

FR_GERICHTE 605 2021 43 vom 19. Oktober 2021

FR Kantonsgericht, 2021-10-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2021_43

FR: FR_GERICHTE 605 2021 43 du 19 octobre 2021

IT: FR_GERICHTE 605 2021 43 del 19 ottobre 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 dûment représentée et directement touchée par la décision sur opposition attaquée, le recours est recevable.

E. 2

La recourante invoque en premier lieu une violation du droit d'être entendu. Elle reproche en particulier à la SUVA de ne pas avoir donné suite à ses demandes de consultation de documents afin de se déterminer sur leur contenu. Elle fait notamment référence à un courrier du 14 avril 2020 adressé à la SUVA dans lequel elle demandait une copie de toutes les pièces du dossier (dossier de la SUVA, pièce 53). Elle renvoie également à son opposition du 16 octobre 2020, se référant au 2ème paragraphe de la page 3 de ce document où elle écrivait qu'"il appartiendra désormais à la Suva, au stade de la procédure d'opposition, d'ordonner les mesures d'instruction requises afin d'établir l'état de fait pertinent de manière exacte et complète. Le cas échéant, il appartiendra également à cette assurance de communiquer à l'opposante toute pièce ou tout document qu'elle entendrait lui opposer, en l'invitant à se déterminer à ce propos dans un délai raisonnable".

E. 2.1

Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel (art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999; Cst., RS 101), dont la violation doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond. La jurisprudence a notamment déduit du droit d'être entendu (art. 29 al. 2 Cst.), en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui 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; 142 III 48 consid. 4.1.1; 141 V 557 consid. 3; 135 I 279 consid. 2.3; arrêt du 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;

Tribunal cantonal TC Page 4 de 12 133 III 439 consid. 3.3; arrêt du TF 4A_408/2010 du 7 octobre 2010 consid. 2.1; arrêt du TAF A- 5228/2016 du 25 avril 2017 consid. 3.2.1). Le droit d'être entendu doit être reconnu et respecté lorsqu'une autorité envisage de fonder sa

décision sur une norme ou un motif juridique non évoqué dans la procédure antérieure et dont aucune des parties en présence ne s'est prévaluée et ne pouvait supputer la pertinence in casu (ATF 128 V 272 consid. 5b/bb et les références). Dans le contexte d'une reconsidération au sens de l'art. 53 al. 2 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), qui est possible en tout temps (dans les limites de l'art. 53 al. 3 LPGA), soit également au stade de la procédure judiciaire au terme de laquelle le tribunal peut confirmer par substitution de motif la suppression de la rente prononcée sur la base d'une révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (ATF 125 V 368 consid. 2; arrêt TF 9C_11/2008 du 29 avril 2008 consid. 2), la garantie du droit d'être entendu de l'assuré exige que celui-ci soit informé préalablement de la substitution de motif envisagée (ATF 125 V 368 consid. 4a et b; cf. aussi ATF 128 V 272 consid. 5b/bb).

E. 2.2

Le droit de consulter le dossier s'étend à toutes les pièces décisives figurant au dossier et garantit que les parties puissent prendre connaissance des éléments fondant la décision et s'exprimer à leur sujet (ATF 132 II 485 consid. 3.2; 129 I 85 consid. 4.1; 125 II 473 consid. 4c/cc; 121 I 225 consid. 2a). La garantie constitutionnelle de l'accès au dossier comprend le droit de consulter des pièces au siège de l'autorité, de prendre des notes et de faire des photocopies, pour autant qu'il n'en résulte pas un surcroît de travail excessif pour l'autorité (ATF 126 I 7 consid. 2b; 122 I 112 consid. 2b et les arrêts cités; cf. ATF 115 V 302 consid. 2e). En outre, lorsqu'elle verse au dossier de nouvelles pièces dont elle entend se prévaloir dans son jugement, l'autorité est tenue d'en aviser les parties. Encore qu'elle ne soit pas obligée de les renseigner sur chaque production de pièces, car il suffit qu'elle tienne le dossier à leur disposition (arrêt TF I 250/02 du 25 octobre 2002 consid. 3.3).

E. 2.3

Le droit de faire administrer des preuves suppose que le fait à prouver soit pertinent, que le moyen de preuve proposé soit nécessaire pour constater ce fait et que la demande soit présentée selon les formes et délais prescrits (cf. ATF 134 I 140 consid. 5.3 p. 148). Cette garantie constitutionnelle n'empêche pas l'autorité de mettre un terme à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de former sa conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude qu'elles ne pourraient l'amener à modifier son opinion (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 p. 298 s. et les arrêts cités).

E. 2.4

Selon l'art. 46 LPGA, l'assureur enregistre de manière systématique tous les documents qui peuvent être déterminants. Ce devoir imparti à l'autorité administrative constitue un corollaire du droit d'être entendu en ce sens que, entre autres, il garantit qu'une partie puisse valablement faire usage de son droit de consulter le dossier et que l'autorité de recours obtienne rapidement un aperçu de tous les documents déterminants de la cause en recevant le dossier de l'instance inférieure (cf. arrêt TAF C-5894/2011 du 20 février 2014 consid. 7.1). Pour chaque procédure, tous les documents pouvant être pertinents doivent être systématiquement enregistrés par l'institution d'assurance. En outre, les documents doivent être classés par ordre chronologique dès le début. Si une demande de consultation du dossier a été présentée et au plus tard au moment de la décision, le dossier doit également être paginé en continu. En règle générale,

Tribunal cantonal TC Page 5 de 12 il est également nécessaire d'établir un bordereau ("Aktenverzeichnis") contenant une liste chronologique de toutes les pièces produites dans une procédure (cf. arrêt TF 8C_616/2013 du 28 janvier 2014 consid. 2.1).

E. 2.5.1

Concernant tout d'abord la demande de copie du dossier du 14 avril 2020, la SUVA a accusé réception de ce courrier (dossier de la SUVA, pièce 56), puis elle a convoqué son assurée à une conférence téléphonique par courrier du 1er mai 2020 (dossier de la SUVA, pièce 57). Lors de cette conférence, les parties ont convenu qu'à la réception des documents d'un certain médecin, elles feraient un point de la situation pour juger si la recourante estimait opportun qu'une décision soit rendue (dossier de la SUVA, pièce 58). Par courrier électronique du 26 juin 2020, la SUVA l'a informée du fait qu'elle n'avait pas reçu de rapport du médecin, qu'elle était dans l'impossibilité de revoir sa prise de position dans ce dossier et que, si la recourante le désirait, elle rendrait une décision. Le même jour, l'assurée a répondu que la SUVA allait recevoir des documents et qu'ensuite elle pourrait rendre une décision formelle (dossier de la SUVA, pièce 64). La recourante a renvoyé un courrier électronique à la SUVA pour lui annoncer que des rapports médicaux lui parviendraient prochainement. Le 31 août 2020, la SUVA a informé la recourante qu'elle avait reçu des rapports médicaux et que cela ne modifiait pas son refus (dossier de la SUVA, pièce 72). La recourante a répondu en septembre 2020 qu'elle attendait la décision formelle par courrier (dossier de la SUVA, pièce 73). Le 21 septembre 2020, la SUVA a envoyé sa décision. Il n'y a certes pas de trace au dossier faisant état d'un envoi de copie du dossier à la recourante suite à sa requête du 14 avril 2020. Cependant, celle-ci a eu de multiples échanges avec la SUVA, par téléphone ainsi que par courriers électroniques, et elle lui a même donné son autorisation pour l'envoi de la décision. Elle a également pu faire administrer des preuves, en particulier par l'établissement de rapports médicaux. A aucun moment dans les échanges de courriers électroniques, la recourante n'a réitéré sa demande visant à obtenir une copie des pièces. Au stade de l'opposition, elle n'a d'ailleurs pas invoqué le fait de ne pas avoir eu accès au dossier. Tout cela laisse donc à penser qu'elle avait obtenu la copie du dossier requise ou qu'elle y avait renoncé. Elle ne peut ainsi pas se prévaloir au stade du recours du fait qu'elle aurait été empêchée de se déterminer sur certaines pièces.

E. 2.5.2

Concernant ensuite la requête faite à la SUVA au stade de l'opposition de lui communiquer toute pièce qu'elle entendrait lui opposer, l'assurance-accidents n'est aucunement tenue à une telle obligation. La jurisprudence considère qu'il est suffisant que l'autorité tienne à disposition le dossier (cf. consid. 2.3). La recourante était libre de demander des copies du dossier à l'autorité intimée. Ce qu'elle a d'ailleurs fait le 19 janvier 2021 (dossier de la SUVA, pièce 92) et la SUVA a respecté son obligation en lui faisant parvenir une copie du dossier le 22 janvier 2021 (dossier de la SUVA, pièce 94). Sous cet angle, le vice de forme lié à une éventuelle violation du droit d'être entendu aurait par ailleurs été réparé dans le cadre de la procédure de recours, durant laquelle la recourante a eu loisir de se prononcer, en toute connaissance de cause, sur le dossier constitué par la SUVA.

E. 2.5.3

Sur le vu de ce qui précède, la SUVA n'a pas violé le droit d'être entendu de la recourante. Plus particulièrement, elle pouvait rendre sa décision sans impartir auparavant à celle-ci un nouveau délai pour déposer une détermination complémentaire.

Tribunal cantonal TC Page 6 de 12 En conséquence, le grief formel de violation du droit d'être entendu doit être écarté.

E. 3

En vertu de l'art. 6 al. 1 de la loi sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA ; RS 832.20), les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Selon l'art. 4 LPGA, 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 entraîne la mort. La notion d'accident se décompose donc 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; enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur (cf. art. 4 LPGA). Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident (ATF 129 V 402 consid. 2.1; 122 V 230 consid. 1 et les références citées).

E. 4

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, 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 (arrêts TF 8C_796/2016 du 4 juin 2017 consid. 3.1, 8C_743/2016 du 18 mai 2017 consid. 3.1, 8C_135/2014 du 24 février 2015 consid. 3, et les références citées).

E. 4.1

Pour admettre l'existence d'un lien de causalité naturelle, il n'est pas nécessaire 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 (ibidem).

E. 4.2

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 l'assurance sociale. 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 (ibidem).

E. 4.3

Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ibidem).

E. 5

Une fois que le traitement médical d'un événement assuré a cessé, des mesures médicales ne peuvent être prises en charge qu'aux conditions de l'art. 21 LAA et seulement si l'assuré a été mis au bénéfice d'une rente. S'il n'a pas droit à une telle prestation, il appartient à l'assurance-maladie de prendre en charge le traitement. Demeure réservée l'annonce d'une rechute ou de séquelles tardives nécessitant un traitement médical (art. 11 de l'ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents [OLAA; RS 832.202]). Dans ce cas, l'assureur-accidents accordera les prestations indépendamment des conditions fixées à l'art. 21 LAA.

E. 5.1

Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même atteinte qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent. Les rechutes et les séquelles tardives se rattachent par définition à un événement accidentel. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 123 V 137 consid. 3a; 118 V 293 consid. 2c et les références).

E. 5.2

Plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve d'un rapport de causalité doivent être sévères (arrêt TF 8C_171/2016 du 29 avril 2016 consid. 2.2 et les références).

E. 6

Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Dans la conduite de la procédure, l'assureur dispose d'un large pouvoir d'appréciation en ce qui concerne la nécessité, l'étendue et l'adéquation de recueillir des données médicales. Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (arrêt TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2).

E. 6.1

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

n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

Tribunal cantonal TC Page 8 de 12 Si, malgré les moyens mis en œuvre d'office par le juge pour établir la vérité du fait allégué par une partie, conformément au principe inquisitoire, ou par les parties selon le principe de leur obligation de collaborer, la preuve de ce fait ne peut être rapportée avec une vraisemblance prépondérante pour emporter la conviction du tribunal, c'est à la partie qui entendait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (DTA 1996-1997 n. 17 consid. 2a; 1991 n. 11 et 100 consid. 1b; 1990 n. 12 consid. 1b et les arrêts cités; ATF 115 V 113 consid. 3d/bb). Dans cette mesure, en droit des assurances sociales, le fardeau de la preuve n'est pas subjectif, mais objectif (RCC 1984 p. 128 consid. 1b).

E. 6.2

Pour statuer, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin d'informations que seul le médecin est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c). En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions du médecin soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157).

E. 6.3

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 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 353 consid. 3b/ee). 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, cf. 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). La jurisprudence attire l'attention sur la relation de confiance qui s'établit immanquablement entre le médecin traitant et son patient, ainsi que sur l'indépendance présumée d'un médecin lié à un assureur par un rapport de travail, mais n'en déduit pas pour autant une quelconque règle de préséance (arrêt TF 9C_843/2007 du 28 juillet 2008 consid. 3).

Tribunal cantonal TC Page 9 de 12 Le Tribunal fédéral a encore précisé qu'une expertise doit être diligentée en présence d'un "doute à tout le moins léger" quant à la pertinence de l'avis du médecin-conseil (cf. arrêts TF 8C_370/2017 du 15 janvier 2018 consid. 3.3.3; 8C_586/2017 du 20 décembre 2017 consid. 5.3; 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 4.4).

E. 6.4

Lorsqu'il est constaté que la cause n'est pas suffisamment instruite au plan médical, les tribunaux cantonaux devront, en règle générale, ordonner une expertise judiciaire, à la charge de l'assureur, lorsqu'ils estimeront qu'un état de fait médical nécessite des mesures d'instruction sous forme d'expertise ou lorsqu'une expertise administrative n'a pas de valeur probante sur un point juridiquement déterminant. Un renvoi à l'assureur demeure néanmoins possible lorsqu'il est justifié par une question nécessaire demeurée jusqu'ici non éclaircie ou lorsque certaines affirmations d'experts nécessitent des éclaircissements, des précisions ou des compléments (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).

E. 7

La question litigieuse est celle de savoir si c'est à juste titre que la SUVA a nié l'existence d'un lien de causalité entre l'atteinte à la santé annoncée en septembre 2019 et l'événement de 2017, considérant que l'atteinte provenait d'un événement de 2006. Avant d'examiner cette question, il y aurait même lieu de se demander si l'événement de 2017 remplit les cinq conditions cumulatives nécessaires pour le qualifier d'accident selon l'art. 4 LPGA (cf. consid. 3): en effet, pour décrire cet événement, la recourante avait déclaré qu'en voulant regarder un article dans un centre commercial, elle s'était mise à genoux et avait senti son genou droit craquer (dossier de la SUVA, pièce 1). Or, sur la base de cette description, il n'apparaît à tout le moins pas évident que l'atteinte ait été provoquée par un facteur extérieur, présentant de surcroît un caractère extraordinaire. Il est également envisageable que la SUVA, sans l'indiquer explicitement, soit partie de l'idée que les conséquences de cet événement constituaient alors une lésion assimilée à un accident au sens de l'art. 9 OLAA. Ces questions peuvent toutefois rester ouvertes au vu des développements qui suivent.

E. 7.1

Pour exclure le lien de causalité entre les troubles et l'événement de 2017, la SUVA s'est tout d'abord fondée sur un entretien avec la recourante lors duquel celle-ci avait indiqué avoir déjà souffert au niveau de son genou droit en 2006 (dossier de la SUVA, pièce 36). Dans la rubrique "antécédents" du procès-verbal, il y est noté qu'elle s'était alors blessée en pratiquant l'athlétisme et qu'elle avait ressenti des douleurs lors d'un saut. Des radiographies avaient été effectuées à l'hôpital. Quelques mois après cet événement, toujours en 2006, elle avait ressenti à nouveau des douleurs lors d'une randonnée en montagne. La SUVA s'est également référée au rapport du Dr D. _____ qui attestait que les lésions subies au genou droit étaient clairement compatibles avec un accident chez une patiente qui présentait une instabilité chronique du genou droit depuis un ancien accident où elle avait présenté une rupture des ligaments croisés antérieurs (dossier de la SUVA, pièce 83).

L'assurance-accidents s'est ensuite appuyée sur l'appréciation médicale de sa médecin

d'arrondissement qui a expliqué que l'IRM du 26 septembre 2006 décrivait une déchirure du ligament croisé antérieur et latéral interne. Elle a aussi repris un rapport d'un médecin préconisant une opération en 2007.

Tribunal cantonal TC Page 10 de 12

E. 7.2

De son côté, la recourante fait valoir que les conditions permettant d'admettre une rechute des événements survenus tant en 2006 qu'en 2017 sont remplies. A l'appui de son affirmation, elle critique l'avis de la Prof. E. _____ et notamment le fait qu'elle soit neurochirurgienne alors que l'atteinte est "mécanique", de sorte que son champ d'expertise principal ne porte pas directement sur le domaine médical visé par l'atteinte. Selon elle, la SUVA ne pouvait pas retenir que l'avis de son médecin d'arrondissement prévalait sur celui du Dr D. _____. La recourante relève ensuite des développements peu clairs et contradictoires de la part de la médecin d'arrondissement, considérant que la SUVA ne pouvait pas se baser sur cet avis, sans instruction complémentaire, pour affirmer qu'il n'y avait pas de lien de causalité. Elle arrive à la conclusion que l'existence d'un rapport de cause à effet entre les précédentes atteintes accidentelles au genou droit et la lésion survenue le 5 septembre 2019 est probable.

E. 7.3

La recourante a effectivement subi un accident en 2006. Les médecins mentionnaient une torsion latérale interne du genou droit (dossier de la SUVA, pièce 68 s.) et une déchirure du ligament croisé antérieur et du ligament latéral interne (dossier de la SUVA, pièce 67). Selon le rapport du Dr F. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, il y a une instabilité subjective à la suite de deux torsions du genou en mai et septembre 2006. Il avait recommandé une opération (dossier de la SUVA, pièce 70). Dans un rapport de consultation de l'hôpital du 5 septembre 2019, les médecins ont expliqué que la patiente était connue pour un status post-lésion du LCE du genou droit il y a quatorze ans traité conservativement avec guérison complète et qu'elle est venue consulter suite à l'événement survenu sur le canapé (dossier de la SUVA, pièce 99). Le 17 septembre 2019, le Dr G. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a expliqué que la recourante l'avait consulté pour une problématique de déchirure en anse de seau luxée du ménisque externe au genou droit dans le contexte d'une ancienne déchirure non traitée du ligament croisé antérieur datant de 2006 (dossier de la SUVA, pièce 25). Le 12 octobre 2020, le Dr D. _____ a attesté que les lésions subies lors de l'entorse du genou droit le 5 septembre 2019 étaient clairement compatibles avec un accident chez sa patiente qui présentait une instabilité chronique du genou droit depuis un ancien accident où elle a présenté une rupture des ligaments croisés antérieurs traitée conservativement (dossier de la SUVA, pièce 83). Dans son appréciation du 4 novembre 2020, la médecin d'arrondissement de la SUVA a relevé ces événements et elle a considéré que les plaintes actuelles de 2017 et 2019 étaient des suites de l'événement de 2006 (dossier de la SUVA, pièce 86). Les différents médecins sont unanimes concernant l'origine des atteintes au genou droit. Tous considèrent en effet que l'origine des troubles date de 2006 ou, du moins, lient ces troubles à l'événement de 2006. La médecin d'arrondissement a dûment pris en compte ces avis et les a discutés. En l'absence d'avis médical contraire qui pourrait étayer le fait que les plaintes de 2017 et 2019 n'étaient pas des suites de l'accident de 2006, la SUVA n'avait aucune raison de mettre en œuvre une expertise sur cette question; la cause était suffisamment instruite.

E. 7.4

Au vu de ce qui précède, l'éventuel lien de causalité entre les troubles annoncés en septembre 2019 et un accident ne pourrait se situer qu'au niveau de l'événement de 2006, sous la forme d'une rechute. D'ailleurs, à l'appui de ses conclusions, la recourante semble elle-même invoquer le fait que les événements de 2017 et 2019 constituent une rechute de l'accident de 2006. Cela étant, cette hypothèse, qui reviendrait à qualifier notamment l'atteinte à la santé annoncée en septembre 2019 de rechute de l'accident de 2006, n'a pas été discutée par la SUVA dans la décision

Tribunal cantonal TC Page 11 de 12 querellée. A cet égard, il peut certes être admis avec la recourante qu'une rechute peut éventuellement faire naître une obligation de l'assureur-accidents initial de verser des prestations (cf. consid. 5.1). Il faut toutefois constater en l'espèce qu'en 2006, le cas avait été pris en charge par l'assureur Mutuel Assurance Maladie SA, car la recourante était alors écolière (dossier de la SUVA, pièces 36, 58 et 61; pièce 3 de la recourante). En conséquence, dans la mesure où la SUVA n'était pas intervenue comme assureur-accidents en lien avec l'événement de 2006, il ne lui appartenait quoi qu'il en soit pas de couvrir les conséquences d'une éventuelle rechute survenue en 2019. C'est dès lors à juste titre qu'elle n'a pas examiné si les conditions d'une rechute étaient remplies. En définitive, c'est à bon droit que la SUVA n'a pas presté pour l'atteinte annoncée en septembre 2019.

E. 7.5

Il peut encore être relevé qu'en l'état, la question de l'obligation de couvrir les conséquences de cette atteinte par un autre assureur que la SUVA reste ouverte. En partant de l'hypothèse que l'atteinte annoncée en septembre 2019 constituerait une rechute de l'accident de 2006 (voir ci-dessus consid. 7.4), l'assureur Mutuel Assurance Maladie SA (désormais Groupe Mutuel Assurances GMA SA; voir extraits du registre du commerce, <https://vs.chregister.ch>, consulté à la date de l'arrêt) qui paraît avoir versé des prestations en 2006 au titre de la couverture du risque accidents pourrait être amené à couvrir les conséquences d'une telle rechute. Cela irait dans le sens du courrier du 15 avril 2021 de Mutuel Assurances SA, produit spontanément par la recourante, à teneur duquel cet assureur perte de gain en cas de maladie, appartenant également au Groupe Mutuel Assurances, retient que les troubles à l'origine de l'arrêt de travail subi à partir de septembre 2019 sont imputables au degré de la vraisemblance prépondérante à l'accident de 2006, ce qui le conduit à refuser de verser à la recourante des indemnités journalières en raison d'une maladie. Cela étant, en contradiction avec cette position, Philos Assurance Maladie SA, société appartenant elle aussi au Groupe Mutuel Assurances, admet quant à elle son obligation de prendre en charge les frais médicaux liés à l'atteinte existant à partir de septembre 2019, au titre de la couverture du risque maladie au sens de l'assurance-maladie obligatoire (dossier de la SUVA, pièce 82). Il n'appartient toutefois pas à la Cour de céans de clarifier ces questions dans le cadre de la présente procédure de recours qui porte uniquement sur l'obligation de prester de la SUVA.

E. 8

Sur le vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition du 13 janvier 2021 confirmée.

E. 8.1

Il n'est pas perçu de frais de justice, la procédure portant sur un litige en matière de prestations (voir art. 61 let. fbis LPGA, en vigueur depuis le 1er janvier 2021).

E. 8.2

Vu le sort du recours, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens. (dispositif en page suivante)

Tribunal cantonal TC Page 12 de 12 la Cour arrête : I. Le recours est rejeté. Partant, la décision sur opposition du 13 janvier 2021 est confirmée. II. Il n'est pas perçu de frais de justice. 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 19 octobre 2021/rte Le Président : Le Greffier :

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