, l'assurée n'a cependant pas immédiatement fait le lien entre les troubles éprouvés et l'événement accidentel du 1<sup>er</sup> juillet 2021. Elle a tout d'abord cru à des chutes de tension. Elle voyait tourner dès qu'elle bougeait la tête. Sa main droite était engourdie. Elle avait décidé d'aller consulter lorsqu'elle n'était plus parvenue à serrer un verre pour le soulever. Au début, c'était sa caisse-maladie qui avait remboursé les frais médicaux (pièce 26).

Or, cette description par l'assurée de son état de santé dès l'été 2021 se recoupe avec les éléments rapportés, et surtout mis en relation avec une chute en arrière survenue le 1<sup>er</sup> juillet 2021, par la Dresse F \_\_\_\_\_. Dans son certificat médical LAA du 19 mai 2022, celle-ci a fait état chez sa patiente de cervicalgies, de vertiges, de nausées, de sensations de malaise ainsi que de contractures para-cervico-dorso-lombaires et de l'épaule droite. Elle a retenu le diagnostic provisoire d'entorse cervicale (pièce 12). En date du 13 janvier 2023, elle a confirmé avoir constaté une entorse cervicale, des contractures para-vertébrales de même que des douleurs aux épaules et aux membres supérieurs. Contrairement à ce que l'intimée a semblé prétendre, le 4 mars 2025, au sujet du courrier du 13 janvier 2023, les troubles qui y ont été énumérés par la Dresse F \_\_\_\_\_ ne constituent pas des lésions structurelles, comme le seraient par exemple des fractures au niveau du rachis. De telles lésions n'ont effectivement pas été mises en évidence à l'imagerie ni d'ailleurs été rapportées par Dresse F \_\_\_\_\_. Dans un courriel du 5 avril 2023, la physiothérapeute de la recourante a aussi décrit un bilan initial sous forme de douleurs, de raideurs et d'un manque de mobilité au niveau du dos, de la nuque et de la tête ainsi qu'une faiblesse et un manque de mobilité du bras droit. Cette thérapeute a également relaté d'autres symptômes se manifestant lors de certains mouvements, positions ou situations de vie de l'assurée, tels que des nausées, des vertiges ou apparemment des acouphènes dans l'oreille droite. Ce sont des troubles similaires qui ont été investigués lors de la consultation neurologique du 30 septembre 2021. N'ayant pas eu connaissance du traumatisme cervical dont la patiente avait été victime trois mois plus tôt, le spécialiste qui a procédé à cet examen a considéré comme un possible syndrome myofascial les douleurs cervicales et dans la région du trapèze, avec des contractures musculaires et une sensation désagréable lors des mouvements de la tête, qui irradiaient par la face droite ou par le bras proximal, de même que les quelques épisodes d'impossibilité à lever les bras ou à ouvrir les mains des deux côtés. S'il a, certes, relevé que le status neurologique global était normal, sans déficit moteur ou sensitif, il a tout de même précisé que les réflexes musculo-tendineux étaient faibles des deux côtés. Quant aux épisodes de malaises d'étiologie indéterminée, avec sensations d'évanouissement, pâleur, sudation et nausées, il les a expliqués par de

probables syncopes vasovagales peut-être liées à la nervosité mais probablement pas d'origine comitiale. Il a en outre mentionné l'arrêt de travail depuis le mois d'août. Les seuls symptômes que le neurologue a été en mesure d'objectiver au cours de son examen du 30 septembre 2021, en particulier au moyen de l'ENMG qui a mis en évidence une neuropathie ulnaire démyélinisante légère par compression au niveau des coudes, sans lésion axonale, étaient les fourmillements occasionnels dans les régions médiales des mains (pièce 4). Comme souligné le 23 décembre 2022 par le Dr G \_\_\_\_\_ (pièce 31) puis par l'intimée dans son écriture du 16 mai 2023, le lien entre cette neuropathie des deux coudes, de découverte fortuite, et l'accident du 1<sup>er</sup> juillet 2021 semble tout au plus possible. Il est en revanche important de souligner que certaines affections mentionnées par la recourante, ses thérapeutes et/ou le spécialiste en neurologie, telles que les maux de tête diffus, les vertiges et les nausées, appartiennent au tableau clinique typique consécutif à une distorsion cervicale par mécanisme de « coup du lapin », au sens de la jurisprudence topique exposée plus haut.

Au vu de tout ce qui précède, se révèlent fondées les critiques émises par la recourante, en date du 11 septembre 2023, sur le traitement erroné, et de surcroît contradictoire, du cas d'espèce par le Dr G \_\_\_\_\_, dans ses réponses du 23 décembre 2022 à l'assurance (pièce 31) puis, sur la base de celles-ci, par l'intimée, dans ses décisions (pièces 32 et 42) et écritures judiciaires. Compte tenu en effet de l'absence de mention, dans le rapport neurologique du 5 octobre 2021, du traumatisme cervical subi par l'assurée le 1<sup>er</sup> juillet précédent (pièce 4) et de l'existence d'une discopathie dégénérative en C5-C6 débutante, révélée par l'IRM du 11 août 2021 (pièce 3) puis confirmée par celle du 6 mai 2022 (pièce 9), l'assurance et son médecin-conseil ont abordé, à tort, la situation médicale de l'assurée sous l'angle d'une aggravation passagère, jusqu'au *statu quo sine* atteint le 1<sup>er</sup> novembre 2021, d'un état antérieur du rachis par l'accident du 1<sup>er</sup> juillet précédent et – ce qui ne manque pas de surprendre – uniquement au moyen de la prise en charge des frais de traitement, mais non de l'incapacité totale de travail attestée depuis le 13 août 2021 (pièces 11, 12, 17 et 26). La question à résoudre en l'occurrence consiste toutefois à déterminer les séquelles, passagères ou durables, de l'entorse cervicale dont la recourante a été victime le 1<sup>er</sup> juillet 2021 et les prestations auxquelles celle-ci a droit, en fonction des suites accidentelles à établir. A cet égard, la Cour ne peut que suivre l'argumentation pertinente de la recourante, telle que résumée plus haut, et écarter le raisonnement non convaincant de l'intimée. La brève prise de position établie le 23 décembre 2022 par le médecin-conseil de l'assurance (pièce 31) ne comporte pas de réponse à la question centrale formulée ci-dessus. Les éléments apportés par les thérapeutes de l'assurée en dates des 19 mai 2022 (pièce 12), 11 juillet

2022 et 13 janvier 2023 sont propres à mettre en doute la teneur de l'appréciation susmentionnée du Dr G \_\_\_\_\_, laquelle ne peut se voir reconnaître pleine valeur probante. L'intimée n'a donc pas établi à satisfaction de droit la disparition du lien de causalité naturelle entre l'accident du 1<sup>er</sup> juillet 2021 et les troubles encore invoqués par la recourante. La question litigieuse doit être éclaircie par le biais d'une expertise indépendante au sens de l'article 44 LPGA. La preuve des faits pertinents pour l'issue du présent litige incombant à l'intimée conformément à la jurisprudence rappelée ci-dessus, le dossier lui est renvoyé en vue de la mise en œuvre de cette mesure d'instruction, puis du prononcé d'une nouvelle décision sur le droit aux prestations.

Partant, le recours est admis et la décision sur opposition de Bâloise Assurance SA du 8 mars 2023 est annulée. La cause est renvoyée à cette assurance afin que celle-ci agisse conformément à ce qui précède. Au vu de l'issue du litige, l'administration des moyens de preuves offerts dans le mémoire de recours du 6 avril 2023 se révèle inutile.

### **3.**

Dans sa réplique du 19 juin 2023, la recourante a fait valoir que l'intimée était tenue de prêter aussi longtemps qu'elle n'était pas en mesure d'établir que les lésions subies et toujours présentes ne résultaient pas de l'accident. Ceci est exact, et il a été retenu plus haut que l'assurance avait échoué à apporter cette preuve.

Dans sa décision sur opposition du 8 mars 2023, l'intimée n'a pas fait application de l'article 52 alinéa 4 LPGA et n'a pas retiré l'effet suspensif à un éventuel recours contre cette décision (pièce 42). Elle a toutefois rejeté l'opposition formée contre sa décision du 5 janvier 2023 et entièrement confirmé cette décision. Or, dans ce dernier prononcé, l'effet suspensif de l'opposition a été retiré, en référence à l'article 11 alinéa 1 lettre b OPGA et donc, implicitement, en application de l'article 49 alinéa 5 LPGA. En outre, le droit aux prestations de l'assurance-accidents y a été nié dès le 1<sup>er</sup> novembre 2021 (pièce 32). Selon la jurisprudence topique, les décisions qui limitent d'emblée la durée du droit à des prestations d'assurance constituent pour une part des décisions négatives et les recours contre de telles décisions ne peuvent avoir un effet suspensif (ATF 123 V 39 consid. 3 et 117 V 185 consid. 1b). En conséquence, le recours contre la décision sur opposition du 8 mars 2023 n'a pas d'effet suspensif. Toujours en vertu de la jurisprudence en la matière, compte tenu de l'annulation de cette décision par le présent jugement et du renvoi de la cause à l'assurance pour instruction complémentaire et nouvelle décision, l'absence d'effet suspensif subsiste également pendant cette procédure administrative d'instruction, jusqu'au prononcé par l'assurance de la nouvelle décision (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_739/2022 du 3 juillet 2023 consid. 5.1, paru *in*

SVR 2023 UV Nr. 44, et les références, notamment aux arrêts de principe parus aux ATF 129 V 370 et 106 V 18). En fonction de la teneur de cette nouvelle décision, ce n'est donc qu'à partir de la date de son prononcé, et non auparavant, que l'intimée sera éventuellement tenue de prester à nouveau.

#### 4.

**4.1** En application de l'article 61 lettre f<sup>bis</sup> LPGA et compte tenu du fait que la LAA n'en prévoit pas, il n'est pas perçu de frais judiciaires dans le présent litige portant sur des prestations de l'assurance-accidents.

**4.2** Sous l'empire de l'article 61 lettre g LPGA également, la partie recourante est réputée avoir obtenu gain de cause lorsque, dans la procédure judiciaire cantonale portant sur des prestations d'assurance sociale, la décision administrative de refus est annulée et la cause renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire puis nouvelle décision (ATF 137 V 57 consid. 2.1 et 132 V 215 consid. 6). A la lumière de cette jurisprudence, la recourante obtient ainsi gain de cause en l'espèce. Dans son écriture du 5 avril 2023, la recourante a d'ailleurs requis la mise en œuvre d'une expertise médicale.

La recourante a droit à des dépens qui, vu l'issue de la cause, seront supportés par l'intimée (art. 61 let. g LPGA, art. 81a al. 2 et 91 al. 1 et 2 *a contrario* LPJA, art. 27 al. 1 et 40 al. 1 LTar). Dans le présent dossier de causalité peu volumineux et de complexité moyenne, le précédent mandataire de la recourante a produit un bref mémoire de recours, deux autres courtes écritures, trois courriers et trois copies. Quant au mandataire actuel de la recourante, il a adressé céans quatre communications et deux copies. Compte tenu de la fourchette de 550 fr. à 11'000 fr. prévue par l'article 40 alinéa 1 LTar et du tarif horaire articulé au considérant 3.2 de l'arrêt du Tribunal fédéral 8C\_391/2007 du 26 mai 2008, la Cour fixe les dépens à un montant forfaitaire de 1800 fr., débours et TVA inclus (art. 27 al. 5 LTar), lequel englobe les dépens des mandataires successifs de la recourante. Le dispositif du présent jugement est ainsi notifié à Me Jörn-Albert Bostelmann, pour information.

### **Prononce**

1. Le recours est admis et la décision sur opposition de Bâloise Assurance SA du 8 mars 2023 est annulée.
2. Le dossier est renvoyé à cette assurance afin qu'elle procède conformément au considérant 2.2 *in fine*.
3. Il n'est pas perçu de frais.
4. Bâloise Assurance SA versera à X \_\_\_\_\_ une indemnité de 1800 francs pour ses dépens.

Sion, le 24 avril 2025