

FR_GERICHTE 605 2024 173 vom 20. Januar 2026

FR Kantonsgericht, 2026-01-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2024_173

FR: FR_GERICHTE 605 2024 173 du 20 janvier 2026

IT: FR_GERICHTE 605 2024 173 del 20 gennaio 2026

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, par une recourante valablement représentée et directement touchée par la décision querellée. Partant, il est recevable.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 19

E. 2

Règles générales relatives aux prestations LAA

E. 2.1

En vertu de l'art. 6 al. 1 de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA; RS 832.20), les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Au sens de l'art. 4 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), 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.

E. 2.2

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose ainsi notamment, 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 ne serait pas survenu de la même manière. 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. 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 à la lumière de la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (arrêt TF 8C_493/2022 du 8 mars 2023 consid. 4.1.3 et les références). En particulier, le principe « après l'accident, donc à cause de l'accident » (« post hoc, ergo propter hoc ») ne saurait être considéré comme un moyen de

preuve et ne permet pas d'établir un lien de causalité naturelle au degré de la vraisemblance prépondérante exigé en matière d'assurance- accidents (ATF 119 V 341 consid. 2b/bb).

E. 3

Règles relatives au droit au traitement médical et aux indemnités journalières

E. 3.1

Dans le catalogue des prestations de l'assurance-accidents figurent notamment le droit au traitement médical (art. 10 et 54 LAA), le droit à l'indemnité journalière (art. 16 LAA), le droit à une rente d'invalidité (art. 18 et 19 LAA) et le droit à une IPAI (art. 24 LAA).

E. 3.2

Selon l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit naît le troisième jour qui suit celui de l'accident; il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2).

E. 3.3

Aux termes de l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et

Tribunal cantonal TC Page 4 de 19 que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente. Cette disposition règle le moment de la liquidation du cas d'assurance. L'assureur-accidents ne doit - pour autant que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité aient été menées à terme - accorder des prestations provisoires, telles que des indemnités journalières et un traitement médical, qu'aussi longtemps qu'une sensible amélioration de l'état de santé peut être attendue de la poursuite du traitement médical. Si tel n'est plus le cas, la cessation des prestations provisoires et la liquidation du cas avec examen des conditions du droit à une rente d'invalidité et/ou à une IPAI (art. 24 al. 2 LAA) doivent être examinées en même temps (ATF 134 V 109 consid. 4.1; arrêt TF 8C_243/2021 du 11 octobre 2021 consid. 1.4.2 et les références).

E. 3.4

L'amélioration de l'état de santé se détermine notamment en fonction de l'augmentation ou de la récupération probable de la capacité de travail réduite par l'accident. L'utilisation du terme « sensible » par le législateur montre que l'amélioration que doit amener une poursuite du traitement médical doit être significative. Ni la possibilité lointaine d'un résultat positif de la poursuite d'un traitement médical, ni un progrès thérapeutique mineur à attendre de nouvelles mesures - comme une cure thermale - ne donnent droit à sa mise en œuvre. Il ne suffit pas non plus qu'un traitement physiothérapeutique puisse éventuellement être bénéfique pour la personne assurée. Dans ce contexte, l'état de santé doit être évalué de manière prospective (arrêt TF 8C_682/2023 du 24 avril 2024 consid. 3.1.1 et les références). Ainsi, des rapports médicaux établis postérieurement à l'examen de la stabilisation de l'état de santé ne sont pas pertinents (REAS 2023 p. 316 et les références). Ce qu'il faut entendre par « sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré » n'est pas décrit par le texte de la disposition légale. Eu égard au fait que l'assurance-accidents sociale

visé, selon sa conception même, les personnes exerçant une activité lucrative (cf. art. 1a et 4 LAA), cette notion est définie notamment par la mesure de l'amélioration attendue de la capacité de travail ou celle de sa reprise, pour autant que celle-là ait été influencée par un accident (ATF 134 V 109 consid. 4.3).

E. 3.5

Après stabilisation du cas et pour autant qu'une rente ait été octroyée, la prise en charge du traitement médical se fait aux conditions de l'art. 21 LAA. Cette dernière disposition n'est ainsi pas applicable lorsque l'assuré ne perçoit pas de rente LAA (arrêts TF 8C_191/2011 du 16 septembre 2011; 8C_403/2011 du 11 octobre 2011).

E. 4

Règles relatives au droit à une rente d'invalidité

E. 4.1

Selon l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Il découle de cette notion d'invalidité que ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée; ce sont bien plutôt les conséquences économiques de celle-ci, c'est-à-dire une incapacité de gain qui sera probablement permanente ou du moins de longue durée (ATF 127 V 294). Selon l'art. 7 LPGA, cette incapacité de gain peut résulter d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour

Tribunal cantonal TC Page 5 de 19 juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2). Ainsi, en vertu de l'art. 7 al. 2 LPGA, les facteurs extra-médicaux (p.ex. des facteurs psychosociaux et socioculturels) ne constituent pas des atteintes à la santé entraînant une incapacité de gain (ATF 143 V 418 consid. 8.1 et les références; 127 V 294 consid. 5a).

E. 4.2

L'art. 16 LPGA dispose que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (méthode générale de comparaison des revenus; arrêt TF 8C_643/2016 du 25 avril 2017 consid. 4.1 et les références).

E. 5

Règles relatives à l'IPAI

E. 5.1

Selon l'art. 24 al. 1 LAA, si, par suite de l'accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité.

E. 5.2

L'IPAI a pour but de compenser le dommage subi par un assuré du fait d'une atteinte grave à son intégrité corporelle ou mentale due à un accident (Message du Conseil fédéral à l'appui d'un projet de loi sur l'assurance-accidents, FF 1976 III p. 29). Elle ne sert pas à

réparer les conséquences économiques de l'atteinte, qui sont indemnisées au moyen d'une rente d'invalidité, mais joue le rôle d'une réparation morale. Elle vise à compenser le préjudice qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant (ATF 133 V 224 consid. 5.1 et les références).

E. 5.3

L'indemnité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 de l'ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents (OLAA; RS 832.202; art. 36 al. 2 OLAA). Celle-ci comporte un barème des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pourcents. Ce barème – reconnu conforme à la loi – ne constitue pas une énumération exhaustive (ATF 124 V 29 consid. 1b, 209 consid. 4a/bb, 113 V 218 consid. 2a). Il représente une « règle générale » (ch. 1 al. 1 de l'annexe 3). Pour les atteintes à l'intégrité qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, compte tenu de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 de l'annexe 3). Par ailleurs, les atteintes à l'intégrité pour lesquelles un taux inférieur à 5% serait appliqué selon le barème ci-après ne donnent droit à aucune indemnité (ch. 1 al. 3 de l'annexe 3). En outre, la Division médicale de la SUVA a établi des tables d'indemnisation en vue d'une évaluation plus affinée de certaines atteintes. Ces tables n'ont pas valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Toutefois, dans la mesure où il s'agit de valeurs indicatives, destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 de l'OLAA (arrêt TF 8C_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.1.1. et les références).

Tribunal cantonal TC Page 6 de 19

E. 6

Règles relatives à l'appréciation des preuves

E. 6.1

Selon la règle du degré de vraisemblance prépondérante, applicable dans le droit des assurances sociales, 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 (arrêt TF 8C_586/2021 du 5 mai 2022 consid. 3.3 et les références).

E. 6.2

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut pas trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au

demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (arrêt TF 8C_757/2023 du 20 décembre 2024 consid. 7 et les références).

E. 6.3

Finalement, s'agissant des rapports médicaux des médecins traitants, il y a lieu de tenir compte du fait que le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et les références).

E. 7

Objet du litige En l'espèce, est d'abord litigieuse la stabilisation de l'état de santé, plus particulièrement le droit aux indemnités journalières au-delà du 31 juillet 2024. Sont ensuite litigieux le droit à la rente et le droit à l'IPAI. Pour traiter de ces questions, il convient de revenir sur l'accident et sur l'évolution de l'état de santé.

E. 8

Accident du 13 mars 2021, intervention du 6 décembre 2021 et évolution jusqu'en décembre 2022

E. 8.1

Le 13 mars 2021, la recourante s'est blessée au pied gauche en descendant des escaliers (doc. 1). Une IRM de la cheville et du pied effectuée en avril 2021 montrait des stigmates d'entorses ligamentaires interne et externe avec notamment des remaniements cicatriciels du ligament talo-

Tribunal cantonal TC Page 7 de 19 fibulaire antérieur, du ligament calcanéo-fibulaire, ainsi qu'une rupture tibio-talienne antérieure (doc. 8).

E. 8.2

Dans un rapport du 28 juin 2021, le Dr C._____, médecin au service des urgences, posait le diagnostic d'entorse de la cheville gauche avec rupture du ligament tibio-talien antérieur et stigmates d'entorse des ligaments interne et externe (doc. 12).

E. 8.3

Le 24 août 2021, le Dr D._____, médecin traitant, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, relevait que la recourante continuait à avoir des douleurs assez importantes avec une tuméfaction de la cheville, qui ne disparaissait pas malgré le port systématique d'une attelle (doc. 31).

E. 8.4

Le 26 août 2021, un arthro-scanner n'indiquait pas de lésion décelable, ni d'ostéochondrite (doc. 55).

E. 8.5

Le 28 septembre 2021, le Dr E._____, médecin d'assurance, spécialiste en chirurgie orthopédique, relevait que l'atteinte n'était pas encore guérie (doc. 32).

E. 8.6

Le 6 décembre 2021, la recourante a subi une intervention chirurgicale, soit une arthroscopie de la cheville gauche (doc. 40). Le 19 avril 2022, le Dr D._____ indiquait

que l'évolution était stagnante, aucune amélioration n'étant constatée à la suite de l'intervention précitée (doc. 75).

E. 8.7

Le 10 mai 2022, une IRM de la cheville montrait des signes de conflit antérieur post-opératoire. Il n'y avait pas de signe de lésion de la syndesmose ni de nouvelle lésion cartilagineuse (doc. 82).

E. 8.8

Le 2 juin 2022, le Dr D. _____ réalisait une infiltration de la cheville, après laquelle la recourante notait une amélioration nette, surtout sur la sensation de blocage (doc. 83).

E. 8.9

Le 28 juin 2022, le Dr F. _____, médecin d'assurance, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, mentionnait que le traitement (physiothérapie et ergothérapie) en lien avec l'accident était encore nécessaire (doc. 84).

E. 8.10

Le 9 septembre 2022, la recourante a été vue par le Dr G. _____, médecin traitant, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie. Une neuropathie du nerf fibulaire superficiel et profond gauche était suspectée. Les facteurs psychologiques, comme le stress ou des situations de vie difficiles, semblaient avoir une influence sur l'apparition « d'un Südeck » (maladie de Südeck = affection douloureuse caractérisée par des tuméfactions, des troubles de la circulation sanguine et une modification de la peau au niveau des bras, des mains, des jambes ou des pieds) (doc. 100).

E. 8.11

Le 4 octobre 2022, elle a été vue par le Dr H. _____, médecin traitant, spécialiste en chirurgie des nerfs périphériques. Les douleurs étaient complexes et n'étaient probablement plus uniquement liées à l'instabilité de la cheville mais à des douleurs liées à la maladie de Südeck. L'examen clinique n'était donc pas valable de façon certaine (doc. 104).

Tribunal cantonal TC Page 8 de 19

E. 8.12

Le 24 octobre 2022, un examen électro-neurographique (ci-après: ENMG) a été effectué, lequel était dans la norme et ne montrait pas de signe de lésion des nerfs péroniers superficiels. Une atteinte purement irritative ne pouvait être écartée et pouvait expliquer les dysesthésies ressenties sur le dos du pied gauche dans les suites de l'intervention. Ces dysesthésies étaient toutefois en amélioration et non gênantes pour la recourante et donc ne nécessitaient pas de traitement pour l'instant. Les douleurs invalidantes semblaient être plutôt situées autour de la malléole externe gauche et n'avaient pas de caractère neurogène, ce qui orientait plutôt leur origine vers une cause ostéoarticulaire et ligamentaire, voire sur la maladie de Südeck (doc. 114).

E. 8.13

Le 29 novembre 2022, la Dre I. _____, médecin d'assurance, spécialiste en médecine interne générale et médecine intensive, indiquait qu'il n'était pas possible de confirmer, en l'état du dossier, le diagnostic de syndrome douloureux régional complexe (ci-après: SDRC = entité associant la douleur à un ensemble de symptômes et de signes non spécifiques qui,

une fois assemblés, fondent un diagnostic précis, anciennement nommée maladie de Südeck; voir arrêt TF 8C_331/2024 du 29 novembre 2024 consid. 4.3.1 et les références), puisqu'il manquait une partie des informations. S'il y avait un SDRC, celui-ci était probablement en lien de causalité avec le traumatisme initial (doc. 118).

E. 8.14

Le 15 décembre 2022, le Dr G._____ relevait que la recourante se plaignait de douleurs autant au repos qu'à l'effort. Il n'y avait pas d'élément déclencheur identifié (doc. 122).

E. 8.15

Le 22 décembre 2022, elle a été vue par la Dre J._____, médecin auprès de la Clinique romande de réadaptation (ci-après: CRR), spécialiste en médecine physique et réadaptation. La recourante présentait un SDRC de type I de la cheville gauche (doc. 124).

E. 9

Séjour auprès de la CRR

E. 9.1

Du 27 mars 2023 au 17 mai 2023, la recourante a séjourné auprès de la CRR. A l'entrée, les plaintes et limitations fonctionnelles étaient des douleurs constantes, aussi la nuit, localisées en-dessous de la malléole externe, en regard de la syndesmose et en-dessous de la malléole interne, soulagées partiellement avec la prise d'anti-inflammatoires. Concernant les plaintes du SDRC, la recourante mentionnait que sa cheville gonflait encore par moments et augmentait en température. Concernant le moral, elle partageait que la longue durée de sa maladie impactait son moral et sa dynamique familiale, d'autant plus que son mari était également en arrêt de travail pour des problèmes lombaires et sa dernière intervention chirurgicale en novembre 2022. Elle était autonome dans les activités de la vie quotidienne, marchait sans moyen auxiliaire hormis pour le port d'une attelle de cheville à gauche visant à compenser le sentiment d'instabilité.

Tribunal cantonal TC Page 9 de 19

E. 9.2

Sur le plan orthopédique, les « critères de Budapest » (= critères diagnostiques cliniques utilisés pour identifier le SDRC) n'étaient pas remplis pour pouvoir retenir un SDRC, qui était donc au décours du point de vue clinique à plus d'une année du diagnostic initial. Durant le séjour, un épisode de parésie aiguë des releveurs du pied s'était déclaré, sans contexte traumatique et semblait lié à une certaine surcharge en thérapie. Un ultrason réalisé retrouvait une ténosynovite du tendon extenseur commun des orteils, compatible avec des éléments de surcharge physique. L'examen clinique n'avait pas permis de retenir une neuropathie quelconque. La marche était possible, ce qui ne corroborait pas l'aspect parétique sévère trouvé en décubitus, témoignant donc d'une parésie d'allure fonctionnelle, jusqu'à preuve du contraire, mais sans que cela ne justifie des investigations urgentes. Cet épisode, ainsi qu'une recrudescence des douleurs avaient motivé la recourante à reprendre temporairement des cannes anglaises pour augmenter la sécurité à la marche et décharger le pied gauche. L'évolution était stagnante s'agissant des douleurs. Il avait été convenu de poursuivre les thérapies sur un mode plus léger en ambulatoire, ce qui devait permettre une récupération de la force des releveurs du pied gauche.

E. 9.3

Les plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquaient principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour. Des facteurs contextuels pouvaient influencer négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par la recourante, à savoir un certain degré de focalisation sur la douleur et une auto appréciation d'un handicap perçu élevé. L'absence de contrat de travail jouait un rôle important dans les plaintes et limitations fonctionnelles rapportées par la recourante et influençait défavorablement le retour au travail. La situation n'était pas stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles. La poursuite d'un traitement de physiothérapie pouvait permettre d'améliorer la condition physique globale, le périmètre de marche, la force musculaire, surtout du membre inférieur gauche, et aider sur la gestion des douleurs. Aucune nouvelle intervention n'était proposée, sous réserve d'une réévaluation ultérieure par le chirurgien de la recourante. Dans ce contexte, une stabilisation médicale était attendue dans un délai de 3 à 6 mois. Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles était favorable. Les limitations fonctionnelles provisoires suivantes étaient retenues: les activités nécessitant le port de charge prolongé ou répétitif de plus de 5 à 10 kg, la marche sans moyen auxiliaire, la marche prolongée et/ou marche en terrain irrégulier, la réalisation répétée des escaliers (doc. 162).

Tribunal cantonal TC Page 10 de 19

E. 10

Evolution jusqu'en juin 2024 et décisions de la SUVA

E. 10.1

Lors d'un entretien téléphonique du 7 juin 2023 avec la SUVA, la recourante relevait que, depuis la sortie de la CRR, sa cheville était paralysée (doc. 160).

E. 10.2

Le 2 août 2023, elle a été vue par le Dr D. _____, lequel faisait état d'une discrète amélioration au niveau de la mobilité qui se faisait sans canne. La recourante signalait également un réveil progressif au niveau des orteils. Au niveau des douleurs, il n'y avait pas d'amélioration (doc. 178).

E. 10.3

Le 15 août 2023, un ENMG a été effectué, lequel montrait des résultats normaux et symétriques. Il n'y avait pas de signes d'atteinte périphérique, ni de signes de dénervation (doc. 184).

E. 10.4

Le 16 août 2023, le Dr K. _____, médecin traitant, spécialiste en neurologie, mentionnait que le tableau clinique, ainsi que l'absence d'anomalie significative aux examens complémentaires de neurologie périphérique, plaidaient en faveur d'un trouble fonctionnel. Il avait été expliqué à la recourante la conception moderne du trouble fonctionnel, qui s'était débarrassé de toute composante psychiatrique et il avait été insisté sur le pronostic souvent plutôt bon sous physiothérapie chez des patients à qui on expliquait clairement la nature fonctionnelle du problème. Le diagnostic de parésie distale subaiguë du membre inférieur gauche, probablement sur troubles fonctionnels, était posé. Une lésion cérébro-médullaire (cliniquement peu probable) n'était pas formellement exclue (doc. 182).

E. 10.5

Lors d'un entretien téléphonique avec la SUVA le 17 août 2023, la recourante indiquait que la paralysie s'était un peu améliorée, celle-ci pouvant maintenant bouger un peu les orteils. Le reste du pied et de la cheville restait paralysé (doc. 179).

E. 10.6

Le 2 octobre 2023, le Dr D. _____ mentionnait que le bilan neurologique concluait probablement à une parésie fonctionnelle. Au niveau clinique, la recourante disait avoir une discrète amélioration de la possibilité pour mobiliser son pied et sa cheville. A niveau des douleurs, celles-ci étaient identiques, assez importantes (doc. 194).

E. 10.7

Le 12 octobre 2023, une IRM de la cheville gauche a été effectuée, laquelle montrait des séquelles opératoires à l'extrémité distale de la fibula, ainsi qu'un aspect hétérogène du ligament talo-fibulaire postérieur et du faisceau moyen du ligament latéral interne signant une souffrance. Le tendon tibial postérieur présentait un aspect discrètement hétérogène (doc. 197).

E. 10.8

Lors d'un entretien téléphonique du 8 novembre 2023 avec la SUVA, la recourante indiquait que sa cheville et son pied étaient toujours paralysés. Elle avait toujours beaucoup de douleurs. Elle faisait de la physiothérapie trois fois par semaine (doc. 195).

E. 10.9

Le 19 décembre 2023, le Dr D. _____ relevait que, depuis fin octobre, la recourante faisait état d'une détérioration au niveau de la faiblesse de son membre inférieur gauche. L'atteinte touchait l'ensemble des mouvements de la cheville. Il n'y avait pas d'atteinte de la sensibilité associée, ni de paresthésie ou d'atteinte neurologique des autres membres.

Tribunal cantonal TC Page 11 de 19 La situation restait assez confuse au niveau des diagnostics. D'une part, l'atteinte neurologique, a priori d'origine fonctionnelle, s'était à nouveau détériorée. Au niveau mécanique, l'évolution restait identique et la nouvelle IRM n'apportait pas d'information significative. Les lésions côté interne et la lésion ostéochondrale étaient silencieuses cliniquement. Il n'y avait par ailleurs aucune lésion significative dans la gouttière externe (doc. 201).

E. 10.10

Le 8 janvier 2024, la Dre I. _____ mentionnait que, malgré un traitement conservateur correctement conduit, la recourante avait gardé une instabilité rotatoire de la cheville gauche dans un contexte d'atteinte des ligaments externe mais également interne, ce qui avait justifié une prise en charge chirurgicale le 6 décembre 2021. L'évolution avait été défavorable avec, dès février 2022, un diagnostic de SDRC de type I, dont l'évolution avait été favorable selon le rapport de sortie de la CRR avec, lors de ce séjour, une absence des critères de Budapest et un diagnostic de SDRC de stade I au décours. Concernant les plaintes algiques, un double bilan neurologique n'avait pas mis en évidence d'atteinte neurologique centrale ou périphérique. A noter que le séjour à la CRR s'était compliqué avec l'apparition d'une parésie des releveurs et des éverseurs du pied gauche, sans substrat organique, ce qui avait d'ailleurs été confirmé par le Dr K. _____ lors de son examen neurologique du 16 août 2023, avec un diagnostic de parésie distale du membre inférieur gauche sur troubles fonctionnels, en présence d'une IRM lombaire effectuée le 12 juin 2023

et qui revenait dans les limites de la norme. Chez une assurée jeune, sans formation, sans contrat de travail et avec un mari également à l'arrêt de travail pour des problèmes de rachis lombaire, il semblait que des facteurs extra-médicaux impactaient de manière conséquente l'évolution de cette cheville gauche. En raison d'une absence d'amélioration, à deux ans et sept mois du traumatisme initial, et à deux ans de la prise en charge chirurgicale, ainsi que d'un séjour pour thérapies physiques intensives à la CRR en mars-mai 2023, force était de constater que la stabilité médicale pouvait être retenue en absence d'amélioration malgré toutes les thérapies entreprises. Concernant la cheville gauche, les limitations fonctionnelles suivantes pouvaient être retenues: pas de port de charges répété de plus de 10-15 kg; pas de port de charges unique de plus de 20 kg; pas de marche prolongée même en terrain plat; pas de marche en terrain irrégulier; pas de montée/descente répétée d'escaliers/échelles/échafaudages; pas de position accroupie et/ou à genoux répétée et/ou prolongée. Dans une activité théorique adaptée, respectant les limitations fonctionnelles susmentionnées, la recourante avait une pleine capacité et un plein rendement dès ce jour. Il n'y avait pas lieu d'effectuer un examen à l'agence, au vu du suivi extrêmement régulier et complet de la recourante depuis deux ans et sept mois par une équipe pluridisciplinaire spécialisée dans les problématiques de la cheville. Concernant l'IPAI, la parésie fonctionnelle n'entrait pas en ligne de compte, puisqu'il s'agissait d'une problématique sans substrat organique. Concernant la composante algique, également sans substrat organique en absence d'atteinte osseuse et/ou neurologique malgré un large bilan, il convenait d'appliquer par analogie l'IPAI prévue

Tribunal cantonal TC Page 12 de 19 pour une paralysie du nerf sciatique poplité externe, soit une IPAI de 10%. Toutefois, la recourante ne présentant aucune atteinte neurologique mise en évidence aux deux ENMG effectués, cette IPAI devait être réduite de 3/4, s'agissant tout au plus d'une irritation d'une branche distale du nerf sciatique poplité externe, soit un total de 2.5% selon la table 2 des barèmes d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA. Concernant la prise en charge médicamenteuse et physio-ergothérapique, à deux ans et sept mois du traumatisme initial et à deux ans de l'unique intervention chirurgicale, il n'y avait plus lieu de poursuivre de manière régulière les thérapies, la recourante ayant dû apprendre des auto-exercices qu'elle devait effectuer de manière autonome et régulière (doc. 204).

E. 10.11

Le 5 février 2024, le Dr K. _____ indiquait que, depuis la fin du mois de décembre 2023, la recourante remarquait une nette amélioration de la force des différents mouvements de la cheville et des orteils, à son impression en amélioration par rapport à l'état de mi-août, bien qu'elle n'eût pas tout à fait retrouvé l'entière force. A l'examen, elle se déplaçait avec une boiterie relativement discrète en défaveur de la gauche qui ne nécessitait plus l'usage de canne. On retrouvait localement une force nettement améliorée comparativement à l'examen antérieur. Il n'y avait toujours aucun trouble sensitif. Ainsi, l'impression de troubles fonctionnels en amélioration nette était corroborée. Rien ne s'opposait, du point de vue neurologique, à la réalisation d'une arthroscopie (doc. 215).

E. 10.12

Le 12 février 2024, le physiothérapeute relevait que l'évolution était positive. La recourante marchait sans les cannes mais toujours avec une attelle et boitait discrètement. Il y avait un gain de force au niveau global de la cheville, ainsi qu'une bonne amplitude articulaire (doc.

217).

E. 10.13

Le 20 février 2024, le Dr D. _____ mentionnait que la recourante signalait une amélioration au niveau des symptômes neurologiques. Elle n'avait plus de symptôme évoquant la maladie de Südeck. Au niveau des douleurs de la cheville, elles étaient essentiellement autour de la malléole et antérieurement. Elle signalait l'incapacité de rester debout statique pendant plusieurs minutes. Sa capacité de marche était d'environ maximum 30 à 40 minutes pour réaliser les courses, puis, elle devait se reposer. Elle présentait également des douleurs au repos sans bouger la cheville (doc. 235).

E. 10.14

Le 23 avril 2024, le Dr D. _____ indiquait qu'il trouvait toujours une douleur essentiellement dans la gouttière externe à la palpation (doc. 242). Il proposait, dès le retour à la norme de l'état neurologique, une éventuelle reprise par arthroscopie diagnostique suivie d'une greffe de cartilage (doc. 250).

E. 10.15

Le 16 juin 2024, la Dre I. _____ mentionnait que les nouveaux éléments ne modifiaient pas son appréciation. Selon le rapport du Dr D. _____, les plaintes de la recourante ne trouvaient toujours pas de substrat radiologique et/ou clinique. Durant son parcours médical, la recourante avait eu une prise en charge multidisciplinaire comprenant un urgentiste, un médecin traitant, un orthopédiste général, un orthopédiste spécialiste du pied, deux médecins de médecine physique et réhabilitation et deux neurologues. En plus de ces Tribunal cantonal TC Page 13 de 19 différents spécialistes, la recourante avait eu de multiples traitements comprenant thérapies physiques en ambulatoire, antalgiques et séjour CRR, sans aucun bénéfice notable. Au vu du nombre de médecins consultés, des échecs thérapeutiques itératifs, il semblait surtout urgent de démedicaliser la recourante, afin de lui permettre un éventuel retour dans la vie active au vu de son jeune âge (doc. 252).

E. 10.16

Par correspondance du 18 juin 2024, la SUVA a indiqué mettre fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 31 juillet 2024, l'état de santé étant stabilisé. Il était constaté qu'elle était apte à travailler à 100% dans une activité adaptée à son état de santé (doc. 256). Par décision du 7 août 2024, la SUVA a refusé d'allouer une rente d'invalidité et une IPAI (doc. 285).

E. 11

Rapports produits dans la procédure d'opposition

E. 11.1

Le 13 août 2024, le Dr L. _____, médecin traitant, spécialiste en orthopédie et traumatologie, relevait être frappé par la discordance entre l'importance de la symptomatologie douloureuse et un status radiologique normal ainsi qu'un status IRM proche de la normale, si l'on considérait un état post-opératoire. Il précisait être prudent vis-à-vis de toute sanction chirurgicale majeure vis-à-vis de la recourante. Toutefois, à la faveur des reconstructions ligamentaires, il était possible qu'un status cicatriciel et légèrement rétractile des ligaments reconstruits puisse expliquer la symptomatologie douloureuse. Il se limiterait donc à réaliser une arthroscopie de débridement des deux

gouttières de la cheville gauche en évitant tout geste sur le cartilage et tout geste de reconstruction ligamentaire additionnel. A la faveur de ce débridement, si un excès de tension était constaté, sur une des deux parties reconstruites, on pouvait le libérer quelques peu (doc. 291).

E. 11.2

Le 30 août 2024, le Dr D. _____ indiquait que de multiples causes pouvaient expliquer les douleurs de la recourante après une instabilité de cheville douloureuse suivie d'une plastie ligamentaire. De petites lésions cartilagineuses pouvaient exister. Selon son impression clinique, celle du Dr G. _____ et celle du Dr L. _____, une arthroscopie à but exploratrice avec libération éventuelle des gouttières interne/externe et possible libération d'une tension trop importante sur les plasties dans un premier temps pouvait améliorer la situation de la recourante. Il ne partageait pas l'avis de la médecin d'assurance, en tout cas en grande partie. S'il était vrai que les problèmes neurologiques dont souffrait la recourante n'avaient pas pu être expliqués par les examens demandés, les douleurs mécaniques de sa cheville existaient. Effectivement, l'importance de ceux-ci n'avait pas pu être expliquée par l'imagerie ni les experts. La prochaine étape d'exploration arthroscopique pouvait amener certaines informations. En effet, de nombreux cas de douleurs chroniques n'arrivaient pas à être expliqués juste sur la base des IRM et parfois une exploration arthroscopique permettait de répondre à ces questions (doc. 296).

Tribunal cantonal TC Page 14 de 19

E. 11.3

Discordance 2024, la Dre I. _____ mentionnait que, au vu des doutes explicitement notifiés par le Dr L. _____ dans son rapport détaillé du 13 août 2024, avec une importante discordance entre les plaintes de la recourante et des examens radiologiques dans la limite de la norme, il était peu vraisemblable qu'une nouvelle intervention permette une amélioration significative de l'état de santé, à plus de trois ans du traumatisme initial. Cet argumentaire se basait sur les éléments suivants: une prise en charge pluridisciplinaire y compris un séjour de plus de sept semaines à la CRR avec une évolution subjective et objective non significative; de multiples complications dont les plus sévères étaient un SDRC de type I et une plégie fonctionnelle du membre inférieur gauche, soit une impossibilité de bouger la jambe, sans substrat organique, mais probablement en lien avec une souffrance psychologique, à la sortie du séjour à la CRR en mai 2023. Au vu des éléments susmentionnés, des risques inhérents à une prise en charge chirurgicale et du risque majoré de développer à nouveau un SDRC, ainsi que des doutes raisonnables émis par le Dr L. _____, il semblait qu'avant toute intervention, les risques-bénéfices devaient être correctement estimés. Si même le Dr L. _____, spécialiste reconnu dans l'orthopédie du pied en Suisse romande, pensait que tout au plus une intervention très limitée faisait sens, il semblait qu'une intervention de greffe et/ou nouvelle plastie était clairement contre-indiquée. Après trois ans de traitement multimodal bien conduit, un séjour prolongé de plus de sept semaines à la CRR et l'exclusion de toutes les complications possibles, il semblait judicieux de surtout démedicaliser la recourante afin de lui permettre de se réinsérer dans la vie active (doc. 300).

E. 12

Rapports produits dans la procédure de recours

E. 12.1

Le 7 octobre 2024, la recourante a subi une intervention chirurgicale, soit une arthroscopie de la cheville gauche, avec synovectomie et libération des gouttières externe et interne. Il existait une très importante hypertrophie fibreuse non inflammatoire globale dans la chambre antérieure de la tibio-talienne. Au niveau de la gouttière interne, il existait également beaucoup de tissu fibreux qui était retiré.

E. 12.2

Le 24 octobre 2024, le physiothérapeute mentionnait que la recourante exprimait une grande satisfaction concernant l'évolution post-opératoire. Elle ne ressentait presque plus de douleurs diffuses à la cheville gauche. La mobilité était très bonne, avec une amplitude complète des mouvements ainsi que la stabilité de la cheville. La recourante marchait sans aide et présentait une nette amélioration du cycle de marche, sans boiterie.

E. 12.3

Le 5 novembre 2024, le Dr D._____ relevait qu'au vu du résultat de la chirurgie, on pouvait penser que la très importante hypertrophie fibreuse, ainsi que la présence de beaucoup de tissus fibreux avaient un impact très significatif sur les douleurs de la recourante. Il était à remarquer que cette dernière présentait également un syndrome complexe régional et avait eu un déficit neurologique qui l'avaient également affecté pendant une période significative. La recourante notait une nette amélioration avec quasi-absence des douleurs en position de repos assise ou couchée. En revanche, lorsqu'elle restait debout ou marchait après quelques minutes, elle

Tribunal cantonal TC Page 15 de 19 signalait une tuméfaction et une douleur de la cheville, mais elle ne prenait pas de médication car elle avait l'impression que cela ne changeait pas l'intensité de la douleur. Au niveau stabilité, elle avait l'impression que celle-ci s'était également améliorée et pouvait rester sur son pied. Elle ne marchait plus avec son attelle et ne boitait plus. Donc, l'évolution était très favorable après l'intervention, mais l'incapacité de rester debout de manière significative empêchait toute réinsertion à ce stade. Une amélioration était très probable, ce qui permettrait un retour à son travail de gestionnaire de commerce de détail. La situation actuelle n'était probablement pas encore consolidée, une amélioration pouvant encore survenir.

E. 12.4

Le 10 décembre 2024, le Dr D._____ indiquait que les douleurs étaient en nette régression et apparaissaient après une période prolongée d'activité debout. La recourante arrivait à marcher sans boiterie et sans attelle. Il y avait une nette amélioration dans les capacités de rester en position debout prolongée mais avec encore une limitation douloureuse. Sans discontinuité, la période de position debout était évaluée de 2 à 3 heures. On pouvait encore s'attendre à une amélioration grâce à l'amélioration de la proprioception et de la tonification des muscles autour de la cheville. On s'acheminait gentiment vers une consolidation et stabilisation de l'état de la recourante de manière favorable.

E. 12.5

Le 14 février 2025, le Dr D._____ répétait qu'il y avait une nette amélioration du point de vue objectif et subjectif des capacités de la recourante. Par rapport au 10 décembre 2024, il y avait une amélioration dans les capacités à rester debout, actuellement évalué à environ 5 heures. Il pensait que l'on était arrivé à une stabilisation. L'évolution ne devait pas a priori

beaucoup changer.

E. 13

Discussion s'agissant de la stabilisation de l'état de santé

E. 13.1

En l'espèce, la SUVA a mis fin au versement des indemnités journalières au 31 juillet 2024, considérant, en se fondant sur l'appréciation de la Dre I. _____, que l'état de santé était stabilisé au plus tard le 8 janvier 2024, date de l'appréciation de la médecin précitée. Pour sa part, la recourante soutient que c'est à tort que la SUVA a mis fin au versement des indemnités journalières dès le 31 juillet 2024. Elle mentionne que, grâce à l'intervention du 7 octobre 2024, l'état de sa cheville gauche s'est considérablement amélioré. Ainsi, selon elle, l'état de santé n'était pas encore stabilisé au moment de cette intervention.

E. 13.2

A ce titre, il est rappelé que l'amélioration de l'état de santé au sens de l'art. 19 al. 1 LAA implique que la poursuite du traitement médical conduise à une amélioration significative, laquelle doit avant tout concerner la capacité de l'assuré d'exercer une activité lucrative (ci-avant: consid. 3.4).

Tribunal cantonal TC Page 16 de 19 En l'espèce, comme il le sera démontré ci-après, la recourante était disposée à exercer une activité lucrative à 100% à partir du 31 juillet 2024, laquelle ne lui occasionnait aucune perte de gain (ci- après: consid. 14). Dans ces circonstances, la capacité de travailler de la recourante étant entière, une amélioration significative au sens de l'art. 19 al. 1 LAA, postérieure à cette date, doit d'emblée être exclue.

E. 13.3

Dans tous les cas, les différents rapports médicaux ressortant du dossier vont dans le sens d'une stabilisation de l'état de santé au plus tard au 31 juillet 2024. En particulier, le rapport relatif au séjour de la recourante à la CRR mentionnait qu'une stabilisation médicale était attendue dans un délai de 3 à 6 mois, soit au mois d'août 2023 à novembre 2023. En août 2023, le Dr D. _____ faisait état d'une amélioration au niveau de la mobilité. La recourante rapportait également un réveil progressif au niveau de ses orteils. En outre, en février 2024, le Dr K. _____ rapportait une nette amélioration de la force de la cheville depuis la fin du mois de décembre 2023. L'examen clinique permettait de corroborer l'amélioration ressentie par la recourante. Le physiothérapeute relevait également que l'évolution était positive, notamment avec un gain de force. En février 2024, le Dr D. _____ mentionnait encore une amélioration des symptômes neurologiques.

E. 13.4

Par ailleurs, la question de la stabilisation de l'état de santé devant être évaluée de manière prospective (ci-avant: consid. 3.4), l'intervention subie par la recourante le 7 octobre 2024 et ses conséquences ne sont en tant que telles pas déterminantes. Seuls doivent être pris en considération les rapports médicaux rendus jusqu'au 18 juin 2024, date à laquelle la SUVA a procédé à l'examen de l'état de santé de la recourante.

E. 13.5

Quoi qu'il en soit, comme il le sera vu ci-après (consid. 14.3), il ressort du dossier que l'atteinte à la cheville de la recourante a été entretenue par plusieurs facteurs

extra-médicaux, lesquels ont impacté négativement son évolution et lesquels ne sont pas de la responsabilité de l'assureur-accidents. Ainsi, sous l'angle de la vraisemblance prépondérante, il y a lieu d'admettre que l'opération en question n'était plus en lien avec l'accident, les facteurs extérieurs étant devenus prépondérants.

E. 13.6

Dès lors, au vu de ce qui précède, c'est à bon droit que la SUVA a mis un terme au versement des indemnités journalières au 31 juillet 2024 et a refusé de prendre en charge l'intervention du 7 octobre 2024, considérant que l'état de santé était alors déjà stabilisé.

E. 14

Discussion s'agissant du droit à la rente et à l'IPAI

E. 14.1

La recourante soutient ensuite que, même si l'on devait considérer que l'état de la cheville était stabilisé, la SUVA devrait réévaluer le degré d'invalidité et le degré de l'IPAI en prenant en compte les douleurs et l'instabilité de la cheville gauche, dont la cause somatique a été objectivée par le Dr D. _____ lors de l'intervention du 7 octobre 2024. En effet, il ressort du protocole relatif

Tribunal cantonal TC Page 17 de 19 à cette intervention une très importante hypertrophie fibreuse au niveau de la gouttière externe, de la gouttière interne et de la chambre antérieure de la tibio-talienne. Ainsi, selon elle, contrairement à ce qui ressort de l'avis de la médecin d'assurance sur lequel la SUVA s'est fondée pour rendre sa décision, l'instabilité de la cheville gauche et les douleurs ne découlent pas de facteurs extra-médicaux, mais ont bel et bien une origine organique.

E. 14.2

Dans la décision litigieuse, la SUVA a considéré que, depuis le 8 janvier 2024, la recourante n'était plus en mesure de travailler dans son ancien emploi mais possédait toujours une capacité de travail entière dans une activité adaptée. En se basant sur l'appréciation de la médecin d'assurance, elle a en effet considéré que l'état de la cheville rendait certaines activités difficiles ou impossibles. Ces limitations concernaient le port de charges répétées de plus de 10-15 kg, le port de charge de plus de 20 kg, la marche prolongée ou en terrain irrégulier, la montée/descente répétée d'escaliers/échelles/échafaudages ainsi que la position accroupie et/ou à genoux répétée et/ou prolongée. Ainsi, force est de constater que la SUVA a déjà pris en considération des limitations en lien avec les troubles présentés par la recourante à sa cheville gauche pour fixer le degré d'invalidité. Le fait que le médecin traitant ait relevé une hypertrophie fibreuse lors de l'intervention du 7 octobre 2024 ne change dès lors rien à ce qui précède, la recourante ne soutenant au demeurant pas présenter des limitations fonctionnelles en sus de celles déjà retenues par la SUVA.

E. 14.3

Par ailleurs, s'agissant de l'appréciation de la médecin d'assurance selon laquelle plusieurs facteurs extra-médicaux impactaient l'évolution de la cheville gauche, celle-ci est corroborée par plusieurs autres médecins. En effet, déjà en 2022, le Dr G. _____ mentionnait que les facteurs psychologiques comme les stress ou des situations de vie difficiles influençaient l'état de santé. Durant le séjour à la CRR, la recourante avait

mentionné que la longue durée de sa maladie impactait son moral et sa dynamique familiale, d'autant plus que son mari était également en arrêt de travail depuis 2022. Les médecins de la CRR avaient en outre indiqué que des facteurs contextuels pouvaient influencer négativement les aptitudes fonctionnelles, notamment un certain degré de focalisation sur la douleur et une auto appréciation élevée du handicap. Pour le surplus, l'appréciation de la médecin d'assurance se fonde sur le dossier complet et a été établie en pleine connaissance de l'anamnèse. En outre, ses conclusions sont dûment motivées et exemptes de contradiction. Dans ces circonstances, l'avis de la médecin d'assurance revêt une pleine force probante. Cela n'est d'ailleurs pas remis en cause par la recourante.

E. 14.4

Par conséquent, c'est dès lors à juste titre que la SUVA a reconnu, en se fondant sur l'appréciation de la médecin d'assurance, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, laquelle doit respecter les limitations fonctionnelles mentionnées ci-avant.

Tribunal cantonal TC Page 18 de 19 En procédant à la comparaison du revenu que la recourante pourrait réaliser dans une activité adaptée (CHF 56'226.30) avec celui qu'elle réalisait avant son accident (CHF 54'990.-), il n'en résulte aucune perte de gain. Dès lors, le droit à la rente n'est pas ouvert.

E. 14.5

Finally, s'agissant de l'IPAI, il ressort de la décision attaquée que la SUVA s'est fondée sur l'appréciation de la médecin d'assurance, considérant qu'un taux de 2.5% devait être retenu en application analogique de la table 2 des barèmes d'indemnisation prévue pour une paralysie du nerf sciatique poplité externe (ci-avant: consid. 10.10). Dans son recours, la recourante n'apporte aucun élément propre à remettre en doute l'avis de la médecin d'assurance et le taux retenu, ce d'autant plus au vu du fait que les tables d'indemnisation de la SUVA sont compatibles avec l'annexe 3 de l'OLAA et ont pour but d'assurer l'égalité de traitement entre les assurés, l'indemnité étant exclusivement fixée en fonction de facteur médicaux objectifs. Dans ces circonstances, il n'y a pas lieu de revenir sur le taux de l'IPAI retenu. Celui-ci étant inférieur à 5%, le droit à une IPAI n'est pas ouvert (ci-avant: consid. 5.3).

E. 15

Sort du recours, frais de procédure et indemnité de partie

E. 15.1

Au vu de tout ce qui précède, le recours est rejeté et la décision attaquée confirmée.

E. 15.2

Conformément au principe de la gratuité de la procédure valant en la matière, il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 61 let. fbis LPGA).

E. 15.3

Finally, aucune indemnité de partie n'est allouée à la recourante qui succombe. (dispositif en page suivante)

Tribunal cantonal TC Page 19 de 19 la Cour arrête : I. Le recours est rejeté. Partant, la décision sur opposition du 9 octobre 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 20 janvier 2026/anm Le Président La Greffière

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