

# FR\_GERICHTE 605 2024 137 vom 23. Mai 2025

FR Kantonsgericht, 2025-05-23, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_605\\_2024\\_137](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2024_137)

FR: FR\_GERICHTE 605 2024 137 du 23 mai 2025

IT: FR\_GERICHTE 605 2024 137 del 23 maggio 2025

## Regeste

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

## Erwägungen

### E. 22

octobre 2023, subsidiairement, à ce qu'une expertise judiciaire soit mise en œuvre, plus subsidiairement, à ce que la cause soit renvoyée pour mise en œuvre d'une expertise et nouvelle décision. En substance, elle soutient que l'atteinte provoquée par l'événement du 22 octobre 2023 trouve sa cause dans un facteur extérieur extraordinaire, si bien que les conditions relatives à la notion d'accident sont remplies. Dans tous les cas, la Mobilière aurait dû prendre en charge le cas sous l'angle d'une lésion corporelle assimilée à un accident. Le 7 octobre 2024, la Mobilière fait parvenir ses observations, concluant au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée, ainsi qu'un rapport du médecin d'assurance. Le 11 décembre 2024, la recourante transmet ses contre-observations, maintenant les griefs formulés et les conclusions prises dans son recours, ainsi qu'un rapport médical. Le 28 janvier 2025, la Mobilière communique ses ultimes remarques et un rapport du médecin traitant. Finalement, le 6 février 2025, puis le 21 février 2025, la recourante et la Mobilière se déterminent chacune spontanément et font parvenir des rapports médicaux. D. Il sera fait état du détail des arguments développés par les parties à l'appui de leurs conclusions dans les considérants en droit du présent arrêt, dans le cadre desquels seront notamment examinés leurs moyens de preuve.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 15 en droit 1. Recevabilité Le recours a été interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente, par une recourante valablement représentée et directement touchée par la décision querellée. Partant, il est recevable. 2. Règles relatives à la notion d'accident au sens de l'art. 4 LPGA En vertu de l'art. 6 al. 1 de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA; RS 832.29), 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 fédérale 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. La notion d'accident se décompose 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). 3. Condition du facteur extérieur extraordinaire 3.1.

Pour que l'exigence du facteur extérieur soit remplie, il faut que l'atteinte à la santé résulte d'une cause exogène au corps humain. Cet élément, qui s'oppose à la cause interne qui caractérise la maladie, permet de distinguer ces deux éventualités (arrêt TF 8C\_337/2024 du 29 novembre 2024 et les références). 3.2. Par ailleurs, pour admettre la présence d'un accident, il ne suffit pas que l'atteinte à la santé trouve sa cause dans un facteur extérieur. Encore faut-il que ce facteur puisse être qualifié d'extraordinaire. Cette condition est réalisée lorsque le facteur extérieur 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. Le caractère extraordinaire de l'atteinte ne concerne pas les effets du facteur extérieur, mais seulement ce facteur lui-même (arrêt TF 8C\_646/2023 du 8 juillet 2024 consid. 3.1 et les références). Dès lors, il importe peu que le facteur extérieur ait entraîné, ou non, des conséquences graves ou inattendues (arrêt TF 8C\_275/2023 du 18 octobre 2023 consid. 3.1.2 et les références).

Tribunal cantonal TC Page 4 de 15 3.3. 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. Le facteur extérieur - modification entre le corps et l'environnement extérieur - constitue alors en même temps le facteur extraordinaire en raison du déroulement non programmé du mouvement (arrêt TF 8C\_438/2024 du 18 mars 2025 consid. 3.3.1 et les références). À titre d'exemples, l'existence d'un facteur extérieur extraordinaire a été admise dans le cas d'un assuré, blessé à l'épaule gauche, qui a retenu, par un mouvement du membre supérieur gauche, un panneau d'environ 80 kg glissant des mains de la personne qui l'aidait à le transporter (arrêt TF 8C\_404/2020 du 11 juin 2021 consid. 5.2), dans le cas d'un poseur de sols qui, par un mouvement brusque et incontrôlé au niveau du membre supérieur droit, présentant une certaine intensité, a rattrapé précipitamment un rouleau de moquette qui glissait d'une étagère (arrêt TF 8C\_194/2015 du 11 août 2015 consid. 5.2.2), dans le cas d'un assuré rattrapant, à moins de 80 cm du sol, un gaufrier de 25 kg qui tombait d'une table, le dos courbé et les bras en avant (arrêt TF 8C\_579/2014 du 28 novembre 2014 consid. 5 et 6.3) ou encore dans le cas d'une infirmière, amenée à fournir un effort violent et improvisé lors du déplacement d'une patiente, déplacement qui devait impérativement s'effectuer à deux en raison des contraintes induites par l'invalidité de celle-ci; la collègue de l'infirmière avait lâché prise de manière subite, de sorte que cette dernière s'était retrouvée seule à supporter toute la charge pour éviter le pire (arrêt TF U 9/04 du 15 octobre 2004 consid. 5). Il a également été admis dans le cas d'une assurée qui avait trébuché sur une pile de dossiers posée dans le passage de la porte, alors qu'elle portait des enveloppes dans son bureau. Le fait de trébucher avait entraîné un mouvement non coordonné, soit un empêchement non programmé et lié à l'environnement extérieur, entravant le déroulement naturel d'un mouvement corporel. Dans ce cas, l'existence d'un facteur extraordinaire devait être admise étant donné que le facteur extérieur - la modification entre le corps et l'environnement extérieur - constituait en même temps le facteur extraordinaire en raison du déroulement non programmé du mouvement (arrêt TF 8C\_412/2018 du

## **E. 26**

février 2019 consid 5.2.2). 3.4. En revanche, le facteur extérieur extraordinaire a été nié dans les cas suivants: une assistante maternelle qui s'est blessée au poignet en empêchant un

enfant de cinq ans, pesant 20 kg, de tomber d'une chaise « Tripp-Trapp » (arrêt TF 8C\_242/2021 du 2 novembre 2021 consid. 6 ss); un boucher qui s'est fait mal au dos en se saisissant d'une caisse de viande d'environ 25 kg collant à l'étagère sur laquelle elle était posée, reculant de quelques pas pour retrouver l'équilibre (arrêt TF 8C\_783/2013 du 10 avril 2014 consid. 6.2); un assuré qui a présenté des douleurs au dos après avoir tenté de redresser, par un mouvement réflexe, une plante en pot qui se trouvait sur un chariot de transport, lequel menaçait de basculer (arrêt TF U 144/06 du 23 mai 2006 consid. 2.1 et 2.2); une aide-soignante qui s'est blessée à l'épaule en rattrapant une caisse de livres qui lui avait glissé des mains (arrêt TF 8C\_1019/2009 du 26 mai 2010 consid. 5.1.2); un infirmier qui s'est fait mal au niveau des cervicales en se retournant brusquement pour tenter de retenir une patiente, laquelle s'était levée de sa chaise roulante (arrêt TF 8C\_726/2009 du 30 avril 2010 consid. 5); une infirmière, pesant 62 kg, souffrant d'une hernie discale, qui a soudainement dû supporter le poids d'une patiente de 66 kg, en la déplaçant de son lit au fauteuil (arrêt TF U 421/01 du 15 janvier 2003 consid. 3); une aide-soignante qui, avec une stagiaire, soutenait une patiente d'environ 90 kg qui s'effondrait, la conduisant à se pencher plus fortement, entraînant une vive

Tribunal cantonal TC Page 5 de 15 douleur à l'épaule (arrêt TF 8C\_444/2009 du 11 janvier 2010 consid. 4.3); un acteur qui a souffert d'une hernie discale lors d'une représentation, alors qu'il devait amortir le saut d'une collègue (pesant environ 58 kg) qui lui faisait face (arrêt TF U 67/94 du 10 octobre 1994 consid. 5). 3.5. Au sujet de la preuve de l'existence d'une cause extérieure prétendument à l'origine de l'atteinte à la santé, les explications d'un assuré sur le déroulement d'un fait allégué sont au bénéfice d'une présomption de vraisemblance. Il peut néanmoins arriver que les déclarations successives de l'intéressé soient contradictoires entre elles. En pareilles circonstances, selon la jurisprudence, il convient de retenir la première explication, qui correspond généralement à celle que l'assuré a faite alors qu'il n'était pas encore conscient des conséquences juridiques qu'elle aurait, les nouvelles explications pouvant être - consciemment ou non - le produit de réflexions ultérieures (arrêt TF 8C\_438/2024 du 18 mars 2025 consid. 3.4 et les références). 4. Condition du lien de causalité 4.1. Le droit à des prestations découlant d'un accident suppose, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. L'exigence d'un lien de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'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 142 V 435 consid. 1; arrêt TF 8C\_650/2018 du 23 octobre 2019 consid. 4.1 et les références). Cette question de fait repose essentiellement sur des renseignements d'ordre médical et doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 129 V 177 consid. 3.1). 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 402 consid. 4.3.1; 129 V 177 consid. 3.1; 115 V 403 consid. 3). Selon une jurisprudence constante, un raisonnement fondé sur l'adage « post hoc, ergo propter hoc » (après celui-ci, donc à cause de celui-ci) ne permet pas d'établir un lien de causalité naturelle au degré de la vraisemblance prépondérante exigé en matière d'assurances sociales et ne saurait être admis comme moyens de preuve (ATF

119 V 335 consid. 2b; arrêt TF 8C\_383/2018 du 10 décembre 2018 consid. 3.1). 4.2. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui existerait même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté

Tribunal cantonal TC Page 6 de 15 à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (arrêt TF 8C\_67/2024 du 15 juillet 2024 et les références). 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, étant précisé que le fardeau de la preuve de la disparition du lien de causalité appartient à la partie qui invoque la suppression du droit, soit à l'assureur (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références). 4.3. Finalement, 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 manière générale favorisée par une telle circonstance (arrêt TF 8C\_421/2021 du 27 janvier 2022 consid. 5.1.1 et les références). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 138 V 248 consid. 4 et les références). 5. Règles relatives à la notion de lésion assimilée à un accident 5.1. Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA, l'assurance-accidents alloue aussi ses prestations pour certaines lésions corporelles, notamment les déchirures du ménisque (let. c), pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie. Dans cette formulation, l'art. 6 al. 2 LAA fait abstraction de l'existence d'une cause extérieure. Ainsi, 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 due de manière prépondérante, c'est-à-dire à plus de 50% de tous les facteurs en cause, à l'usure ou à une maladie (arrêt TF 8C\_13/2021 du 6 septembre 2021 consid. 2.2 et les références). 5.2. Suite à la modification législative relative aux lésions corporelles assimilées à un accident, le Tribunal fédéral s'est notamment penché sur la question de savoir quelle disposition était désormais applicable lorsque l'assureur-accidents avait admis l'existence d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA et que l'assuré souffrait d'une lésion corporelle au sens de l'art. 6 al. 2 LAA. Il a admis que dans cette hypothèse, l'assureur-accidents devait prendre en charge les suites de la lésion en cause sur la base de l'art. 6 al. 1 LAA. En revanche, en l'absence d'un accident au sens juridique, le cas devait être examiné sous l'angle de l'art. 6 al. 2 LAA (ATF 146 V 51 consid. 9.1). 6. Règles relatives à l'appréciation des preuves 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

Tribunal cantonal TC Page 7 de 15 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. 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 (arrêt TF 8C\_549/2018 du 22 janvier 2019 consid. 3 et les références). 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). 6.3. Lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis motivé d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPG ou une expertise judiciaire (arrêt TF 8C\_686/2024 du 4 avril 2025 consid. 3.1.3 et les références). 7. Objet du litige En l'espèce, est litigieux le refus du droit aux prestations d'assurance-accidents fondé, dans un premier temps, sur la négation de la survenance d'un accident (art. 6 al. 1 LAA en lien avec l'art. 4 LPG) et, dans un second temps, sur la part prépondérante prise par la maladie dans la survenance d'une lésion assimilée à un accident (art. 6 al. 2 LAA). Pour traiter de ces questions, il convient de revenir sur l'événement du 22 octobre 2023 et les troubles de la recourante. 8. Evénement du 22 octobre 2023, troubles au genou gauche et déclarations à l'assurance 8.1. Selon la déclaration d'accident remplie le 17 janvier 2024 par l'employeur, la recourante s'est blessée au genou gauche le 22 octobre 2023. Sous la rubrique « faits », il était mentionné ce qui suit: « J'étais à genoux derrière mon fils de 3 ans et je lui mettais [s]es chaussures, au moment où je me suis relevée il m'a déséquilibré[e] en se relevant [à] son tour. L'entrée étant encombrée par mes

Tribunal cantonal TC Page 8 de 15 neveux et leurs chaussures. Je suis partie sur le côté et me suis rattrapée contre l'armoire, afin de ne pas bless[er] mon fils en lui marchant dessus. C'est depuis ce moment que j'ai eu mal à l'arrière du genou et que j'ai boité. J'ai été consulter ma généraliste le 8 novembre 2023 et elle m'a mise à l'arrêt à 100% et donné un bon pour un[e] IRM que j'ai passé[e] le 16 novembre 2023. Actuellement, je retravaille à 100% depuis le 15 janvier 2023. J'ai été arrêté à 100% du 9 novembre 2023 au 4 décembre 2023 et j'ai été à 50% du 5 décembre 2023 au 14 janvier 2023 ». Il était en outre précisé qu'elle n'avait pas fait de déclaration d'accident au préalable car elle avait pensé que c'était au médecin de le faire. Elle avait constaté que le cas avait été déclaré en maladie lorsqu'elle avait reçu les factures de traitement. Etant donné qu'elle n'avait aucun problème au niveau du genou avant l'événement du 22 octobre 2023, événement qu'elle avait expliqué lors de la

première consultation avec sa généraliste, elle ne comprenait pas pourquoi le cas relevait de la maladie. C'est pourquoi elle faisait les démarches pour l'annonce de l'accident (doc. 6).

8.2. Le 29 novembre 2023, une déclaration de maladie, indiquant une incapacité de gain à partir du 9 novembre 2023 pour cause de maladie, avait effectivement été remplie par l'employeur (doc. 4).

8.3. Le 16 novembre 2023, une IRM du genou gauche avait été effectuée, laquelle mettait en évidence une déchirure horizontale dégénérative de la corne postérieure du ménisque médial alimentant un kyste para-méniscal. Il n'y avait pas de déchirure ligamentaire ou de kyste poplité. Le rapport y relatif indiquait des gonalgies gauches depuis le 22 octobre 2023 en se relevant (doc. 2).

8.4. Dans un rapport médical initial du 19 janvier 2024, la Dre C. \_\_\_\_\_, médecin traitante, spécialiste en médecine interne générale, indiquait avoir vu la recourante en consultation pour la première fois le 9 novembre 2023. Cette dernière présentait des gonalgies gauches depuis le 22 octobre 2023. Les douleurs s'étaient déclarées en passant de la position accroupie à debout. La médecin avait coché la case « maladie » comme cause de l'atteinte à la santé (doc. 8).

8.5. Le 23 janvier 2024, la recourante a été vue par le Dr D. \_\_\_\_\_, médecin traitant, spécialiste en chirurgie orthopédique. La recourante consultait pour des gonalgies gauches. Il s'agissait d'une lésion traumatique survenue il y avait environ 3 mois. Elle était en position accroupie, s'était relevée, puis avait été bousculée par son fils, ce qui l'avait fait tombée (doc. 9).

8.6. Le 28 janvier 2024, la recourante précisait ce qui suit: « Le dimanche matin 22 octobre vers 11 heures, j'habillais mon fils de 3 ans dans l'entrée de notre appartement (env. 1.5 m<sup>2</sup>). Il y avait mes 3 neveux et mon frère. J'étais à genou[x], mon fils était devant moi et je lui mettai[s] ses chaussures et sa veste. L'entrée était encombrée par les chaussures de mes 3 neveux et de mon frère. Au moment où je me suis relevée, mon fils m'a bousculée car tous mes neveux sont arrivés contre lui dans l'entrée. J'ai été déséquilibrée et entre mon fils à mes pieds et mes neveux, leurs chaussures autour de moi dans l'entrée et les vestes posées sur la poignée de l'armoire, je n'ai pas réussi à me rattraper et j'ai trébuché/basculé sur le côté/arrière contre ladite armoire. J'ai senti à ce moment-là une douleur derrière le genou gauche » (doc. 11).

Tribunal cantonal TC Page 9 de 15

8.7. Le 24 février 2024, le Dr E. \_\_\_\_\_, médecin d'assurance, spécialiste en chirurgie orthopédique, indiquait qu'on se trouvait en présence d'une lésion corporelle au sens de l'art. 6 al. 2 let. c LAA, soit une déchirure du ménisque. Toutefois, cette lésion était due de manière prépondérante à l'usure. En effet, il s'agissait d'une lésion méniscale horizontale, de type dégénératif, qui avait été mise en évidence par l'événement du 22 octobre 2023. On devait conclure que les troubles étaient dus de façon quasi exclusive à l'usure articulaire préexistante (doc. 13).

8.8. Le 28 février 2024, une arthroscopie du genou gauche, une résection de la lésion méniscale et une ablation de la plica ont été effectuées par le Dr D. \_\_\_\_\_. Le diagnostic de lésion de la corne postérieure du ménisque interne gauche et de la plica sus- patellaire a été posé. Au niveau du compartiment fémoro-patellaire, le cartilage était sain. Il y avait une plica calme du côté interne, mais elle se poursuivait en plusieurs morceaux dans la partie supérieure de la rotule. Au niveau du compartiment fémoro-tibial interne, le cartilage était également sain. Le ménisque était, à première vue, sans lésion, mais au test au crochet, on voyait qu'il y avait une lésion du bord libre vertical parallèle au mur méniscal (doc. 14).

8.9. Le 19 mars 2024, le Dr E. \_\_\_\_\_ relevait que le type de lésion horizontale était classiquement une lésion méniscale d'origine dégénérative. Selon la littérature, il s'agissait du premier signe de la maladie arthrosique, même en l'absence de lésion cartilagineuse évidente. L'événement du 22 octobre 2023 avait contribué à mettre la lésion méniscale en évidence. Les troubles

étaient dus de façon quasi exclusive à l'usure articulaire préexistante (doc. 19). 8.10. Dans un rapport du 23 avril 2024, le Dr D. \_\_\_\_\_ indiquait ne pas partager l'avis du médecin d'assurance s'agissant de l'origine dégénérative de la déchirure au ménisque. Il précisait que, lors de l'opération, le ménisque avait un aspect plutôt « traumatique ». De plus, le cartilage ne montrait pas de lésion. L'absence de trouble dégénératif à l'opération, le traumatisme et son déroulement, ainsi que le fait que la recourante ne s'était jamais plainte de cette articulation démontraient que l'origine des lésions était accidentelle (doc. 31). 9. Rapports produits dans le cadre de la présente procédure 9.1. Le 23 juillet 2024, le Dr D. \_\_\_\_\_ précisait que, lors de l'intervention, il avait été confronté à une lésion verticale du ménisque, contrairement à ce que laissait supposer l'IRM. Il s'agissait d'une lésion isolée, sans effrangement du ménisque, par ailleurs accompagnée de surface articulaire indemne. Il partageait l'avis du Dr E. \_\_\_\_\_ selon lequel les lésions horizontales du ménisque étaient souvent l'expression de troubles dégénératifs, mais rarement chez des patients quarantennaires qui n'avaient jamais eu de pathologie des genoux auparavant. Dans le présent cas, on se trouvait toutefois en présence d'une lésion verticale du ménisque et pas d'une lésion horizontale, comme le laissait supposer l'IRM.

Tribunal cantonal TC Page 10 de 15 L'histoire du traumatisme, avec un mouvement volontaire de se relever d'une position accroupie ne rentrait pas dans la définition légale d'un traumatisme, mais la bousculade occasionnée par le fils de la recourante modifiait totalement le cas en introduisant un mouvement non volontaire inévitable. Dans ce cas, tant l'histoire que les trouvailles à l'intervention, ainsi que l'âge de la recourante et le reste de l'état du genou, allaient dans le sens d'une lésion traumatique. 9.2. Le 28 août 2024, le Dr E. \_\_\_\_\_ précisait retenir une discordance entre l'IRM et les trouvailles lors de l'arthroscopie (doc. 35). Le 7 septembre 2024, il indiquait avoir pu prendre connaissance des clichés réalisés lors de l'arthroscopie. Il était difficile de se prononcer sur une image montrant une lésion complexe mais il s'agissait, selon l'IRM, d'une lésion méniscale dégénérative (doc. 37). 9.3. Le 26 novembre 2024, le Dr D. \_\_\_\_\_ relevait que, sur la 3ème image prise lors de l'intervention, on voyait « le crochet chirurgical entrer la lésion méniscale verticale par sa face supérieure ». Il y avait en effet quelques lésions dégénératives associées, mais elles ne changeaient pas le fond du problème. En prenant de l'âge, on pouvait tous avoir des signes radiologiques horizontaux dans nos ménisques. On appelait cela la méniscope ou lésion de type II. Si elle ne communiquait pas avec le bord du ménisque, il ne s'agissait pas d'une déchirure. La combinaison de la déchirure avec la méniscope pouvait générer des contusions. Le fait que la recourante n'avait pas de symptôme avant l'événement du 22 octobre 2023 et le fait que la lésion était nette parlaient en faveur d'une lésion traumatique. 9.4. Le 14 décembre 2024, le Dr E. \_\_\_\_\_ mentionnait que l'événement décrit du 22 octobre 2023 avait une force cinétique modérée, ne constituant pas un mouvement violent de torsion du genou susceptible d'occasionner un stress rotatoire et pouvant amener à une lésion méniscale. On retenait en outre l'absence de contusion osseuse vue sur l'IRM réalisée trois semaines plus tard au niveau de la partie interne du genou, ce qui confirmait l'absence de traumatisme violent. Le fait que la recourante ne souffrait pas avant cet événement, permettait de conclure qu'il avait contribué à mettre la pathologie en évidence. A juste titre, le Dr D. \_\_\_\_\_ rapportait qu'une déchirure pouvait être combinée avec une méniscope dégénérative. Il s'agissait alors d'une lésion méniscale dite complexe, survenant sur un ménisque qui avait perdu une partie de ses propriétés physiques naturelles de résistance. C'était bien le cas ici avec une lésion méniscale horizontale, dégénérative, nettement visualisée sur l'IRM, puis secondairement avec la

découverte d'une fissure verticale associée lors de l'arthroscopie. C'était donc bien un cas de lésion complexe associant des lésions dans plusieurs plans et qui était reconnue comme étant d'origine dégénérative. 9.5. Le 4 février 2025, le Dr D. \_\_\_\_\_ indiquait qu'une cinétique limitée pouvait suffire pour déstabiliser quelqu'un et provoquer un mouvement assez important pour occasionner une lésion méniscale.

Tribunal cantonal TC Page 11 de 15 Sur l'IRM, il n'y avait en effet pas de contusion osseuse. C'était toutefois le cas 9 fois sur 10 chez des patients qui avaient une lésion traumatique avérée d'un de leur ménisque. L'IRM laissait prévoir une lésion horizontale, mais il avait été confronté à une lésion verticale lors de l'intervention. Il s'agissait donc d'une lésion verticale, avec éventuellement une composante qui était dégénérative horizontale. La lésion verticale était toutefois bel et bien traumatique. Les symptômes et les signes que la recourante avait présentés lors de la phase post-accidentelle « étaient d'une vraisemblance prépondérante à la lésion ». Elle avait des douleurs dans le compartiment interne et un épanchement associé, qui étaient des signes souvent mis en évidence dans ce genre de lésion. La recourante ne se plaignait d'aucune douleur au genou avant cet incident. Les douleurs avaient commencé directement après ce traumatisme et il n'en fallait pas beaucoup plus pour attribuer sa symptomatologie et sa lésion à cet événement précis. 9.6. Le 21 février 2025, le Dr E. \_\_\_\_\_ indiquait que le Dr D. \_\_\_\_\_, en mentionnant qu'il s'agissait d'une lésion verticale avec éventuellement une composante dégénérative horizontale, rejoignait ainsi son appréciation antérieure du 14 décembre 2024. Il s'agissait bien d'une lésion de ménisque dégénérative, préexistante, mise en évidence sur l'IRM initiale. L'association d'une lésion horizontale et d'une lésion verticale confirmait donc bien le diagnostic de lésion complexe survenant sur un ménisque dégénératif. Il s'agissait d'une forme reconnue de lésion méniscale dégénérative. Le fait de ne pas présenter de douleur du genou avant un traumatisme était fréquent pour une lésion méniscale dégénérative avec ménisque, comme c'était bien le cas ici. 10. Discussion s'agissant de l'existence d'un accident 10.1. En premier lieu, se pose la question de l'existence d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA, plus précisément de la condition du facteur extérieur extraordinaire, laquelle n'est pas reconnue par la Mobilière. Dans la décision querellée, cette dernière a relevé que la description des événements par la recourante avait été évolutive et fluctuante. Dans la déclaration d'accident, les neveux avaient été décrits comme étant simplement présents dans la pièce, alors que, plus tard, ils étaient décrits comme arrivant contre son fils. D'abord, il était indiqué que son fils l'avait bousculée, puis, plus tard, qu'elle s'était simplement relevée. La recourante avait en outre indiqué à sa médecin traitante que la douleur était apparue en passant de la position accroupie à la position debout, sans évoquer un déséquilibre. De plus, le rapport de janvier 2023 du Dr D. \_\_\_\_\_ donnait encore une autre version, puisqu'il était question d'une chute après que la recourante se soit relevée. Ainsi, il fallait se fonder sur les premières déclarations de la recourante à sa médecin traitante, soit un simple passage de la position accroupie à debout. Par ailleurs, toujours de l'avis de la Mobilière, même s'il fallait se fonder sur les explications de la recourante, le mouvement de son fils ne constituait pas un facteur extérieur extraordinaire.

Tribunal cantonal TC Page 12 de 15 10.2. En premier lieu, il est constaté que, contrairement à ce qu'a considéré la Mobilière, les déclarations de la recourante n'ont pas été évolutives. En effet, s'agissant des circonstances de l'accident, il ressort tant de la déclaration d'accident que du complément du 28 janvier 2024 que la recourante était à genoux dans

l'entrée encombrée de son appartement pour habiller son fils. Au moment de se relever, elle s'était fait déséquilibrer par son fils et était partie sur le côté contre une armoire (ci-avant: consid. 8.1 et 8.6). Le fait que certains éléments du complément du 28 janvier 2024 ne figurent pas dans la déclaration d'accident ne permet pas encore de conclure que les déclarations sont fluctuantes, ceci d'autant plus au vu du fait que la Mobilière avait demandé des précisions et, par voie de conséquence, des éléments supplémentaires s'agissant du déroulement de l'accident. Par ailleurs, s'agissant du rapport du Dr D.\_\_\_\_\_, celui-ci précise que la recourante était en position accroupie, s'était relevée, puis avait été bousculée par son fils ce qui l'avait fait tombée. Ainsi, contrairement à ce que mentionne la Mobilière, cela va également dans le sens des déclarations de la recourante. Finalement, le rapport de la Dre C.\_\_\_\_\_ indiquant que les douleurs s'étaient déclarées en passant de la position accroupie à debout, ainsi que le rapport relatif à l'IRM indiquant des douleurs « en se relevant », ne sont pas suffisamment précis et complets pour conclure que les déclarations de la recourante sont évolutives. En particulier, au vu du fait que le rapport de la Dre C.\_\_\_\_\_ a été établi le 19 janvier 2024, soit plus de deux mois après la première consultation du 9 novembre 2023, il n'est pas possible d'en déduire que les informations qui y figurent, s'agissant du déroulement de l'accident, sont celles données par la recourante à sa médecin traitante. Dans ces circonstances, en l'absence de contradiction dans les déclarations de la recourante, celles-ci sont au bénéfice d'une présomption de vraisemblance (ci-avant: consid. 3.5). Il y a dès lors lieu de se fonder sur ses déclarations pour déterminer si les conditions relatives à la notion d'accident sont remplies. Plus précisément, il convient d'établir si, comme la recourante le soutient, l'atteinte provoquée le 22 octobre 2023 trouve sa cause dans un facteur extérieur extraordinaire. 10.3. Comme il a été vu ci-avant (consid. 3.3), en présence d'un mouvement non coordonné, l'existence d'un facteur extérieur est en principe admise 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. Dans ce cas, le facteur extérieur constitue alors en même temps le facteur extraordinaire. Dans le cas d'espèce, la recourante a été bousculée par son fils en se relevant, ce qui l'a déséquilibrée contre une armoire. Il s'agit dès lors bien d'un mouvement non coordonné au sens de la jurisprudence, puisque le déroulement habituel et normal d'un mouvement corporel, à savoir se relever, a été interrompu par un empêchement non programmé, lié à l'environnement extérieur, soit le fait d'être bousculée par son fils. Dans ces circonstances, le facteur extérieur constitue en même temps le facteur extraordinaire, de sorte que la condition du facteur extérieur extraordinaire est remplie.

Tribunal cantonal TC Page 13 de 15 La Mobilière ne peut dès lors pas être suivie lorsqu'elle soutient que le mouvement du fils de la recourante, ayant mené à ce qu'elle soit déséquilibrée, ne constitue pas un facteur extérieur extraordinaire. 11. Discussion s'agissant du lien de causalité 11.1. L'existence d'un accident ayant été confirmée, l'examen du lien de causalité entre celui-ci et la déchirure du ménisque ne peut plus être examinée à l'aune des critères de la lésion assimilée à un accident, prévus afin de départager la responsabilité entre l'assurance-accidents et l'assurance-maladie, en mesurant la part prépondérante prise par la maladie ou les troubles dégénératifs (ci-avant: consid. 5.2). Au contraire, le point déterminant, s'agissant du lien de causalité, est de savoir si l'atteinte à la santé résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident, auquel cas l'assureur ne serait pas tenu de verser de prestations. Par ailleurs, dans le cas où l'atteinte ne résulterait pas exclusivement de causes étrangères à l'accident, il doit être déterminé à partir de quel moment l'état de

santé existerait même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire. Le devoir de l'assureur ne cesserait qu'à ce moment-là (ci-avant: consid. 4.2). 11.2. En l'espèce, il ressort du dossier que l'IRM du 16 novembre 2023 avait mis en évidence une déchirure horizontale dégénérative. Plus tard, le 28 février 2024, l'arthroscopie a montré une lésion du bord libre vertical parallèle au mur méniscal. Sur la base de ces documents, le médecin d'assurance et le chirurgien traitant adoptent des avis divergents. En effet, le médecin d'assurance relève que, selon l'IRM, il s'agit d'une lésion dégénérative, alors que le chirurgien mentionne que, malgré ce qui ressort de l'IRM, il avait été confronté lors de l'intervention à une lésion verticale traumatique. Dans ces circonstances, en présence d'avis contradictoires et impossibles à départager sans connaissances médicales spécialisées, cette question ne peut pas être résolue en l'état du dossier. Par ailleurs, la Mobilière ayant considéré que les conditions relatives à la notion d'accident n'étaient pas remplies, elle a instruit la cause uniquement en se référant aux critères de preuve, moins exigeants, applicables aux lésions assimilées à un accident, de sorte que le dossier ne suffit pas pour trancher la cause au regard de l'interruption du lien de causalité en raison de causes étrangères à l'accident. Par conséquent, la cause doit être renvoyée à la Mobilière pour mise en œuvre d'une expertise auprès d'un spécialiste orthopédique indépendant dans le cadre de la procédure prévue par l'art. 44 LPGA. Il appartiendra en particulier à l'expert de départager les opinions contradictoires figurant au dossier et de déterminer si l'accident a – ou non – aggravé un état maladif préexistant, respectivement fixer le moment à partir duquel l'état de santé de la recourante existerait même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine).

Tribunal cantonal TC Page 14 de 15 12. Sort du recours, frais de procédure et indemnité de partie 12.1. Au vu de ce qui précède, le recours est admis et la décision sur opposition du 18 juillet 2024 annulée. La cause est renvoyée à la Mobilière pour instruction complémentaire sous la forme d'une expertise confiée à un médecin spécialiste externe dans le sens de ce qui précède. Vu l'existence d'un accident désormais reconnue, la question d'une éventuelle lésion corporelle au sens de l'art. 6 al. 2 LAA n'est par contre plus d'actualité (voir ci-dessus consid. 5.2). 12.2. La procédure étant gratuite dans les litiges en matière de prestations de l'assurance-accidents, il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 61 let. fbis LPGA). 12.3. Par ailleurs, ayant obtenu gain de cause, la recourante a droit à une indemnité de partie pour ses frais de représentation (art. 137 et 140 du code fribourgeois du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative [CPJA; RSF 150.1]). Conformément à l'art. 8 al. 1 du Tarif des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative (Tarif JA; RSF 150.12), les honoraires alloués pour la représentation ou l'assistance de la partie sont fixés entre CHF 200.- et CHF 10'000.-. Dans les affaires d'une ampleur ou d'une complexité particulière, le maximum s'élève à CHF 40'000.-. La fixation des honoraires dus à titre de dépens a lieu sur la base d'un tarif horaire de CHF 250.-. Quant aux débours nécessaires à la conduite de l'affaire, ils sont remboursés au prix coûtant (art. 9 al. 1 Tarif JA). 12.4. En l'espèce, la liste de frais produite par la mandataire de la recourante fait état d'un total de CHF 3'700.- d'honoraires, soit 14 heures et 48 minutes à CHF 250.-, ainsi que de CHF 85.10 de débours. Le nombre d'heures et le montant des débours, raisonnables, peuvent être repris. Par conséquent, il se justifie de fixer l'indemnité à CHF 4'091.70, soit CHF 3'700.- d'honoraires, CHF 85.10 de débours et CHF 306.60 de TVA à 8.1%. Elle est mise à la charge de la Mobilière. (dispositif en page suivante)

Tribunal cantonal TC Page 15 de 15 la Cour arrête : I. Le recours est admis. Partant, la décision sur opposition du 18 juillet 2024 est annulée et la cause renvoyée à La Mobilière suisse société d'assurances SA pour mise en œuvre d'une expertise dans le sens des considérants. II. Il n'est pas perçu de frais de procédure. III. L'indemnité de partie allouée au recourant est fixée à CHF 4'091.70, TVA de 306.60 (8.1%) comprise. Elle est mise à la charge de La Mobilière suisse société d'assurances SA. 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 23 mai 2025/anm Le Président La Greffière

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