

# FR\_GERICHTE 605 2020 168 vom 14. Juni 2021

FR Kantonsgericht, 2021-06-14, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_605\\_2020\\_168](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2020_168)

FR: FR\_GERICHTE 605 2020 168 du 14 juin 2021

IT: FR\_GERICHTE 605 2020 168 del 14 giugno 2021

## Regeste

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

## Erwägungen

### E. 1

Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu et de la matière par une assurée directement touchée par la décision sur opposition attaquée, le recours est recevable.

### E. 2

La recourante se plaint d'une violation du droit d'être entendu et d'un défaut de motivation de la décision querellée.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 11

#### E. 2.1

Le droit d'être entendu est consacré à l'art. 29 al. 2 Cst. féd. Il permet notamment au justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, de fournir valablement des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, d'avoir accès au dossier, de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 142 II 218 consid. 2.3; 135 I 279 consid. 2.3; 135 II 286 consid. 5.1; arrêt TAF A-8271/2015 du 29 août 2016 consid. 3.1.2). Le droit d'être entendu impose en outre à l'autorité de motiver clairement sa décision (ATF 134 I 83 consid. 4.1; arrêt TF 4A\_408/2010 du 7 octobre 2010 consid. 2.1; arrêt TAF A-5228/2016 du 25 avril 2017 consid. 3.2.1). En matière d'assurances sociales, le droit d'être entendu est concrétisé à l'art. 42 de la loi du

#### E. 2.2

En l'espèce, la recourante fait valoir que AXA s'est fondée sur le rapport du médecin conseil sans que la pièce ne lui ait été transmise avant que la décision sur opposition ne soit rendue, de telle sorte qu'elle n'a pas pu se déterminer sur son contenu. Dans sa décision du 23 mars 2020 sujette à opposition, AXA a clairement motivé les raisons l'ayant amenée à mettre un terme à ses prestations, sans toutefois se référer expressément au rapport médical établi le 25 février 2020 par son médecin conseil. Elle n'a pas non plus transmis à la recourante la pièce en question avant de rendre sa première décision. Toutefois, elle n'était pas tenue de procéder de la sorte comme le précise l'art. 42 LPGa, même si rien ne lui interdit d'entendre un assuré avant de rendre une décision (voir DUPONT, Commentaire romand, la loi sur la partie générale du droit des assurances, 2018, art. 42 n. 16). AXA n'a certes pas annexé non plus le rapport du médecin conseil à sa décision du 23 mars 2020. Toutefois, en plus de l'exposé des motifs principaux qui l'ont conduite à sa décision, elle a invité la recourante à

la contacter en cas de questions, ce qui a donné lieu à un entretien téléphonique du 24 mars 2020 lors duquel le représentant d'AXA a clairement fait référence au rapport du médecin conseil, en précisant que ce rapport pouvait être soumis au médecin traitant pour avis, en vue du dépôt d'une éventuelle opposition. Il en résulte qu'il n'y a pas non plus de violation d'être entendu sous cet angle. De plus, le 25 juillet 2020, pendant le délai pour interjeter recours contre la décision sur opposition du 7 juillet 2020, alors qu'elle était représentée par un mandataire professionnel, la recourante a obtenu son dossier qui comprenait le rapport en cause. Elle a ainsi pu faire valoir ses moyens devant la Cour de céans, qui dispose d'un plein pouvoir de cognition en fait, en droit et en opportunité et applique la maxime d'office.

### **E. 2.3**

Quant aux reproches formulés relatifs à la motivation de la décision attaquée, il faut constater qu'AXA y fait explicitement référence aux bases légales, aux différents IRM et diagnostics posés par les médecins traitants, ainsi qu'au rapport médical réalisé par le médecin conseil. La motivation était donc suffisante pour permettre à la recourante de comprendre les considérations ayant mené au rejet de son opposition. Preuve en est que celle-ci n'a d'ailleurs pas été empêchée de recourir en connaissance de cause.

### **E. 2.4**

Sur le vu de ce qui précède, le grief de violation du droit d'être entendu est rejeté. 3. 3.1. En vertu de l'art. 6 al. 1 de la loi du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA; RS 832.20), les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Au sens de l'art. 4 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 LAA, est réputée accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort.

Tribunal cantonal TC Page 5 de 11 La notion d'accident se décompose ainsi en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés: une atteinte dommageable, le caractère soudain de l'atteinte, le caractère involontaire de l'atteinte, le facteur extérieur de l'atteinte et, enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident (arrêt TF 8C\_26/2019 du 11 septembre 2019 consid. 3.1 et les références citées). 3.2. L'existence d'un facteur extérieur est en principe admise en cas de "mouvement non coordonné", à savoir lorsque le déroulement habituel et normal d'un mouvement corporel est interrompu par un empêchement non programmé, lié à l'environnement extérieur, tel le fait de glisser, de trébucher, de se heurter à un objet ou d'éviter une chute (arrêt TF 8C\_26/2019 consid. 3.1 précité). 3.3. Le facteur extérieur est considéré comme extraordinaire lorsqu'il excède le cadre des événements et des situations que l'on peut objectivement qualifier de quotidiens ou d'habituels, autrement dit des incidents et péripéties de la vie courante. Pour des lésions dues à l'effort (soulèvement, déplacement de charges notamment), il faut examiner de cas en cas si l'effort doit être considéré comme extraordinaire, en tenant compte de la constitution physique et des habitudes professionnelles ou autres de l'intéressé (arrêt TF 8C\_26/2019 consid. 3.1 précité). 4. Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA (dans sa version entrée en vigueur le 1er janvier 2017), l'assurance alloue aussi ses prestations pour les lésions corporelles suivantes, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie : a. les

fractures; b. les déboîtements d'articulations; c. les déchirures du ménisque; d. les déchirures de muscles; e. les élongations de muscles; f. les déchirures de tendons; g. les lésions de ligaments; h. les lésions du tympan. Dans cette nouvelle formulation, l'art. 6 al. 2 LAA fait abstraction de l'existence d'une cause extérieure. Ainsi, désormais, en cas de lésion corporelle figurant dans la liste, il y a présomption que l'on est en présence d'une lésion semblable aux conséquences d'un accident, qui doit être prise en charge par l'assureur-accidents. Celui-ci pourra toutefois se libérer de son obligation s'il apporte la preuve que la lésion est manifestement due à l'usure ou à une maladie (arrêt TC FR 605 2019 214 du 15 juillet 2020 consid. 2.4. et les références citées). Cela suppose que, dans le cadre de son devoir d'instruction de la demande, l'assureur, après avoir reçu l'annonce d'une lésion selon la liste de l'art. 6 al. 2 LAA, clarifie précisément les circonstances de la lésion. L'ensemble des causes de la lésion corporelle en question doit être évaluée en premier lieu par des spécialistes du domaine médical. Outre l'état antérieur, les circonstances de la première apparition des plaintes doivent également être examinées plus en détail. Les différents indices qui parlent pour ou contre l'usure ou la maladie doivent être pondérés d'un point de vue médical (arrêts TF 8C\_267/2019 du 30 octobre 2019 consid. 6 et 8C\_22/2019 du 24 septembre 2019 consid. 8; arrêt TC FR 605 2019 339 du 24 novembre 2020 consid. 3 avec les références citées). 5. 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

Tribunal cantonal TC Page 6 de 11 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). Cependant, le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement post hoc, ergo propter hoc; voir ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n. U 341 p. 408 s., consid. 3b). 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 prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans le droit des assurances sociales. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 181 consid. 3.1; 129 V 406 consid. 4.3.1; 119 V 335 consid. 1; 118 V 289 consid. 1b et les références).

## **E. 6**

octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1), applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA; RS 832.20). L'art. 42 LPGA prévoit ainsi que : "Les parties ont le droit d'être entendues. Il n'est pas nécessaire de les entendre avant une décision sujette à opposition". En outre, à la teneur de l'art. 49 al. 3, 2ème phrase LPGA, les décisions doivent

être motivées si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. Cette obligation est également déduite de la jurisprudence sur le droit d'être entendu garanti par l'art. 29 al. 2 Cst, afin que son destinataire puisse la comprendre et l'attaquer utilement s'il y a lieu, et que l'instance de recours, si elle est saisie, soit en mesure d'exercer pleinement son contrôle (ATF 129 I 232 consid. 3.2; 126 I 97 consid. 2b; 122 IV 8 consid. 2c). Cependant, en matière d'assurances sociales, on ne saurait fixer des exigences trop élevées en ce qui concerne la motivation des décisions, vu le nombre important que les autorités compétentes sont appelées à rendre. La motivation des décisions peut dès lors se limiter à l'essentiel, mais celles-ci doivent rester compréhensibles pour les administrés. Il suffit d'indiquer brièvement les considérations qui ont guidé l'administration et sur lesquelles repose la décision (VSI 2001 114). Si la motivation doit révéler les réflexions de l'autorité sur les éléments – de fait et de droit – essentiels qui ont influencé sa décision, l'autorité n'est cependant pas tenue de prendre position sur tous les faits, griefs et moyens de preuve invoqués par les parties, mais peut se limiter à ceux qui, sans arbitraire, lui apparaissent décisifs pour la solution de la cause (ATF 126 I 97 consid. 2b; 112 Ia 107 consid. 2b). Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond (ATF 127 V 437 consid. 3d/aa; 126 V 132 consid. 2b). Pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière, la violation du droit d'être entendu est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 132 V 387 consid. 5.1). Mais la réparation d'un vice éventuel ne doit avoir lieu qu'exceptionnellement (ATF 137 I 195 consid. 2.3.2). Toutefois, même dans l'hypothèse où la violation du droit d'être entendu serait d'une gravité particulière, un renvoi de la cause à l'administration dans le sens d'une réparation du droit d'être entendu ne saurait entrer en considération, si et dans la mesure où le renvoi conduit formellement à un temps mort ainsi qu'à des retards inutiles, incompatibles avec l'intérêt du justiciable à un jugement expéditif de la cause (ATF 136 V 117 consid. 4.2.2.2; 132 V 387 consid. 5.1; 133 I 201 consid. 2.2; arrêt TAF 2010/35 du 20 janvier 2010 consid. 4.3.1). En particulier, selon la jurisprudence, une violation du droit d'être entendu est considérée comme réparée lorsque l'intéressé jouit de la possibilité de s'exprimer librement devant une autorité de recours pouvant contrôler librement l'état de fait et les considérations juridiques de la décision

Tribunal cantonal TC Page 4 de 11 attaquée, à condition toutefois que l'atteinte aux droits procéduraux de la partie lésée ne soit pas particulièrement grave, de sorte qu'il n'en résulte aucun préjudice pour le justiciable (ATF 137 I 195 consid. 2.3.2, 133 I 201 consid. 2.2; arrêt TF 8C\_414/2015 du 29 mars 2016 consid. 2.3).

### **E. 6.1**

De manière générale, en droit des assurances sociales, il n'existe pas un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré. Le défaut de preuve va au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé (ATF 126 V 322 consid. 5a et les références citées). Lorsque l'existence d'un fait ne peut être prouvée au degré de la vraisemblance prépondérante, c'est à la partie qui l'invoque pour fonder son droit ou au contraire pour s'exonérer d'une obligation d'en supporter les conséquences (RAMA 1994 p. 326 consid. 1 et 3b; ATF 116 V 136 consid. 4b, 114 V 298 consid. 5b).

### **E. 6.2**

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. Il ne peut écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante (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). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité

Tribunal cantonal TC Page 7 de 11 de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Selon la jurisprudence, un rapport médical établi sur la base d'un dossier a valeur probante si ledit dossier contient suffisamment d'appréciations médicales, qui elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n. U 438 p. 345; arrêt TF U 233/02 du 14 juin 2004 consid. 3.1). S'agissant des rapports médicaux des médecins traitants, le juge peut et doit même tenir compte du fait que ceux-ci se trouvent dans le cadre d'une relation de confiance issue du mandat qui leur a été confié. Ainsi, il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant dès lors que celui-ci, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui et à s'exprimer plutôt dans un sens qui lui serait favorable (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références citées; RCC 1988, p. 504 consid. 2). Cela étant, pour que l'assuré ait une chance raisonnable de soumettre sa cause au juge, sans être clairement désavantagé par rapport à l'assureur (sur l'inégalité relativement importante entre les parties en faveur de l'assurance, voir ATF 135 V 165 consid. 4.3.1 in fine), le tribunal ne peut pas, lorsqu'il existe des doutes quant à la fiabilité et la pertinence des constatations des médecins internes à l'assurance, procéder à une appréciation des preuves définitive en se fondant d'une part sur les rapports produits par l'assuré et, d'autre part, sur ceux des médecins internes à l'assurance. Pour lever de tels doutes, il doit soit ordonner une expertise judiciaire, soit renvoyer la cause à l'organe de l'assurance pour qu'il mette en œuvre une expertise dans le cadre de la procédure prévue par l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6).

## **E. 7**

Est litigieuse, en l'espèce, la question de savoir si la recourante a droit aux prestations de l'assurance-accidents obligatoire pour les suites de l'événement survenu le 13 juin 2019, qu'il convient d'envisager d'abord sous l'angle de l'éventuel accident au sens de l'art. 4 LPGa.

### **E. 7.1**

Événement du 13 juin 2019 et atteintes à la santé Le 13 juin 2019, la recourante marchait sur un terrain goudronné lorsque sa cheville s'est tordue. Selon la déclaration d'accident du 2 juillet 2019 l'employeur a déclaré que la recourante avait présenté une "entorse" du pied droit. Par formulaire du 16 juillet 2019 qu'elle a retourné à AXA, la recourante déclare avoir été en mesure, suite à l'événement de rentrer chez elle et elle a notamment décrit l'apparition, au cours de la soirée, d'un hématome ainsi que d'un gonflement.

### **E. 7.2**

Facteur extérieur extraordinaire Dans sa déclaration d'accident, la recourante a exposé que "En marchant sur un chemin goudronné, je me suis tordu la cheville droite". À la question "S'est-il produit quelque chose d'extraordinaire ou d'inattendu ?", la recourante a coché la case "oui" et indiqué "Je n'avais pas prévu que je me tordrais la cheville droite".

Tribunal cantonal TC Page 8 de 11 La description des faits de l'événement litigieux ne permet pas de retenir l'existence d'un accident au sens strict du terme, à défaut de facteur extraordinaire. En effet, la recourante n'a décrit aucun phénomène particulier tels une chute, une glissade ou un mouvement non coordonné qui se serait produit lors de son déplacement (pour un cas d'application, voir arrêt TF 8C\_40/2017 consid. 6).

### **E. 7.3**

On doit dès lors nier la présence du facteur extraordinaire. L'événement du 13 juin 2019 n'est donc pas un accident au sens de l'art. 4 LPGa.

## **E. 8**

Se pose encore la question de savoir si c'est au titre de lésions assimilées à un accident au sens de l'art. 6 al. 2 LAA que AXA doit prester.

### **E. 8.1**

Dans le rapport médical initial du 17 juillet 2019 adressé à AXA, la Dre C. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, note que la recourante présente une tuméfaction sous-malléolaire externe droite et des douleurs à la palpation et à la mobilisation. Elle pose le diagnostic d'entorse de la cheville droite sur la base de la radiographie réalisée le 1er juillet 2019, le rapport radiologique signalant l'absence d'atteinte manifeste des parties molles et l'absence de fracture osseuse hormis une "encoche" dans le prolongement de la surface articulaire proximale inférieure du cuboïde d'origine indéterminée et la présence d'un os surnuméraire recto-astragalien : os trigonum. Le rapport médical établi par le Dr D. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, sur la base de l'IRM réalisé le 18 juillet 2019 mentionne lui aussi la présence d'un "os sous fibulaire sur le trajet du ligament talo-fibulaire antérieur" et il conclut que la recourante est atteinte d'une "arthrose MTP1 avec œdème osseux", de "deux kystes arthrosynoviaux". En revanche, le radiologue exclut toute déchirure ligamentaire. Dans le rapport médical du 23 juillet 2019, le Dr E. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique auprès de la Clinique F. \_\_\_\_\_, relève que

"concernant la cheville, les douleurs à un mois et demi post entorse sont encore normales" et il lui prescrit le port d'une attelle ASO. Selon ce rapport, "concernant les douleurs à l'hallux, il est clair que la patiente souffre d'une arthrose importante". Le 31 juillet 2019, ce chirurgien procède à une ponction du kyste sous anesthésie locale afin de soulager la recourante. Plus tard, le 13 janvier 2020, sur la base de l'IRM du 10 janvier 2020, la Dre G. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie et neuroradiologie, mentionne un "petit épanchement de l'articulation talo- naviculaire", un "petit kyste du ligament fibulo-talaire antérieur" et un "petit fragment osseux de la malléole externe sans œdème de la moelle osseuse compatible avec une ancienne petite fracture". Elle pose le diagnostic différentiel d'une dégénérescence kystique partielle du ligament post-entorse ancienne. Le 28 janvier 2020, le Dr E. \_\_\_\_\_ préconise une intervention chirurgicale afin de procéder à l'ablation du kyste intra-ligamentaire et du fragment osseux. Sur cette base, à la demande de l'assureur-accidents, se fondant sur les différentes pièces produites au dossier, lesquelles s'échelonnent du 2 juillet 2019 (déclaration d'accident) jusqu'au 28 janvier 2020 (rapport du Dr E. \_\_\_\_\_), le Dr H. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, médecin conseil, a procédé à une appréciation médicale détaillée le 25 février 2020.

Tribunal cantonal TC Page 9 de 11 Il souligne premièrement ce qui suit : "le bilan radiologique du 1.7.2019, est dans la norme, à part un ancien arrachement sur la pointe de la malléole externe. Où il y a une toute petite tuméfaction des parties molles dans la région sous-malléolaire externe à droite, pas à gauche. Il n'y a pas de troubles dégénératifs de la sous-talienne. Le traitement est conservateur, l'évolution moyenne, une IRM est faite le 18.7.2019, soit un mois après l'événement, cette IRM montre une arthrose MTP1 avancée, deux kystes arthro-synoviaux, au niveau de la joue externe et de la sous-talienne, et enfin un os fibulaire bien délimité, sans œdème osseux, pas de lésion ligamentaire". Le médecin conseil conclut ensuite à la mise en évidence "d'un kyste arthro-synovial, pathologie je le rappelle dégénérative, chronique, inflammatoire, et un os fibulaire, qui est une variance anatomique osseuse, et enfin une arthrose de la 1ère MTP ". A la question de savoir si les atteintes à la santé de la recourante ont, au degré de la vraisemblance prépondérante été causé par un accident, il a répondu ce qui suit : " je retiendrais alors sur le plan diagnostique une entorse bénigne, avec un statu quo sine au plus tard six semaines après l'évènement ".

## **E. 8.2**

Il peut être retenu en particulier de ce qui précède que le rapport radiologique du 1er juillet 2019 exclut toute lésion des parties molles et toute fracture des suites de l'entorse. De même, l'IRM du 18 juillet 2019 écarte toute lésion ligamentaire. S'agissant du fragment osseux de la malléole externe, il est vraisemblablement le fait d'une ancienne petite fracture de la malléole antérieure à l'entorse, tel qu'en attestent les rapports médicaux du 18 juillet 2019 et du 13 janvier 2020 des médecins traitants et le rapport médical du 25 février 2020 du médecin conseil. Quant aux kystes et à l'arthrose, la nature même de ces lésions, généralement plus dégénératives ou d'usure que traumatiques, parle en faveur d'atteintes préexistantes prépondérantes, d'autant plus qu'aucune fracture et lésion ligamentaire n'a été constatée. En conséquence, l'avis du médecin conseil doit être suivi et convaincre l'Instance de céans. Le rapport médical est en effet complet et correspond pleinement aux critères jurisprudentiels en matière de valeur probante des rapports médicaux, en ce sens qu'il est basé sur une lecture attentive du dossier médical, qu'il se fonde sur des examens complets, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et de l'appréciation médicale sont claires et que les conclusions médicales sont

dûment motivées.

### **E. 8.3**

En conséquence, les lésions ne sont pas assimilables à un accident au sens de l'art. 6 al. 2 LAA et le droit aux prestations de l'assurance-accidents de la recourante sur cette base est rejeté.

### **E. 9**

Au surplus, le lien de causalité entre les atteintes à la santé et l'événement du 13 juin 2019 peut encore être examiné.

#### **E. 9.1**

Compte tenu du raisonnement précédent, si le délai de guérison apparaît bien plus long que les 6 semaines retenues par le médecin conseil pour une simple entorse de ce type, cela provient très vraisemblablement de l'état maladif préexistant de la recourante (arthrose, kystes et fragment osseux) qui a d'ailleurs favorisé la survenance de l'entorse et que cette dernière a ensuite participé à péjorer. Or, en pareil cas, la durée de guérison supplémentaire n'est pas imputable à l'événement assuré par AXA mais à la maladie dont les frais sont à la charge de l'assureur-maladie, ce dont ce dernier a convenu en retirant son opposition le 31 mars 2020 et en admettant que la prise en charge du cas lui incombait intégralement selon les tarifs reconnus. En définitive, dès lors que les douleurs

Tribunal cantonal TC Page 10 de 11 peuvent être attribuées aux effets d'une arthrose préexistante, des kystes et du fragment osseux comme en témoigne les nombreux rapports figurant au dossier, il se justifie de reconnaître une rupture du lien de causalité au plus tard après 6 semaines entre les atteintes dont souffre la recourante et l'entorse du 13 juin 2019.

#### **E. 9.2**

Quand bien même le critère du facteur extraordinaire serait rempli, les différents rapports médicaux rendent improbable le lien de causalité entre l'entorse et les atteintes à la santé persistant au-delà de six semaines après l'événement du 13 juin 2019. En conséquence, même si l'existence d'un accident ou d'une lésion assimilée avait pu être retenue, le lien de causalité aurait dû être exclu au plus tard à partir de fin juillet 2019.

### **E. 10**

Partant, c'est à bon droit qu'AXA a rejeté l'opposition de la recourante et refusé de verser les prestations. Le recours du 2 septembre 2020 doit en conséquence être rejeté et la décision sur opposition du 7 juillet 2020 confirmée. En application du principe de la gratuité de la procédure valant en la matière (voir 61 let. a LPGA dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020, applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 LAA), il n'est pas perçu de frais de justice. Vu le sort du recours, il n'est pas alloué de dépens. (dispositif en page suivante)

Tribunal cantonal TC Page 11 de 11 la Cour arrête : I. Le recours est rejeté. Partant, la décision sur opposition du 7 juillet 2020 est confirmée. II. Il n'est pas perçu de frais de procédure. III. Il n'est pas alloué de dépens. IV. Notification. Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de

preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite. Fribourg, le 14 juin 2021/zdu/msu Le Président : La Greffière-stagiaire :

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