

200.2018.1162.LAA  
DEJ/REN

**Tribunal administratif du canton de Berne**  
Cour des affaires de langue française

**Jugement du 15 avril 2020**

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente  
C. Tissot et S. Wiedmer, juges  
J. Desy, greffier

**A.** \_\_\_\_\_  
représentée par Me B. \_\_\_\_\_  
recourante

contre

**Suva**  
Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,  
Fluhmattstrasse 1, case postale 4358, 6004 Lucerne  
représentée par Me C. \_\_\_\_\_  
intimée

relatif à une décision sur opposition de cette dernière du 21 novembre 2018



**En fait:**

**A.**

Par déclaration de sinistre du 10 octobre 2013, l'entreprise de placage galvanique employant à un taux de 100% depuis le 1<sup>er</sup> mars 2012 A. \_\_\_\_\_, née en 1973 et au bénéfice d'un permis de séjour, mariée et mère de deux enfants, a annoncé à son assureur-accidents, la Suva, Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, que son ouvrière avait subi un accident le 30 septembre 2013. Selon la déclaration de sinistre, l'accident était décrit comme suit : "En se retournant elle s'est fait une entorse au genou gauche" [recte: droit]. Le 6 novembre 2013, la Suva a fait savoir à la prénommée qu'elle allouait des prestations d'assurance dues pour les suites de l'accident professionnel du 30 septembre 2013.

**B.**

A partir de début 2016 et alors que le traitement du genou droit de l'assurée se poursuivait, cette dernière s'est régulièrement plainte de douleurs au talon gauche. Après avoir instruit et documenté médicalement cette nouvelle douleur, la Suva, par décision du 16 octobre 2018 et après avoir donné à la prénommée l'occasion de se prononcer, a refusé toute prestation d'assurance en relation avec la douleur au pied.

**C.**

Nonobstant l'opposition formée le 13 novembre 2018 par l'assurée, représentée par une mandataire professionnelle, la Suva a confirmé sa décision par décision sur opposition du 21 novembre 2018.

## **D.**

Par acte du 28 décembre 2018, l'assurée, toujours représentée par la même mandataire professionnelle, a recouru auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA) contre la décision sur opposition précitée en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à son annulation et à la condamnation de la Suva à verser les prestations d'assurance dues pour l'atteinte au talon gauche ou, subsidiairement, au renvoi du dossier à la Suva pour instruction complémentaire, comprenant l'organisation d'une expertise confiée à un médecin externe, et nouvelle décision.

Le 6 février 2019, la Suva, désormais représentée par un mandataire professionnel, a déposé son mémoire de réponse accompagné d'une demande de restitution de délai, dès lors que le délai imparti pour présenter le mémoire de réponse avait été fixé au 4 février 2019. Ladite demande de restitution du délai a été rejetée par ordonnance du 11 février 2019 de la juge instructrice et le mémoire de réponse écarté du dossier. Par courrier du 8 mars 2019, la recourante a encore produit la note d'honoraires de sa mandataire.

## **En droit:**

### **1.**

**1.1** La décision sur opposition du 21 novembre 2018 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et rejette l'opposition formée contre la décision du 16 octobre 2018 qui refusait la prise en charge de l'atteinte au talon gauche. L'objet du litige porte sur l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'évènement du 30 septembre 2013 (ayant provoqué l'entorse au genou droit) et les douleurs au talon gauche.

**1.2** Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente, par une partie disposant de la qualité pour recourir et représentée par une mandataire dûment constituée, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1]; art. 15 et 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

**1.3** Au vu de la valeur litigieuse indéterminée, le jugement de la cause incombe à la Cour des affaires de langue française du TA dans sa composition ordinaire de trois juges (art. 54 al. 1 let. c et 56 al. 1 de la loi cantonale du 11 juin 2009 sur l'organisation des autorités judiciaires et du Ministère public [LOJM, RSB 161.1]).

**1.4** Le TA examine librement la décision contestée et n'est pas lié par les conclusions des parties (art. 61 let. c et d LPGA; art. 80 let. c ch. 1 et 84 al. 3 LPJA).

## **2.**

**2.1** En principe, les prestations de l'assurance-accidents obligatoire sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle (art. 6 al. 1 LAA). Est réputé 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 (art. 4 LPGA).

## **2.2**

**2.2.1** L'assurance-accidents obligatoire n'alloue des prestations que s'il existe un lien de causalité à la fois naturelle et adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé (ATF 129 V 177 c. 3.1 et 3.2; SVR 2018 UV n° 3 c. 3.1, 2012 UV n° 2 c. 3.1).

**2.2.2** Tout événement est une cause au sens de la causalité naturelle, lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même

manière ou au même moment. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de la personne assurée, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 142 V 435 c. 1, 129 V 177 c. 3.1; TF 8C\_781/2017 du 21 septembre 2018 c. 5.1). 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 tribunal en cas de recours – examine en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation de l'état de fait et des preuves en droit des assurances sociales. La simple possibilité d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage ne suffit pas à justifier le droit à des prestations (ATF 142 V 435 c. 1, 129 V 177 c. 3.1; SVR 2010 UV n° 30 c. 5.1).

**2.2.3** En cas de rechute ou de séquelle tardive, une obligation de prêter de l'assureur-accidents n'existe que si les troubles nouvellement allégués et les atteintes à la santé subies lors de l'accident assuré se trouvent dans une relation de causalité naturelle et adéquate. Une obligation de prestation en cas de rechute ou de séquelle tardive ne découle pas du seul fait qu'un lien de causalité avait été reconnu dans le cas antérieur de base ou lors d'une rechute précédente (ATF 118 V 293 c. 2c; RAMA 1994 p. 326 c. 2 et 3b; SVR 2016 UV n° 15 c. 3.2 et n° 18 c. 2.1.2). En cas de rechutes et de séquelles tardives, il incombe à la personne assurée d'établir un lien de causalité naturelle entre le nouveau tableau clinique et l'accident assuré et ce, au degré de vraisemblance prépondérante valable en droit des assurances sociales. Plus le laps de temps séparant l'accident et l'apparition de l'atteinte à la santé alléguée est important, plus les exigences posées seront sévères pour pouvoir admettre la vraisemblance prépondérante de l'existence d'un lien de causalité naturelle. En cas d'absence de preuve, le jugement est rendu au détriment de la personne assurée (SVR 2016 UV n° 18 c. 2.2.2; TF 8C\_61/2016 du 19 décembre 2016 c. 3.2).

**2.2.4** Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement "*post hoc, ergo propter hoc*" pas déterminant: ATF 119 V 335 c. 2b/bb; SVR 2016 UV n° 24 c. 7.2).

**2.2.5** En présence de séquelles organiques d'un accident objectivement établies, la causalité adéquate se recouvre en grande partie avec la causalité naturelle et n'a pratiquement pas de signification propre (ATF 140 V 356 c. 3.2; SVR 2018 UV n° 3 c. 3.1).

**2.3** Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective et décider s'ils permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre. En particulier, le juge ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans avoir examiné l'ensemble des preuves disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 125 V 351 c. 3a). La valeur probante d'un rapport médical dépend du fait que les points importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Ainsi, ni la provenance du moyen de preuve, ni l'appellation du mandat confié au médecin (rapport ou expertise) ne sont déterminantes pour la force probante d'un tel document (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 134 V 231 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a).

### **3.**

#### **3.1**

**3.1.1** La Suva considère que la causalité naturelle entre l'entorse au genou droit survenue le 30 septembre 2013 et l'aponévrosite plantaire est au plus possible, car de nombreux autres facteurs ont pu provoquer cette dernière. Selon les avis qu'elle considère probants de son médecin

d'arrondissement et des médecins de son centre de compétence en médecine des assurances, l'évènement du 30 septembre 2013 a certes provoqué une entorse du genou droit, mais une décharge de la jambe droite au dépens de l'autre jambe n'est qu'une des influences hypothétiques des multiples facteurs susceptibles de favoriser l'aponévrosite plantaire qui s'est déclarée des mois après l'évènement susmentionné. Par ailleurs, la Suva fait valoir qu'un lien de causalité naturelle ne peut se déduire d'un simple raisonnement "*post hoc, ergo propter hoc*" ainsi que le proposent les médecins traitants.

**3.1.2** La recourante rétorque que l'avis du médecin d'arrondissement de la Suva est insuffisamment motivé, dès lors qu'il ne mentionne pas les causes qu'il estime véritables, ni ne discute les avis probants des médecins traitants, et ne peut l'emporter sur les avis unanimes des trois médecins traitants qui concluent à un lien de causalité clair entre ledit évènement de septembre 2013 et l'aponévrosite plantaire, en argumentant notamment que l'atteinte au genou droit n'a finalement été soulagée qu'à fin 2016. Par ailleurs, elle conteste l'avis seulement théorique donné par les médecins du centre de compétence de la Suva.

**3.2** La Suva a admis le principe de la prise en charge des douleurs du genou droit (entorse, déchirure du ménisque; ancien art. 9 al. 2 de l'ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016) après l'évènement du 30 septembre 2013. Dès lors, la présente procédure ne porte que sur la question de déterminer si cet évènement du 30 septembre 2013 est, au degré de la vraisemblance prépondérante, en lien de causalité naturelle avec les douleurs au pied gauche, ressenties par la recourante depuis environ début 2016 (éventuelles séquelles tardives). Si la causalité ne peut être établie au degré de la vraisemblance prépondérante, la recourante devra en supporter les conséquences (voir c. 2.2.3 ci-avant).

#### **4.**

**4.1** La récupération et guérison du genou droit est longue et compliquée; une opération a eu lieu le 31 octobre 2013 pour procéder à

une méniscectomie partielle de la corne postérieure du ménisque interne. Une seconde opération s'est déroulée le 19 décembre 2016 pour procéder à la pose d'une hémiprothèse du genou droit. Par courrier du 30 octobre 2018, la Suva a averti l'assurée qu'elle mettait un terme au paiement des soins médicaux et indemnités journalières avec effet au 30 novembre 2018, motif donné que la situation médicale de la recourante liée à son genou s'était stabilisée et qu'il n'existait plus de traitement médical susceptible de l'améliorer. Toutefois, le 21 novembre 2018, une nouvelle opération du genou droit a eu lieu et le courrier du 30 octobre 2018 a été annulé (dos. Suva 437).

**4.2** Dès 2016, la recourante a commencé à évoquer des douleurs au niveau de son talon gauche.

**4.2.1** Les premières plaintes de la recourante concernant des douleurs au talon gauche sont ainsi mentionnées dans le rapport du 5 février 2016 (consécutif à une consultation du 29 janvier 2016 liée à l'entorse au genou droit) d'un spécialiste d'une clinique universitaire de chirurgie orthopédique et traumatologique et adressé à la médecin de famille de la recourante (dos. Suva 176).

**4.2.2** Cette dernière, après avoir diagnostiqué une fasciite plantaire, a ensuite invité la recourante à s'adresser à un confrère spécialiste en rhumatologie, lequel a relevé, dans son rapport du 19 février 2016, que la recourante se plaignait de douleurs importantes depuis trois mois à la face inférieure du talon en raison des problèmes au genou droit. Il a ajouté que la recourante présentait des talalgies inférieures gauches consécutives à une surcharge, qui était elle-même liée au problème du genou droit. Enfin, il a requis une IRM dans la mesure où il ne pouvait exclure d'emblée une lésion plus conséquente (dos. Suva 191). Se prononçant sur l'IRM réalisée le 22 février 2016 (voir dos. Suva 242) et après avoir revu la recourante, le même spécialiste en rhumatologie a alors confirmé la présence d'une aponévrose d'insertion, avec un œdème osseux consécutif, toutefois sans lésion osseuse. Il a exposé avoir proposé un traitement physiothérapeutique et a mis en exergue la surcharge de la jambe gauche du fait de l'atteinte au genou droit (dos. Suva 189). Après une nouvelle consultation de la recourante le 15 avril 2016, le spécialiste en

rhumatologie a transmis un nouveau rapport daté du même jour à la médecin de famille, dans lequel il a relevé que le traitement physiothérapeutique en cours semblait efficace et que les douleurs avaient régressé (dos. Suva 190). Dans un nouveau rapport daté du 27 mai 2016, le même spécialiste en rhumatologie a relaté que la situation au niveau du genou droit de la recourante ne s'améliorait pas et qu'elle présentait toujours des douleurs au genou droit extrêmement importantes qui influençaient négativement les douleurs du talon gauche (dos. Suva 200).

**4.2.3** Amené à se prononcer sur un éventuel lien de causalité entre l'évènement du 30 septembre 2013 et les talalgies gauches, un premier médecin d'arrondissement de l'intimée, spécialiste en médecine interne, a estimé, dans une note interne du 10 octobre 2016, qu'un tel lien de causalité était au mieux possible (dos. Suva 245).

**4.2.4** Le 30 juillet 2017, la médecin de famille de la recourante a fait savoir à la Suva que la fasciite plantaire était encore très inflammatoire, avec une boiterie résiduelle (dos. Suva 295). Dans un nouveau rapport médical daté du 29 août 2017, le spécialiste en rhumatologie a relevé que le talon gauche allait de moins en moins bien. Il a réaffirmé que les symptômes étaient apparus peu après la lésion du genou et étaient de toute évidence en relation avec la surcharge mécanique engendrée. Il a indiqué que le diagnostic d'aponévrosite plantaire retenu a été confirmé par une nouvelle IRM réalisée le 24 août 2017 (dos. Suva 312), qui a également mis en évidence une très nette majoration de l'atteinte (dos. Suva 309). Le spécialiste en rhumatologie a réitéré les informations énumérées ci-dessus dans un nouveau questionnaire médical adressé à la Suva le 7 septembre 2017, indiquant également avoir adressé la recourante à un spécialiste en orthopédie et traumatologie (dos. Suva 314).

**4.2.5** Ce spécialiste en orthopédie et en traumatologie a indiqué le 15 septembre 2017 l'existence d'un probable syndrome de tunnel tarsien gauche. Dans son anamnèse, il a notamment indiqué que la recourante avait particulièrement chargé sur son membre inférieur gauche en raison de gonalgies droites (dos. Suva 327).

**4.2.6** Dans une note interne du 19 septembre 2017, un second médecin d'arrondissement de l'intimée, spécialiste en médecine interne, a estimé que la causalité entre l'entorse du genou droit liée à l'évènement du 30 septembre 2013 et l'aponévrosite plantaire était au plus possible (dos. Suva 313).

**4.2.7** Après que la Suva a communiqué le 2 octobre 2017 son refus d'allouer des prestations d'assurance pour l'aponévrosite plantaire gauche, la recourante, représentée par une assurance de protection juridique a requis des prises de position auprès de ses différents médecins traitants. Dans son rapport du 21 novembre 2017, le spécialiste en rhumatologie a ainsi indiqué que durant la période de traitement de son genou droit, la recourante avait considérablement surchargé son pied gauche, ce qui avait occasionné une aponévrosite d'insertion; à son sens, le lien de causalité entre ces deux évènements est certain, dès lors que la recourante n'avait jamais eu de douleur du talon ou de la cheville (dos. Suva 344). Le spécialiste en orthopédie et en traumatologue a relevé, dans son rapport du 1<sup>er</sup> novembre 2017, qu'il existait à son sens un lien de causalité possible entre l'accident du genou droit et le syndrome du tunnel tarsien qu'il a diagnostiqué (dos. Suva 344). Enfin, dans son rapport du 11 décembre 2017, la médecin de famille de la recourante a indiqué que la fasciite plantaire s'était développée suite au mauvais positionnement des jambes de la recourante, puis nouvelle position de marche, avant et après la pose de la prothèse de genou. Selon elle, la fasciite plantaire est clairement en lien avec une surcharge du poids posé sur la jambe gauche en raison des douleurs de la jambe droite. Elle a également proposé un nouveau diagnostic dans son rapport, à savoir une amyotrophie des muscles postérieurs de l'adducteur compatibles avec un syndrome de Baxter (dos. Suva 344).

**4.2.8** Dans une note interne du 25 janvier 2018, le second médecin d'arrondissement de l'intimée, a, après avoir pris connaissance de l'IRM réalisée le 22 février 2016 pour le pied gauche de la recourante et des rapports précités, indiqué que la causalité entre les douleurs au genou droit et l'aponévrosite plantaire était toujours au mieux possible (dos. Suva 345).

**4.2.9** Le 23 février 2018, la recourante a été opérée par un chirurgien orthopédique, l'intervention consistant en une résection du fascia plantaire proximal et à un lissage des contours osseux de la tubérosité calcanéenne à gauche (dos. Suva 362).

**4.2.10** Après avoir demandé la production au dossier Suva de divers documents médicaux supplémentaires (notes internes des 19 mars, 17 avril et 31 août 2018 [dos. Suva 360, 365 et 391]) le 2 octobre 2018, le second médecin d'arrondissement, en se fondant sur un examen personnel de l'assurée, a considéré que l'évènement du 30 septembre 2013 et ses conséquences, à savoir une importante gonalgie droite, ne constituaient qu'un des nombreux facteurs pouvant conduire à une fasciite plantaire. Dans cette mesure, il a indiqué que le lien de causalité était au plus possible, mais pas probable (dos. Suva 408).

**4.2.11** Suite à l'opposition formulée par la recourante le 13 novembre 2018 à l'encontre de la décision de la Suva du 16 octobre 2018, l'intimée a transmis le dossier pour un avis complémentaire à son centre de compétence en médecine des assurances. Deux médecins de ce centre, soit une spécialiste en chirurgie générale et en traumatologie et un spécialiste en chirurgie orthopédique et en traumatologie de l'appareil locomoteur, ont considéré le 19 novembre 2018 que le raisonnement et l'argumentaire du médecin d'arrondissement tel que formulé dans son rapport du 29 août 2018 [recte : 2 octobre 2018] était en tout point justifié, fondé et concluant. En substance, les médecins ont considéré que d'un point de vue orthopédique, la fasciite plantaire gauche n'était pas en relation, au degré de la vraisemblance prépondérante au moins avec la mauvaise démarche liée aux gonalgies droites.

## **5.**

**5.1** Les rapports et expertises émanant de médecins internes aux assureurs ont valeur probante pour autant qu'ils apparaissent concluants, soient motivés de façon compréhensible, soient dépourvus de contradictions et qu'il n'existe pas d'indices contre leur fiabilité. Le seul fait que le médecin interrogé soit dans un rapport de subordination avec

l'assureur ne permet pas déjà de conclure à un manque d'objectivité ou à une (apparence de) prévention. Il en va de même lorsqu'un médecin est appelé de façon répétée à effectuer des expertises pour le compte d'une assurance (SVR 2008 IV n° 22 c. 2.4). Il faut bien plus des circonstances propres qui laissent apparaître un doute objectif quant à l'impartialité. Eu égard à l'importance considérable qu'un tel rapport médical a en matière de droit des assurances sociales, il convient de poser des exigences sévères s'agissant de l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 c. 3b/ee).

**5.2** La Suva fonde principalement sa décision sur opposition sur la synthèse médicale rédigée le 2 octobre 2018 par son second médecin d'arrondissement, ainsi que le rapport du 19 novembre 2018 de son centre de compétence en médecine des assurances produit en procédure d'opposition (voir ci-avant c. 4.2.10 et 4.2.11).

**5.2.1** S'il faut reconnaître que le médecin d'arrondissement a pris position à plusieurs reprises sur la situation médicale de façon quelque peu lapidaire, en particulier parce qu'il estimait que la documentation à sa disposition n'était pas complète, son dernier rapport médical du 2 octobre 2018 (qui fait également le point sur la situation non encore stabilisée du genou droit) apparaît comme solidement documenté. Il n'est pas anodin de constater à ce sujet que le médecin d'arrondissement a fait compléter à plusieurs reprises (25 janvier, 19 mars, 17 avril, 5 juillet et 31 août 2018), surtout en ce qui concerne le pied gauche, les données médicales dont il estimait avoir besoin, avant de convoquer l'assurée à un examen et livrer son appréciation du 2 octobre 2018. Il a également accordé une large place aux déclarations de l'assurée s'agissant de ses douleurs, handicaps (genou droit, pied gauche, niveau lombaire, coude gauche et migraines) et empêchements dans ses activités. Les constatations du médecin d'arrondissement résultant de son examen médical ont été soigneusement consignées. C'est sur l'ensemble de ces données que se fondent ses diagnostics et son appréciation détaillée de la situation.

**5.2.2** S'agissant de la question de la causalité ici litigieuse, le médecin d'arrondissement n'a, contrairement à ce que prétend la recourante, nullement ignoré les différents rapports émanant des médecins traitants. Il a soigneusement cité tous les documents médicaux comportant le

diagnostic d'une problématique plantaire et les avis des médecins spécifiquement consultés pour cette raison (généraliste, rhumatologue, chirurgiens orthopédiques notamment). Il a repris les diagnostics généralement posés par les médecins traitants, à savoir, principalement, l'entorse du genou droit survenue le 30 septembre 2013 (avec toutes les problématiques et interventions qui y étaient liées) et la fasciite plantaire du pied gauche depuis début 2016, en tenant compte d'une absence d'amélioration des symptômes en dépit d'infiltrations, d'une résection du fascia plantaire proximal avec lissage des contours osseux de la tubérosité calcanéenne à gauche le 23 février 2018 et d'un traitement de radiothérapie locale sous le pied gauche en postopératoire. Le médecin d'arrondissement a cependant relevé que pour justifier le lien de causalité dont se prévaut notamment le rhumatologue traitant, seul avait été avancé l'argument selon lequel l'assurée n'ayant pas ressenti de douleurs au pied gauche avant l'événement de 2013, les douleurs actuelles étaient donc en lien avec cet événement initial. Le médecin d'arrondissement a expliqué qu'une fasciite plantaire est une pathologie de surcharge en lien avec des microtraumatismes de l'insertion calcanéenne de l'aponévrose plantaire et a mentionné que les facteurs favorisants en sont principalement une surcharge pondérale, la marche et/ou la station debout prolongée, un âge supérieur à 40 ans ou encore un raccourcissement de la chaîne musculaire postérieure de la jambe (muscle gastrocnémien court). Selon le médecin d'arrondissement, l'assurée cumule plusieurs de ces critères et la surcharge du pied gauche en lien avec une mauvaise démarche n'est qu'un facteur parmi d'autres (des données anamnestiques qu'il rapporte résulte, hormis l'âge de plus de 40 ans, un poids de 75 kg pour une taille de 161 cm). Il en conclut que le lien entre l'événement du 30 septembre 2013 et l'aponévrosite plantaire à gauche (voire le syndrome de Baxter suspecté mais pas confirmé par IRM) est possible mais pas probable. En procédure d'opposition, les deux spécialistes du centre de compétence médicale de la Suva ont confirmé le raisonnement du médecin d'arrondissement en s'appuyant sur deux des rares publications médicales à ce sujet, en arguant qu'il n'existait pas d'argument clinique, même si ceci pourrait théoriquement apparaître logique, permettant d'affirmer qu'une sollicitation accrue de la jambe saine en raison de l'épargne d'une jambe malade puisse être l'origine d'un dommage du côté sain.

**5.2.3** Le raisonnement des médecins de la Suva convainc. Sur le plan formel, le rapport du 2 octobre 2020 satisfait à toutes les exigences définies par la jurisprudence en matière d'expertise médicale, y compris en ce qui concerne les qualifications médicales nécessaires (voir ci-avant c. 2.3) et les conditions strictes posées au caractère probant d'un avis de médecin employé par un assureur (voir ci-avant c. 5.1). En effet, le rapport concerné s'attache avec soin à refléter l'ensemble des appréciations émises par les médecins traitants et l'évaluation de la causalité litigieuse à laquelle il aboutit est précisément axée sur le fait que, notamment, la généraliste et le rhumatologue traitants considèrent cette (unique) causalité comme donnée. Ainsi dans les pièces produites à l'appui de l'opposition, il est vrai que pour le spécialiste en rhumatologie, le lien de causalité est clairement établi dans la mesure où la surcharge de la jambe gauche a été importante et que la recourante n'avait jamais eu de telles douleurs au talon ou à la cheville. La généraliste traitante explique quant à elle l'affection du talon gauche par la surcharge longue et marquée de la jambe gauche liée au très long rétablissement de l'entorse au genou droit, les douleurs ne s'étant estompées qu'à la fin de l'année 2016 avec la pose de l'hémi-prothèse et ayant de surcroît encore persisté compte tenu de la nouvelle position de marche impliquée par la prothèse. Cette généraliste suggère aussi l'existence d'un syndrome de Baxter, très clairement lié à la fasciite plantaire en rejetant en revanche le diagnostic de syndrome de tunnel tarsien émis et soigné sans succès par le premier orthopédiste consulté. Il est néanmoins significatif, de noter que ce spécialiste, quand bien même son diagnostic ne se serait pas vérifié (à noter que l'opération de résection du fascia n'a pas non plus apporté le soulagement escompté), dans les documents apportés à l'appui de l'opposition, a refusé de confirmer clairement un lien clair entre les troubles au pied gauche et le problème du genou droit, évoquant, quel que soit le diagnostic (aponévrosite ou syndrome de tunnel tarsien), que le lien de causalité reste tout au plus possible. Il a aussi insisté sur la difficulté de définir la cause nette d'un syndrome de tunnel tarsien (par ex. atteinte du membre lésé suite à un traumatisme ou une anomalie de type varicosité ou déformation du pied). De plus, l'orthopédiste qui a opéré le talon n'a pas non plus défini l'origine de la problématique du talon, se contentant de rappeler l'entorse au genou droit et le fait que les douleurs au talon, survenues par la suite, ont passé

au premier plan lorsque l'état du genou s'est amélioré (dos. Suva 362), constat qui peut donc aussi être compris comme une relativisation de la relation entre l'état de la jambe droite et l'aponévrosite. On ne saurait donc considérer que l'évaluation nuancée de la causalité à laquelle parviennent les médecins de la Suva - à savoir que le handicap affectant l'autre jambe n'est qu'une cause possible mais pas probable, à tout le moins pas vraisemblable de façon prépondérante (rapport du centre de compétence médicale) - est mise en doute par les rapports des médecins traitants. C'est en vain que la recourante reproche aux médecins de l'intimée un manque d'objectivité ou une (apparence) de prévention. Aucune autre mesure d'instruction ne se justifie. Sous l'angle juridique, on peut encore rappeler que l'argumentation essentiellement défendue par la généraliste et le rhumatologue traitants repose uniquement sur la chronologie de l'apparition des atteintes. Or l'adage "post hoc, ergo propter hoc" (voir ci-avant c. 2.2.4) suffit certes à mettre en évidence la possibilité de la causalité mais ne permet pas d'établir avec une vraisemblance prépondérante, en l'espèce, un lien entre les troubles plantaires gauches apparus début 2016 et la problématique du genou droit existant depuis fin septembre 2013.

**5.3** En conséquence, il y a lieu de conclure qu'il n'est pas établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'atteinte au pied gauche de la recourante est en lien de causalité naturelle avec une surcharge qui aurait été occasionnée par l'entorse du genou droit. C'est à la recourante de supporter les conséquences de cette absence de preuve suffisante quant au lien entre l'événement initial pris en charge par la Suva (l'entorse) et la séquelle tardive prétendue (voir ci-avant c. 2.2.3).

## **6.**

**6.1** Le recours doit ainsi être rejeté.

**6.2** Il n'y a pas lieu de percevoir de frais de procédure (art. 61 let. a LPGA).

**6.3** Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, ni à la recourante qui n'obtient pas gain de cause, ni à l'intimée, bien qu'elle soit représentée par un avocat (art. 61 let. a et g LPG; ATF 128 V 124 c. 5b, 127 V 205 c. 3a, 126 V 143 c. 4a; RAMA 1990 p. 195).

**Par ces motifs:**

1. Le recours est rejeté.
2. Il n'est pas perçu de frais de procédure, ni alloué de dépens.
3. Le présent jugement est notifié (R):
  - à la mandataire de la recourante,
  - au mandataire de l'intimée,
  - à l'Office fédéral de la santé publique.

La présidente:

Le greffier:

e.r. Ph. Berberat, greffier

**Voie de recours**

Dans les 30 jours dès la notification de ses considérants, le présent jugement peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public auprès du Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, au sens des art. 39 ss, 82 ss et 90 ss de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110).

**Avertissement:** Pour une éventuelle suspension du délai de recours, voir également l'Ordonnance du Conseil fédéral suisse du 20 mars 2020 sur la suspension des délais dans les procédures civiles et administratives pour assurer le maintien de la justice en lien avec le coronavirus (COVID-19, RS 173.110.4).