

FR_GERICHTE 605 2016 140 vom 28. April 2017

FR Kantonsgericht, 2017-04-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2016_140

FR: FR_GERICHTE 605 2016 140 du 28 avril 2017

IT: FR_GERICHTE 605 2016 140 del 28 aprile 2017

Regeste

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

Erwägungen

E. 1

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

E. 2

En application des dispositions transitoires de la modification de la loi du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA; RS 832.20) du 25 septembre 2015 (assurance-accidents et prévention des accidents; cf. RO 2016 4375; FF 2008 4877, 2014 7691), entrées en vigueur le 1er janvier 2017 et concernant notamment les règles applicables en matière de lésions assimilables à un accident, il convient d'examiner le bien-fondé de la décision sur opposition du 17 mars 2016 à l'aune des dispositions en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.

E. 3

a) L'art. 6 al. 1 LAA, dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016 (ci-après: aLAA), prévoit que les prestations de l'assurance-accidents obligatoire sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident au sens de cette disposition, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique, ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGa). b) Selon l'art. 6 al. 2 aLAA, le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident (al. 2). En vertu de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 9 al. 2 de l'ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents (OLAA; RS 832.202; dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016; ci-après: aOLAA) qui prévoit que les fractures (let. a), les déboîtements d'articulations (let. b), les déchirures du ménisque (let. c), les déchirures des muscles (let. d), les élongations des muscles (let. e), les déchirures des tendons (let. f), les lésions des ligaments (let. g) et les lésions du tympan (let. h) sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. Si l'art. 9 al. 2 OLAA prévoit à la let. g les «lésions de ligaments», il s'agit là de l'appareil ligamentaire au sens précis, soit du faisceau de tissu fibreux servant à unir les os ou les cartilages entre eux, et non des liaisons plus lâches, telle celle du disque

intervertébral (RAMA 1988 n° U 58 p. 376 sv consid. 2c; MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2e éd. 1989, p. 205 ad let. g). La notion de lésions de ligaments au sens de cette disposition réglementaire ne comprend toutefois pas seulement la rupture de ligaments, mais aussi les étirements et les élongations de ligaments (RAMA 1990 n° U 112 p. 374 sv consid. 2b et la référence). Selon la jurisprudence, cette liste des lésions assimilées à un accident est exhaustive (ATF 114 V 302 consid. 3d; RAMA 1988 No U 57 p. 372 et No U 58 p. 375; MAURER, op. cit., p. 202). La responsabilité de l'assureur-accidents suppose, par ailleurs, que soient réunis tous les éléments caractéristiques d'un accident – dont, particulièrement, celle d'un mouvement soudain et volontaire –, à l'exception du facteur extérieur de caractère extraordinaire. A cette condition, les atteintes à la santé mentionnées à l'art. 9 al. 2 let. b à h aOLAA devraient être considérées comme des atteintes assimilées à un accident même si elles sont imputables, en tout ou partie, à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs (ATF 114 V 300).

Tribunal cantonal TC Page 4 de 11

E. 4

a) 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. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 119 V 335 consid. 1, 118 V 286 consid. 1b, 117 V 369 consid. 3a, 117 V 359 consid. 5a). Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérant, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Toutefois, la seule possibilité que l'accident soit en lien de causalité ne suffit pas pour fonder le droit aux prestations (RAMA 1997 p. 167 consid. 1a; ATF 119 V 335 consid. 1, 118 V 286 consid. 1b et les références). En particulier, le principe « après l'accident, donc à cause de l'accident » (« post hoc, ergo propter hoc ») ne saurait être considéré comme un moyen de preuve et ne permet pas d'établir un lien de causalité naturelle au degré de la vraisemblance prépondérante exigé en matière d'assurance-accidents (ATF 119 V 341, consid. 2b/bb). Le droit aux prestations de l'assurance-accidents suppose, outre un rapport de causalité naturelle, un rapport de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. 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 cependant 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). b) Comme rappelé ci-avant, la responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon

survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (statu quo ante ou statu quo sine) sur le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (arrêt TF U 220/02 du 6 août 2003 consid. 2.3). Le droit aux prestations pour une lésion assimilée à un accident prend fin lorsque le retour à un statu quo ante ou à un statu quo sine est établi, c'est-à-dire lorsque l'état de santé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident ou à celui qui serait survenu même sans l'accident par la suite d'un développement ordinaire. De telles lésions sont assimilées à un accident aussi longtemps que leur origine malade ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, n'est pas clairement établie (cf. arrêts TF 8C_347/2013 du 18 février 2014 consid.

Tribunal cantonal TC Page 5 de 11 3.2; 8C_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 4.2; 8C_551/2007 du 8 août 2008 consid. 4.1.2; 8C_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 2).

E. 5

L'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (art. 16 al. 1 LAA). Le droit naît le troisième jour qui suit celui de l'accident; il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA). Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme; le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA). Cette disposition délimite du point de vue temporel le droit au traitement médical et le droit à une rente d'invalidité, le moment déterminant étant celui auquel l'état de santé peut être considéré comme relativement stabilisé (cf. ATF 134 V 109 consid. 4.3; cf. ég. arrêts TF U 305/03 du 31 août 2004 et U 89/95 du 21 novembre 1995; RAMA 2005 p. 366; MAURER, op. cit., p. 274).

E. 6

a) En droit des assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le tribunal, lequel apprécie librement les preuves sans être lié par des règles formelles (art. 108 al. 1 let. c LAA). Mais ce principe n'est pas absolu. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 195 consid. 2; VSI 1994 p. 220 consid. 4; comp. ATF 125 III 238 consid. 4a). Car si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve : en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 264 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 375 consid. 3; RAMA 1999 n° U 344, p. 418 consid. 3). 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 n° U 363 p. 46 consid. 2 et la référence), entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans les limites 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 264 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve 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 TF U 359/04 du 20 décembre 2005 consid. 2; U 389/04 du 27 octobre 2005 consid. 4.1, U 222/04 du 30 novembre 2004 consid. 1.3 et les références). Une lésion au sens de l'art. 6 al. 2 aLAA et 9 al. 2 aOLAA est assimilée à un accident aussi longtemps que leur origine malade ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, n'est pas clairement établie. On ne se fondera donc pas simplement sur le degré de vraisemblance prépondérante pour admettre l'évolution d'une telle atteinte vers un statu quo sine. Sinon, on se trouverait à nouveau confronté, immédiatement après avoir admis l'existence d'une lésion assimilée à un accident, à la difficulté de distinguer entre l'origine accidentelle et malade de cette

Tribunal cantonal TC Page 6 de 11 atteinte (cf. arrêts TF 8C_347/2013 du 18 février 2014 consid. 3.2; 8C_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 4.2; 8C_551/2007 du 8 août 2008 consid. 4.1.2; 8C_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 2). L'origine malade ou dégénérative des lésions doit être manifeste pour exclure toute cause accidentelle (arrêt TF 8C_347/2013 du 18 février 2014 consid. 4.3). b) En matière d'appréciation des preuves, le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (arrêt TF 8C_456/2010 du 19 avril 2011 consid. 3 et la référence citée). 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 de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157).

E. 7

Est en l'espèce litigieuse la responsabilité de l'assureur-accidents au-delà du 13 février 2016. Cela étant, la recourante soutient que le présent cas – tant s'agissant de l'atteinte au genou gauche que celle au niveau du dos – doit être traité comme une lésion assimilée à un accident au sens de l'art. 9 aOLAA et non au titre d'un accident stricto sensu au sens de l'art. 4 LPGA. a) Cette question doit être examinée sur la base du dossier médical. Pour rappel, la recourante était en arrêt de travail pour maladie en raison d'une hernie discale depuis le 31 octobre 2013. Le 4 décembre 2013, elle a glissé sur une plaque de glace en sortant les poubelles, se plaignant ensuite essentiellement de douleurs au genou. La SUVA a pris les suites de l'accident en charge et l'assurée a repris le travail peu après. Le 5 mai 2014, à nouveau en incapacité de travail médicalement attestée, l'assurée a annoncé une rechute de

l'accident précité. Elle faisait surtout état de douleurs au genou et au dos. La SUVA a pris cette rechute en charge. Courant octobre 2015, l'assurée aurait, selon ses dires, subi une chute dans sa baignoire. Les douleurs au niveau du dos se seraient aggravées suite à cet événement. Les prestations de la SUVA étaient alors en cours. b) Suite à l'événement du 4 décembre 2013, le Dr F. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a diagnostiqué une contusion au niveau de la cheville droite et une entorse au genou droit. Il estime que ces troubles sont liés à l'événement (rapport du 22 janvier 2014, dossier SUVA, pièce 24; cf. ég. pièce 25). Pour sa part, le Dr G. _____, spécialiste en médecine interne générale, et sa remplaçante, la Dresse H. _____, généraliste, faisaient état du diagnostic de "gonalgies post traumatiques sur chondropathie [...]" (rapport du 2 juillet 2014, dossier SUVA, pièce 43).

Tribunal cantonal TC Page 7 de 11 Il ressort de ce qui précède que les lésions au membre inférieur droit n'étaient initialement pas exclusivement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. En effet, ces troubles pouvaient, à tout le moins partiellement, être rattachés à l'événement du 4 décembre 2013. Pour leurs parts, toutes les autres conditions constitutives de la notion d'accident semblent manifestement être réalisées, ce qui n'est, au demeurant, pas contesté. Enfin, la présente entorse du genou gauche – en l'occurrence un étirement des ligaments – figure dans la liste exhaustive de l'art. 9 al. 2 aOLAA. Les troubles du membre inférieur droit doivent dès lors être assimilés à un accident au sens de l'art. 9 aOLAA. En particulier, dans la mesure où leur origine pouvait à tout le moins partiellement être rattachée à l'événement du 4 décembre 2013, la condition de la causalité était initialement remplie. c) Toutefois, la notion de lésions assimilées à un accident ne peut être étendue aux troubles dont se plaint la recourante au niveau du dos. En effet, de telles lésions ne sont pas comprises dans la liste exhaustive de l'art. 9 al. 2 aOLAA et il ne ressort aucunement du dossier que ces douleurs seraient liées à une fracture ou un déboitement d'articulation (cf. art. 9 al. 2 aOLAA). Cela n'est pas contesté.

E. 8

Il sied dès lors d'examiner la question de la causalité de ces derniers troubles au dos avec la chute du 4 décembre 2013, respectivement celle d'octobre 2015. Le degré de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales, s'applique s'agissant de cette question. Il convient de se référer au dossier de la cause. a) Suite à la chute du 4 décembre 2013, la recourante ne s'est plainte que de douleurs au niveau du membre inférieur (dossier SUVA, pièces 19). Elle ne faisait pas mention de l'existence de lombo-sciatalgies, ne citant même pas qu'elles avaient motivé sa mise en incapacité de travail pour raison de maladie. Ce n'est que dans le cadre d'un téléphone du 31 octobre 2014 – près d'un an après l'accident – qu'elle a contacté l'assureur-accidents pour lui signaler que "l'accident semble avoir décompensé ses troubles du dos" (dossier SUVA, pièce 66). Or, au moment de l'accident, la recourante était justement en incapacité de travail en raison de telles lombo-sciatalgies. Celles-ci s'étaient déjà dégradées fin octobre 2013, soit deux mois soit avant l'accident d'espèce (dossier SUVA, pièces 4, 11, 84, 139, 172 et 190). Dans un rapport du 14 février 2014, le Dr F. _____ rappelait qu'une "hernie discale traitée conservativement" préexistait à l'accident (dossier SUVA, pièce 24). S'agissant des suites de l'accident, il ne fait état que des douleurs au niveau du membre inférieur droit (dossier SUVA, pièces 24, 72 et 172). Mandaté par les médecins traitants, le Dr I. _____, spécialiste FMH en radiologie, relevait l'"absence de "lésion osseuse traumatique" et indiquait que les discopathies étaient "dégénératives étagées notamment L4-L5 et L5-S1

avec pincement discal" (radiographie du 6 mai 2014, dossier SUVA, pièce 50). Pour sa part, Le Dr J. _____, spécialiste FMH en anesthésiologie, ne fait pas état d'un lien entre le syndrome lombo-vertébral, qu'il qualifie de chronique et de caractère mécanique, et la chute du 4 décembre 2013 (dossier SUVA, pièce 159).

Tribunal cantonal TC Page 8 de 11 Enfin, le Dr K. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin d'arrondissement, a expressément indiqué que les troubles au niveau du dos n'étaient pas en relation de causalité avec l'accident du 4 décembre 2013 et étaient du ressort de l'assurance-maladie (dossier CNA, pièce 74). Ces éléments rendent peu vraisemblable que les troubles au niveau du dos aient leur origine, même partielle, dans les événements du 4 décembre 2013. b) Les généralistes traitants de la recourante, le Dr G. _____ et la Dresse H. _____ semblent estimer que "des lombosciatalgies non déficitaires [se sont] empirées depuis la chute" du 4 décembre 2013 et qu'aucun antécédent médical n'influence l'évolution du traitement (dossier SUVA, pièce 43, 138 et 153). Toutefois, en faisant cette affirmation, les médecins contredisent les pièces du dossier et se mettent en porte-à-faux avec les radiographies qu'ils avaient commandé (cf. radiographie du 6 mai 2014 précitée, dossier SUVA, pièce 50). On peut aussi souligner que l'absence de "circonstances particulières [pouvant influencer] l'évolution du traitement (p. ex. antécédents médicaux, accidents, conditions de vie)" relevée par les médecins n'est pas plausible en l'espèce, dès lors que l'assurée se trouvait justement en incapacité de travail en raison de troubles dégénératifs aux lombaires pour lesquels elle était suivie depuis plus de 10 ans. Force est de constater que tant le Dr G. _____ que la Dresse H. _____ privilégient les affirmations de leur patiente commune au détriment des constats objectifs que le dossier permet de déduire. Pour ces motifs, leurs avis ne sauraient convaincre. Pour sa part, la Dresse L. _____, spécialiste FMH en neurochirurgie, médecin d'arrondissement, pourrait éventuellement partager l'avis des médecins traitants. En effet, dans son rapport du 1er février 2016, elle a indiqué que le statu quo sine était atteint "au niveau lombaire" après un délai de six mois (dossier SUVA, pièce 172). En tranchant cette question du statu quo sine des troubles lombaires, la docteure pourrait admettre l'existence d'un lien de causalité à tout le moins partiel entre ces troubles et les accidents subis par la recourante. Dans la mesure où ce raisonnement n'est pas motivé, on ne peut exclure que la docteure ait pu trancher cette question pour d'autres motifs. Cette seconde thèse soutenue par l'affirmation selon laquelle "il n'y [a] pas non plus de lésion structurelle au niveau de la cheville D ni au niveau du dos imputable à l'accident". Sur ce point, en l'absence de motivation claire, l'avis de la médecin d'arrondissement est dès lors sujet à caution. Les autres médecins n'examinent pas la question de la causalité des troubles lombaires avec l'événement du 4 décembre 2013. Les médecins de E. _____ se contentent de rapporter les plaintes de la recourante, laquelle indique que ses lombalgies se sont aggravées avec sa glissade (dossier SUVA, pièce 139). Le Dr M. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, n'examine pas la question de la causalité. Il s'attache uniquement à retenir que l'état de santé n'est alors pas encore stabilisé, sans donner les motifs de ses conclusions (rapport du 30 mars 2015, dossier SUVA, pièce 107). Enfin, les Dresses N. _____ et O. _____, toutes deux spécialiste FMH en chirurgie et médecins de la SUVA, ne présentent pas un avis clair à cet égard. Cela n'était pas leur mandat, celui-ci étant expressément limité à "examiner si – en ce qui concerne le genou D – l'accident a [...] cessé de déployer ses effets et, dans l'affirmative, à quelle date" (dossier SUVA, pièces 187 et 190).

Tribunal cantonal TC Page 9 de 11 c) Il convient également de déterminer si les problèmes du dos peuvent être rattachés à l'accident allégué d'octobre 2015. A cet égard, la Cour relève que l'assurée ne décrit pas cet événement. En particulier, elle ne donne aucune information sur la date et les circonstances de sa survenance. Aucune déclaration de sinistre n'a été remplie et aucune annonce n'a été faite à l'assureur, la recourante n'en faisant mention que devant le médecin d'arrondissement lors de son examen médical final, plus de six mois plus tard. En outre, la recourante n'a pas consulté ses médecins traitants à ce sujet (dossier SUVA, pièces 153 et 173). Pour ces motifs, il apparaît que la survenance même d'un tel événement n'est pas véritablement établie au degré de la vraisemblance prépondérante applicable en matière d'assurances sociales. Cela étant, aucun membre du corps médical n'étend les conséquences de la chute dans la baignoire à une aggravation des troubles dorsaux. En particulier, le Dr J. _____ soutient que sa patiente présente "une gonarthrose droite décompensée secondaire à une chute dans sa baignoire". Il limite donc l'influence de ce second accident aux troubles du genou. Pour leurs parts, les Dresses L. _____, N. _____ et O. _____ ne soutiennent pas que la chute dans la baignoire aurait causé une atteinte supplémentaire à l'état de santé de la recourante, respectivement l'aurait aggravé (dossier SUVA, pièces 172 et 190). d) Au vu de ce qui précède, l'existence d'un lien de causalité entre les lombo-sciatalgies et les événements du 4 décembre 2013 et d'octobre 2015 n'apparaît pas vraisemblable. En l'absence d'un tel lien, ces troubles n'ont pas à être pris en charge par l'assurance-accidents. C'est à juste titre que ces troubles ont été pris en charge par l'assurance-maladie de la recourante.

E. 9

Reste à examiner si, s'agissant des seuls troubles de la jambe droite, le statu quo sine a été atteint, comme le prétend l'autorité intimée. A ce stade, la Cour rappelle que le degré de vraisemblance prépondérante ne saurait suffire, au sens de l'art. 9 al. 2 aOLAA. En effet, l'origine malade ou dégénérative des lésions doit être manifeste pour exclure toute cause accidentelle et cesser d'engager l'assureur-accidents. a) A l'appui de sa décision, l'autorité intimée se fonde sur l'avis de ses médecins, les Dresses L. _____, N. _____ et O. _____. Dans son rapport du 1er février 2016, la première soutient que le statu quo sine a été atteint au maximum 9 mois après l'accident (dossier SUVA ; pièce 172). Pour leurs parts, dans leur rapport du 25 mai 2016, les secondes affirment qu'il "n'existe pas de lien de causalité au degré de vraisemblance prépondérante entre les troubles présentés [...] et l'accident du 4 décembre 2013". Selon elles, le statu quo sine peut être retenu à 3 mois de l'accident, ce dernier ayant cessé de déployer ses effets délétères" et la "rechute, ou l'arrêt de l'activité professionnelle, est due à une exacerbation de la symptomatologie douloureuse provoquée par l'état préexistant" (dossier SUVA, pièce 190). A la lecture des rapports médicaux et de leurs formulations, la Cour constate que les médecins soutiennent sans équivoque que les troubles résiduels ont un caractère uniquement dégénératif. Dans de telles circonstances, l'usage de l'expression "vraisemblance prépondérante" est uniquement motivé par la formulation des questions de la SUVA qui y font expressément référence (cf. dossier SUVA, pièce 187). En tant que spécialiste FMH en neurochirurgie ou spécialiste FMH en chirurgie, les médecins de la SUVA ont les compétences requises pour statuer en la matière. L'avis de la Dresse L. _____ est fondé tant sur un examen de la recourante que sur les pièces du dossier. Lors de l'examen,

Tribunal cantonal TC Page 10 de 11 celle-ci a pu faire part de ses griefs et de ses plaintes, et notamment de l'évolution de ses douleurs sur la durée avec une amélioration après l'accident

puis une péjoration l'ayant conduit à interrompre la reprise du travail. Pour leurs parts, pour établir leur rapport, les Dresses N. _____ et O. _____ se sont uniquement basées sur l'étude du dossier asséculo-logique, lequel comprend le compte rendu de nombreux examens et clichés radiologiques. Elles résument, de manière détaillée, les différentes pièces à leur disposition. Dans de telles circonstances, tant le médecin d'arrondissement que les médecins du centre de compétence avaient pleine connaissance de l'anamnèse et du contexte médical. Les médecins discutent des principales conclusions figurant dans les différentes pièces du dossier, expliquent les motifs de s'en écarter et motivent de manière détaillée leurs propres conclusions. Ces rapports sont convaincants. Ils confirment sans équivoque que le statu quo sine était atteint à tout le moins le 14 février 2016, date à laquelle l'autorité intimée a cessé de prester. b) Ces conclusions ne sont pas mises en cause par d'autres pièces du dossier. La Cour doit ici relever que l'ensemble des autres intervenants au dossier a évalué l'état de santé de la recourante de manière globale, c'est-à-dire en prenant notamment en compte des troubles au niveau du dos, de l'obésité morbide, de l'hypertension voire des troubles psychiques. Ces affections ne sont pas du ressort de l'assureur-accidents de sorte qu'il ne faut pas en tenir compte dans l'évaluation du statu quo sine. Cela justifie d'emblée de prendre leur avis en compte avec un certain recul. Le Dr J. _____ relève, quoi qu'il en soit, que sa "patiente est toujours aussi plaintive, elle présente des douleurs importantes du genou droit ainsi qu'au niveau lombaire qui sont d'un caractère mécanique". Toutefois, il souligne que "l'aspect psychique de la situation prend le dessus", cet aspect étant la raison de son mauvais pronostic (dossier SUVA, pièce 159). Le médecin estime dès lors que les douleurs au niveau du genou droit sont d'un caractère chronique, ce qui va dans le sens des conclusions des médecins de l'autorité intimée. Pour leurs parts, les médecins de E. _____ soutiennent qu'un IRM "montre un genou droit globalement dégénératif, avec une arthrose tricompartmentale" (dossier SUVA, pièce 139). Cela va dans le sens des médecins de l'autorité intimée quand bien même ils n'examinent pas expressément la question de l'évolution vers un statu quo sine. Dans son rapport du 30 mars 2015, le Dr M. _____ ne traite pas la problématique de l'évolution des atteintes vers un statu quo sine. Tout au plus mentionne-t-il essentiellement des diagnostics de "méniscopathie" et de "chondropathie", laissant penser que l'atteinte est essentiellement d'origine dégénérative (dossier SUVA, pièce 107). C'est également le cas du Dr K. _____, lequel, dans ses interventions de 2014, examine les troubles du genou droit uniquement sous l'angle de la causalité dans les suites immédiates des événements assurés (dossier SUVA, pièces 45 et 74). L'existence d'un lien de causalité à l'époque, en 2014, n'est pas contradictoire avec le fait que le statu quo sine a été atteint deux ans plus tard. Au final, seuls le Dr G. _____ et la Dresse H. _____ paraissent soutenir que l'état de santé est encore influencé par l'événement du 4 décembre 2013. En effet, même dans leurs rapports les plus récents, ces médecins semblent rattacher l'ensemble des troubles à celui-ci (dossier SUVA, pièces 25, 37, 43, 138 et 153). Mais, on l'a vu, ces médecins privilégient les affirmations de leur patiente commune au détriment des constats objectifs que le dossier permet de déduire. On ne saurait ainsi les suivre.

Tribunal cantonal TC Page 11 de 11 c) Partant, l'origine dégénérative des lésions est manifeste au point d'exclure, par leur prédominance, toute cause accidentelle. L'on peut, par conséquent, admettre que statu quo sine était atteint le 14 février 2016, jour à partir duquel l'autorité intimée a cessé de prester. Cela conduit au rejet du recours, qui s'avère mal fondé.

E. 10

La procédure étant gratuite en matière d'assurance-accidents, il n'est pas perçu de frais de justice. Au vu de l'issue du recours, il n'est pas octroyé d'indemnité de partie au recourant. Quand bien même elle obtient gain de cause, en tant qu'institution chargée de tâches de droit public (cf. art. 133 et 139 du code de procédure et de juridiction administrative; CPJA; RSF 150.1), l'autorité intimée n'a pas droit à l'indemnisation de son mandataire. la Cour arrête: I. Le recours est rejeté. II. Il n'est pas perçu de frais de justice ni octroyé de dépens. III. Communication. 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 28 avril 2017/pte Président Greffier

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