

# FR\_GERICHTE 605 2024 170 vom 11. November 2025

FR Kantonsgericht, 2025-11-11, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_605\\_2024\\_170](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2024_170)

FR: FR\_GERICHTE 605 2024 170 du 11 novembre 2025

IT: FR\_GERICHTE 605 2024 170 del 11 novembre 2025

## Regeste

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

## Erwägungen

### E. 1

Recevabilité Le recours a été interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière, par une assurée valablement représentée et directement atteinte par la décision querellée. Partant, il est recevable.

### E. 2

Règles relatives au droit d'être entendu et discussion

#### E. 2.1

La recourante fait d'abord valoir une violation de son droit d'être entendue. Elle explique que le rapport du médecin d'assurance du 22 juillet 2024 sur lequel la Mobilière s'est fondée pour rendre la décision attaquée ne lui avait pas été transmis avant que la décision ne soit prise. Ce rapport n'avait en outre pas été annexé à la décision précitée.

#### E. 2.2

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 recours sur le fond (ATF 127 V 437 consid. 3d/aa; 126 V 132 consid. 2b et les références). La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu, 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 (arrêt TF U 22/03 du 10 juillet 2003 consid. 3.3). Une condition nécessaire du droit de consulter le dossier est que l'autorité, lorsqu'elle verse au dossier de nouvelles pièces dont elle entend se prévaloir dans son jugement, soit tenue d'en aviser les parties (arrêt TF I 250/02 du 25 octobre 2002 consid. 3.3). Une violation du droit d'être entendu peut être réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen. Toutefois, une telle réparation doit rester l'exception et n'est admissible, en principe, que dans l'hypothèse d'une atteinte qui n'est pas particulièrement grave aux procéduraux de la partie lésée (arrêt TF 8C\_21/2024 du 24 juin 2024 consid. 3.2.2 et les références).

Tribunal cantonal TC Page 4 de 15

### E. 2.3

En l'espèce, la Mobilière a effectivement failli à ses obligations en omettant de transmettre le rapport du médecin d'assurance avant de rendre sa décision. Cela étant, il ressort du dossier que le rapport a été transmis à la recourante le 19 septembre 2024 (doc. 91), de sorte qu'elle a eu tout le loisir de s'exprimer sur ledit rapport dans le cadre de la présente procédure de recours. Elle a d'ailleurs produit un rapport de son médecin traitant, lequel se détermine précisément sur l'appréciation du médecin d'assurance du 22 juillet 2024. Dans ces circonstances, la violation du droit d'être entendu doit être considérée comme réparée, la Cour de céans jouissant d'un plein pouvoir d'examen, et la décision attaquée n'a pas à être annulée pour ce grief formel.

### **E. 3**

Règles relatives à la notion d'accident – lien de causalité

#### **E. 3.1**

Selon 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. L'art. 4 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) précise qu'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 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).

#### **E. 3.2**

Le droit à des prestations découlant d'un accident suppose, tout d'abord, 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). 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 115 V 403 consid. 3). Selon une jurisprudence constante, 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

Tribunal cantonal TC Page 5 de 15 naturelle avec cet accident (raisonnement appelé « post hoc ergo propter hoc »; arrêt TF 8C\_140/2021 du 3 août 2021 consid. 3.5 et les références).

### **E. 3.3**

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 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).

### **E. 3.4**

Finalement, le droit aux prestations de l'assurance-accidents suppose, outre un rapport de causalité naturelle, un rapport de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond toutefois pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 138 V 248 consid. 4 et les références citées).

## **E. 4**

Règles relatives à la prise en charge des lésions causées lors du traitement médical Selon l'art. 6 al. 3 LAA, l'assurance-accidents alloue aussi ses prestations pour les lésions causées à l'assuré victime d'un accident lors du traitement médical. Le but de cette disposition est de faire porter à l'assureur-accidents le risque des mesures médicales qu'il prend en charge. En ce qui concerne les mesures de traitement ayant causé le dommage, elles n'ont pas à remplir les caractéristiques d'un accident, d'une faute professionnelle (violation de règles de l'art) ou d'une atteinte à l'intégrité corporelle au sens pénal. L'assureur-accidents n'est toutefois obligé de prendre en charge que les lésions qui sont dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec le traitement et les examens médicaux entraînés par l'accident assuré. Le lien de causalité adéquate entre les soins médicaux prodigués et les lésions en cause doit être examiné selon la règle générale du cours ordinaire des choses et de l'expérience de la vie (arrêt TF 8C\_171/2023 du 17 janvier 2024 consid. 3.1 et les références).

## **E. 5**

Règles relatives à l'appréciation des preuves

### **E. 5.1**

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 6 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).

### **E. 5.2**

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. 5.3**

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). Pour que l'assuré ait une chance raisonnable de soumettre sa cause au juge, sans être clairement désavantagé par rapport à l'assureur, 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 LPG (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6). 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 (arrêt TF 8C\_370/2017 du 15 janvier 2018 consid. 3.3.3 et les références).

### **E. 5.4**

Finalement, vu la relation de confiance qui unit le médecin traitant à son patient, 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 est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références).

## **E. 6**

Objet du litige En l'espèce, est litigieux le droit aux prestations d'assurance à partir du 1er mars 2024, plus précisément, le lien de causalité entre l'accident du 20 septembre 2023 et les troubles persistants au-delà de cette date. Pour traiter de cette question, il y a lieu de revenir sur l'accident et l'évolution médicale.

## **E. 7**

Accident du 20 septembre 2023 et évolution médicale

### **E. 7.1**

Le 20 septembre 2023, marchant en forêt, la recourante s'est blessée au genou gauche (doc. 8). L'accident précité a été déclaré auprès de la Mobilière le 7 novembre 2023. A cette occasion, la recourante indiquait que, alors qu'elle marchait en forêt, elle avait senti un craquement à l'arrière de son genou gauche. Sa jambe ne tenait plus et les douleurs étaient très intenses. Elle ne s'était pas immédiatement rendue aux urgences, puisqu'elle espérait que cela passerait. Cela n'avait pas été le cas, de sorte qu'elle s'est présentée aux urgences à 17h (doc. 8). Par la suite, elle a précisé avoir trébuché dans un trou sur le chemin alors qu'elle se promenait, puis avoir chuté. Elle avait ressenti une déchirure avec de violentes douleurs derrière le genou gauche (doc. 13).

### **E. 7.2**

Le 22 septembre 2023, une échographie du genou gauche a été réalisée. Sous la rubrique « renseignements cliniques », il était indiqué des gonalgies atraumatiques. Sur l'imagerie, il existait une hydarthrose (= accumulation de liquide dans une articulation) avec synovite (= inflammation de la membrane synoviale, une fine couche de tissu qui tapisse l'intérieur des articulations) discrète associée. En revanche, il n'y avait pas d'autre lésion ménisco-ligamentaire (doc. 4).

### **E. 7.3**

Le 2 octobre 2023, une IRM du genou gauche a été réalisée. Sous la rubrique « renseignements cliniques », il était indiqué des « gonalgies gauches atraumatiques lors de balade en forêt avec douleur soudaine au creux poplité et lâchage du genou ». L'examen mettait en évidence une lésion complexe de l'origine de la corne postérieure du ménisque interne, associée à un petit kyste intra-osseux. Il existait une dégénérescence de la jonction de la corne postérieure du ménisque interne avec la partie intermédiaire, ainsi qu'un discret épanchement intra-articulaire (doc. 5).

### **E. 7.4**

Le 13 novembre 2023, la recourante a subi une intervention chirurgicale, soit une arthroscopie du genou gauche avec méniscectomie interne et externe partielle, ainsi que résection de synovite à plus de 80%, laquelle a été effectuée par le Dr C. \_\_\_\_\_, médecin traitant, spécialiste en chirurgie orthopédique.

Tribunal cantonal TC Page 8 de 15 Ce dernier indiquait que la recourante avait été victime d'un traumatisme au niveau de son genou. Comme les douleurs ne passaient pas, une arthroscopie s'imposait. Il posait les diagnostics de déchirures de la corne antérieure et moyenne du ménisque interne et du ménisque externe. Lors de l'arthroscopie, il n'y avait pas de lésion cartilagineuse du compartiment interne ou du compartiment externe (doc. 10).

### **E. 7.5**

Le 16 janvier 2024, une IRM a été effectuée, celle-ci étant indiquée en raison d'une ankylose (= perte du mouvement propre à une articulation) en flexion à 100° et de douleurs. L'imagerie montrait un petit épanchement intra-articulaire et des petits signes d'ostéopénie (= perte de densité osseuse) en rapport avec une probable décharge. Il existait également de légers signes de dégénérescence mucoïde (= accumulation de tissu gélatineux) avec remaniement au niveau de la corne postérieure du ménisque interne et des signes de dégénérescence mucoïde du bord supérieur de la racine d'insertion et supérieure de la corne antérieure du ménisque externe. Ces remaniements, qui montraient un aspect légèrement inflammatoire, restaient toutefois très discrets et minuscules (doc. 19).

### **E. 7.6**

Le 14 février 2024, le Dr C. \_\_\_\_\_ mentionnait qu'il n'y avait pas de circonstances particulières pouvant influencer de manière défavorable le processus de guérison. La recourante présentait des douleurs post-interne et en rotation, ainsi que des douleurs permanentes (doc. 26).

### **E. 7.7**

Le 15 février 2024, la recourante a subi une nouvelle intervention chirurgicale, notamment une arthroscopie du genou gauche avec suture à deux endroits du ménisque interne de la corne postérieure. Il existait une petite « re-déchirure » de la corne moyenne, mais il était peu probable qu'il s'agisse de la raison des douleurs de la recourante. En revanche, il y avait une instabilité de la corne postérieure avec, à ce niveau, un ménisque interne très lâche aux crochets (doc. 28 et 29).

### **E. 7.8**

Le 19 février 2024, le Dr D. \_\_\_\_\_, médecin d'assurance, spécialiste en chirurgie orthopédique, relevait que les clichés de l'IRM mettaient en évidence un ménisque interne dégénératif en voie d'extrusion (= déplacement du ménisque), ce qui témoignait de la perte de ses capacités mécaniques de résistance. La lésion méniscale était ici le premier stade de la maladie arthrosique dégénérative. Les troubles étaient dus de façon quasi exclusive à l'usure articulaire préexistante, ce qui était cohérent avec le mécanisme en cause (doc. 31).

### **E. 7.9**

Le 21 février 2024, la Dre E. \_\_\_\_\_, médecin traitante, médecin assistante auprès de l'Hôpital F. \_\_\_\_\_, posait le diagnostic de lésion complexe de l'origine de la corne postérieure du ménisque interne associée à un petit kyste intra-osseux (doc. 41).

### **E. 7.10**

Le 25 février 2024, le Dr G. \_\_\_\_\_, médecin d'assurance, spécialiste en chirurgie orthopédique, mentionnait qu'il s'agissait d'une symptomatologie douloureuse déclenchée par un effort de marche prolongée. L'anamnèse de chute restait douteuse. Il s'agissait d'un cas d'origine dégénérative. Il ne s'agissait pas de blocage mécanique et on pouvait se poser à cet égard la question d'une composante psychique (doc. 42).

Tribunal cantonal TC Page 9 de 15

### **E. 7.11**

Dans un courriel du 12 mars 2024 à l'attention du médecin d'assurance, La Mobilière indiquait vouloir un réexamen du cas, car, « entre-temps, ils avaient eu la certitude que la

recourante avait chuté » et ils souhaitaient donc une appréciation « sous l'angle de l'accident et du statu quo » (doc. 50). Le 16 mars 2024, le Dr G. \_\_\_\_\_ relevait que le type de déchirure (lésion complexe de la corne postérieure du ménisque interne) était une lésion typiquement dégénérative. Ainsi, même avec la certitude de la chute, la lésion restait d'origine dégénérative et non traumatique. À la suite d'une méniscectomie, le statu quo sine était atteint en général après 3 mois. La capacité de travail était dès lors entière dès le 1er mars 2024 (doc. 52).

#### **E. 7.12**

Le 20 mars 2024, le Dr C. \_\_\_\_\_ mentionnait que le traitement de la recourante consistait en de la physiothérapie et des médicaments anti-inflammatoires. Il était trop tôt pour se prononcer sur la durée prévisible du traitement (doc. 58). Le 2 avril 2024, il répétait que la recourante présentait bien une déchirure du ménisque. Il indiquait qu'aucun trouble dégénératif n'était expliqué sur les deux IRM. En définitive, la recourante présentait une déchirure méniscale, qui avait nécessité deux arthroscopies, dont une suture méniscale en janvier 2024, ce qui correspondait clairement à des lésions assimilées à un accident. Le Dr G. \_\_\_\_\_ avait fait fi des deux IRM qui décrivaient des lésions méniscales et des deux arthroscopies. Le médecin précité n'avancait que des éléments subjectifs réfutant les éléments objectifs, soit les IRM et protocoles opératoires (doc. 61). Le 15 avril 2024, le Dr C. \_\_\_\_\_ indiquait que la recourante présentait toujours des douleurs. Si celles-ci devaient persister, une nouvelle intervention serait programmée (doc. 66).

#### **E. 7.13**

Le 1er mai 2024, la recourante a subi une troisième arthroscopie du genou gauche avec méniscectomie interne partielle (doc. 72 et 73).

#### **E. 7.14**

Le 22 juillet 2024, le Dr G. \_\_\_\_\_ relevait que les constatations IRM et arthroscopiques suffisaient en elles-mêmes pour admettre que les lésions, aussi bien dans leur type que dans leur étendue, constituaient des lésions dégénératives. Il n'y avait pas besoin d'autres éléments sur les IRM pour admettre qu'il y avait bien un état dégénératif. Sur les clichés IRM, le ménisque interne du genou présentait des lésions d'extrusion, ce qui témoignait de sa capacité mécanique de résistance nettement diminuée. Même si le stade dégénératif se focalisait uniquement essentiellement sur le ménisque interne, les lésions dégénératives étaient évidentes et il s'agissait d'un état préexistant. Le fait que la suture méniscale avait lâché à peine 3 mois après la deuxième intervention, démontrait clairement son état dégénératif. La déchirure méniscale interne initiale était atraumatique et dégénérative, les opérations ne constituant que des gestes de rattrapage de l'intervention initiale du 13 novembre 2023 qui, probablement, n'aurait pas dû se faire. En effet, les déchirures dégénératives complexes font en général l'objet d'un traitement conservateur dès le départ pendant plusieurs semaines, voire quelques mois (doc. 84).

Tribunal cantonal TC Page 10 de 15

### **E. 8**

Rapports produits dans le cadre de la procédure de recours''

#### **E. 8.1**

Dans un rapport du 26 novembre 2024 établi sur demande de la mandataire du recourant, le Dr C. \_\_\_\_\_ mentionnait, s'agissant des avis des Drs D. \_\_\_\_\_ et G. \_\_\_\_\_, qu'ils étaient « de toute façon partiels dans la mesure où ils étaient employés par la Mobilière ». Il précisait en outre que, si on se référait à la loi, le cas devait être pris en charge pas l'assurance- accident. Il relevait par ailleurs que le Dr G. \_\_\_\_\_ n'était pas à l'arthroscopie du 13 novembre 2023, donc il n'avait aucune idée de l'état du ménisque. Lors de cette arthroscopie, le ménisque de la recourante était absolument souple et élastique et non dégénératif. Il précisait encore que le ménisque n'était absolument pas dégénératif. Les IRM étaient des examens statiques sur des images reconstruites, dont il existait de nombreux faux positifs et de faux négatifs, de sorte qu'on ne pouvait pas tenir compte de ces images pour poser un diagnostic. Seule l'arthroscopie, soit un examen dynamique, permettait d'avoir une vue correcte sur l'état du ménisque, sur sa composition et sur sa stabilité, dans la mesure où, lors de l'arthroscopie, un test était effectué avec un crochet sur les différentes portions du ménisque. L'appréciation selon laquelle les ménisques lâchaient en présence d'un état dégénératif n'était pas fondée. La suture du ménisque dépendait aussi beaucoup de l'état des tissus et de la capsule mais aussi, quelque fois, du positionnement de l'ancre méniscale dont on ne pouvait pas toujours assurer le bon positionnement.

### **E. 8.2**

Le 23 février 2025, le Dr G. \_\_\_\_\_ relevait que le Dr C. \_\_\_\_\_ était le seul parmi tous les spécialistes intervenants à indiquer que la recourante avait fait une chute dans la forêt. L'opinion du médecin traitant selon laquelle une IRM était entachée de nombreuses erreurs ne correspondait pas à la réalité. Au contraire, toujours selon le Dr G. \_\_\_\_\_, l'IRM du genou était un examen précieux avant l'arthroscopie.

### **E. 8.3**

Le 26 juin 2025, le Dr C. \_\_\_\_\_ soutenait que l'appréciation du médecin d'assurance n'était pas de nature à modifier sa position. En se référant à l'IRM du 3 octobre 2023, il y avait certes un peu de dégénérescence sur la corne postérieure du ménisque interne, mais il n'y avait pas de lésion dégénérative au niveau de la lésion, ni de signe arthrosique ou de lésion du cartilage de ce genou. On pouvait donc en conclure que la recourante avait été victime d'un traumatisme et donc qu'elle présentait une lésion complexe à l'origine de la corne postérieure du ménisque interne. Quant au degré de vraisemblance prépondérante, on pouvait admettre qu'il y avait peut-être 30% à 40% dus à un problème dégénératif. Or, selon la loi, si le degré de prépondérance est de moins de 50%, cela restait du ressort de l'assurance-accidents.

## **E. 9**

Discussion

### **E. 9.1**

L'existence d'un accident ayant été admise par l'assureur, l'examen du lien de causalité entre celui-ci et la déchirure du ménisque doit se faire sur la base des critères ordinaires prévus par l'art. 6

Tribunal cantonal TC Page 11 de 15 al. 1 LAA, quand bien même une telle déchirure figure dans la liste des lésions assimilées à un accident de art. 6 al. 2 LAA. Ainsi, 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-accidents ne serait

pas tenu de verser de prestations. Tel est le cas lorsque l'état de santé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident ou à celui qui existerait même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (ci-avant: consid. 3.3).

#### **E. 9.2**

Dans la décision querellée, la Mobilière a retenu, sur la base de l'avis de Dr G. \_\_\_\_\_, que la lésion complexe de la corne postérieure du ménisque interne était d'origine dégénérative et non traumatique. L'événement du 20 septembre 2023 avait uniquement contribué à mettre en évidence une lésion méniscale préexistante, sans toutefois en être à l'origine. Le statu quo était atteint le 1er mars 2024. Pour sa part, la recourante soutient que la Mobilière n'a pas apporté la preuve de l'interruption du lien de causalité au degré de la vraisemblance prépondérante, de sorte que des prestations d'assurance doivent être allouées au-delà du 1er mars 2024. Elle mentionne d'abord que l'avis du Dr D. \_\_\_\_\_ du 19 février 2024, de même que ceux du Dr G. \_\_\_\_\_ du 25 février 2024 et du 16 mars 2024 ont été établis sur la base d'informations incomplètes et inexactes, de telle sorte que la Mobilière ne pouvait pas se fonder sur ces appréciations. Elle précise que, lorsque les médecins précités ont rendu leurs appréciations, la deuxième page du rapport de la Dre E. \_\_\_\_\_ était manquante, de même que les rapports médicaux annexés au rapport initial du Dr C. \_\_\_\_\_, ainsi que la dernière page du rapport IRM réalisé le 16 janvier 2024.

#### **E. 9.3**

Il ressort du dossier que la recourante avait fait état de certains documents manquants dans son opposition du 19 avril 2024. Le 4 mai 2024, la Mobilière a notamment précisé concernant les annexes au rapport initial du 14 février 2024, qu'il s'agissait du protocole opératoire du

#### **E. 9.4**

Pour déterminer si la Mobilière pouvait se fonder sur le rapport précité, il y a à présent lieu de déterminer si celui-ci aboutit à des résultats convaincants, si ses conclusions sont sérieusement motivées, s'il ne contient pas de contradictions et si aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ci-avant: consid. 5.3). Sur le plan formel, le rapport du 22 juillet 2024 expose de manière claire et sans contradiction la situation médicale. Par ailleurs, les conclusions sont dûment motivées.

#### **E. 9.5**

Sur le plan matériel, l'appréciation du Dr G. \_\_\_\_\_, selon laquelle les lésions présentées par la recourante constituaient des lésions dégénératives, est corroborée par les différents autres éléments figurants au dossier. En particulier, le rapport relatif à l'échographie du 22 septembre 2023, de même que celui relatif à l'IRM du 2 octobre 2023, faisaient mention de gonalgies atraumatiques. L'IRM précitée mentionnait une dégénérescence au niveau du ménisque interne et l'IRM du 16 janvier 2024 montrait de légers signes de dégénérescence mucoïde. Le premier médecin d'assurance avait également indiqué que les clichés de l'IRM mettaient en évidence un ménisque interne dégénératif. Ces éléments vont ainsi dans le sens d'un état maladif préexistant. Par ailleurs, le mécanisme accidentel tel que présenté par la recourante ne va pas non plus dans le sens d'une lésion traumatique. Une telle lésion nécessite en effet en principe un choc violent et aigu qui provoque une douleur immédiate (voir notamment HANNJÖRG, les ménisques de l'articulation du genou et leur prise en compte par la médecine des assurances, 2022), ce qui ne semble pas avoir été le cas en l'espèce vu les circonstances décrites par la recourante, celle-ci ne s'étant au demeurant pas

rendue immédiatement aux urgences après les faits. Le Dr D. \_\_\_\_\_ avait d'ailleurs relevé que le mécanisme de la « chute » allait dans le sens de troubles dus à l'usure articulaire préexistante, la survenance d'une telle chute n'ayant donc pas été uniquement évoquée par le chirurgien traitant. Par ailleurs, le fait que l'événement ait été déclaré comme accident seulement le 7 novembre 2023, soit plus d'un mois après les faits, ne va pas non plus dans le sens d'un choc violent et aigu traumatique. Si le premier certificat d'incapacité de travail du 20 septembre 2023 indiquait « accident » comme cause de l'incapacité (doc. 1), les certificats du 22 septembre 2023, 26 septembre 2023 et 11 octobre 2023 mentionnaient en effet « maladie » (doc. 2, 3 et 6). Par conséquent, sous l'angle de la vraisemblance prépondérante, il y a lieu d'admettre que l'accident du 20 septembre 2023 n'a fait qu'aggraver un état maladif préexistant chez une recourante, âgée de 47 ans au moment de l'accident. Quant à la fixation du statu quo sine au 1er mars 2024, soit plus de cinq mois après l'accident, celle-ci correspond selon le médecin d'assurance à la période de convalescence après l'intervention du 13 novembre 2023. Une telle durée paraît ainsi cohérente, vu l'opération en question.

Tribunal cantonal TC Page 13 de 15

#### **E. 9.6**

La recourante soutient encore que les rapports du Dr C. \_\_\_\_\_ font naître un doute « irréductible », à savoir sérieux, au sujet de la validité des conclusions du médecin d'assurance. Cet argument ne peut être suivi. En effet, contrairement à l'appréciation du médecin d'assurance, l'avis du médecin traitant contient plusieurs contradictions et incohérences. Dans son appréciation du 2 avril 2024, il mentionnait qu'aucun trouble dégénératif n'était expliqué sur les deux IRM. Or, comme on l'a vu ci-avant, tant l'IRM du 2 octobre 2023 que celle du

#### **E. 9.7**

Sur la base de l'appréciation du médecin d'assurance, la Mobilière pouvait ainsi clore le dossier et mettre un terme aux prestations au 1er mars 2024. Aucun doute, même léger, ne justifiant de remettre en cause la pertinence de l'avis du médecin d'assurance, il n'y a pas lieu de mettre en œuvre une expertise, comme le soutient la recourante.

Tribunal cantonal TC Page 14 de 15

#### **E. 9.8**

Dans le cadre de ses déterminations, la recourante soutient encore que la Mobilière est tenue de prendre en charge les suites des interventions chirurgicales parce que celles-ci auraient causé de nouvelles lésions, sur la base de l'art. 6 al. 3 LAA. En l'espèce, aucun élément au dossier ne fait toutefois apparaître qu'un accident se serait produit lors du traitement médical. Le médecin d'assurance mentionne uniquement que l'opération du 13 novembre 2023 n'aurait probablement pas dû se faire, ce qui ne signifie pas encore qu'une lésion a été causée lors de cette intervention. Aussi, l'assurance-accidents ne peut être tenue responsable de la prise en charge de lésions médicales supplémentaires. 10. Sort du recours, frais de procédure et indemnités de parties 10.1. Au vu de tout ce qui précède, le recours est rejeté et la décision sur opposition du 5 septembre 2024 confirmée. En consultant le dossier de l'assurance, il a été constaté que la Mobilière a, dans un courriel du

#### **E. 13**

novembre 2023, de l'IRM du 16 janvier 2024 et de l'IRM du 2 octobre 2023. Ces documents avaient été transmis. En outre, la deuxième page de l'IRM du 16 janvier 2024 avait été demandée et versée au dossier (doc. 74). Concernant le rapport de la Dre E. \_\_\_\_\_, la Mobilière a précisé que la médecin précitée n'avait pas retourné la deuxième page du questionnaire qui lui avait été adressé (doc. 74). Il ressort du dossier que la page en question ne contenait que des questions en lien avec la capacité de travail de la recourante dans son activité, de même que la capacité de travail dans une activité adaptée (doc. 96), soit des questions qui ne concernent pas l'objet du litige. Par conséquent, il ressort de ce qui précède que, quand bien même quelques pièces manquaient au dossier, il ne s'agissait pas de pièces essentielles pour se prononcer sur le lien de causalité entre les troubles au genou et l'événement du 20 septembre 2023. Dans tous les cas, le dossier complet a été soumis une nouvelle fois au Dr G. \_\_\_\_\_, lequel a rendu son appréciation du 22 juillet 2024. Celui-ci confirme ses appréciations précédentes et va également dans le sens de celle du Dr D. \_\_\_\_\_.

Tribunal cantonal TC Page 12 de 15 Ainsi, les motifs évoqués par la recourante ne permettent pas d'écarter les rapports des médecins d'assurance, ce d'autant plus que, pour rendre la décision querellée, la Mobilière s'est principalement fondée sur le rapport du 22 juillet 2024 établi sur la base d'un dossier complet.

#### **E. 16**

janvier 2024 ont montré de tels signes de dégénérescence. Dans son appréciation du 26 novembre 2024 produite dans le cadre du recours, il mentionne en outre que, lors de l'arthroscopie, le ménisque n'était absolument pas dégénératif. Plus tard, dans son appréciation du 26 juin 2025, il reconnaît la présence de dégénérescence sur la corne postérieure du ménisque interne et précise qu'il y avait possiblement 30% à 40% dus à un problème dégénératif. Cela contredit ainsi ses premières appréciations. Par ailleurs, dans son appréciation du 26 novembre 2024, il indique que, lors de l'arthroscopie du 13 novembre 2023, le ménisque était souple et élastique. Cette affirmation ne figure toutefois pas sur les rapports chirurgicaux. Il mentionne également que les médecins d'assurance sont dans tous les cas partiels puisqu'ils sont employés par la Mobilière. Une telle affirmation, comme son emportement contre le médecin d'assurance (cf. rapport 26 novembre 2024: « la remarque du Dr G. \_\_\_\_\_ est blessante et surtout, inutile. Je demande à la Mobilière qu'un nouvel expert soit mandaté, puisque le Dr G. \_\_\_\_\_ se permet des atteintes directes, mensongères, insultantes, qui ne respectent pas les règles de la déontologie. Toutefois, si le Dr G. \_\_\_\_\_ se rétracte et s'excuse, on pourrait garder son expertise », questionnent l'objectivité de ses appréciations, ce d'autant plus vu la relation de confiance qui l'unit avec son patient, qui pourrait l'amener à prendre position en sa faveur, comme pourrait le faire un défenseur (ci-avant: consid. 5.4). En outre, dans ses rapports, il se réfère à plusieurs reprises à la loi pour soutenir que le cas devrait être pris en charge par l'assurance-accidents. Or, la tâche du médecin est de porter un jugement sur l'état de santé et non de se prononcer sur la réalisation des conditions juridiques d'une responsabilité de l'assureur. Par conséquent, les différents rapports du Dr C. \_\_\_\_\_ ne permettent pas de remettre en cause le bien-fondé de l'appréciation du médecin d'assurance.

#### **E. 18**

septembre 2024 adressé à l'assurance maladie, précisé n'intervenir que pour les frais de traitement pendant 3 mois après l'opération du 13 novembre 2023, si bien qu'elle ne

prendrait pas en charge l'opération du 15 février 2024 (doc. 90 et 95). La Cour de céans se permet toutefois d'attirer son attention sur le fait que, compte tenu de sa décision reconnaissant le droit aux prestations jusqu'au 1er mars 2024, elle est également tenue de prendre en charge cette dernière opération. 10.2. 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). 10.3. Vu le sort du recours, il n'est pas alloué d'indemnité de partie à la recourante. Dans ses observations, la Mobilière conclut à l'octroi d'une indemnité de partie pour ses frais d'avocat. Toutefois, celle-ci étant chargée de tâches de droit public, aucune indemnité de partie ne doit lui être allouée (arrêts TF 8C\_552/2009 du 8 avril 2010 consid. 6 et 9C\_312/2008 du 24 novembre 2008 consid. 8). (dispositif en page suivante)

Tribunal cantonal TC Page 15 de 15 la Cour arrête : I. Le recours est rejeté. Partant, la décision sur opposition du 5 septembre 2024 est confirmée. II. Il n'est pas perçu de frais de procédure. III. Il n'est pas alloué d'indemnité de partie. 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 11 novembre 2025/anm Le Président La Greffière

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