

BGer 8C_260/2015 vom 22. März 2016

Bundesgericht, 2016-03-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger_8C_260_2015

FR: TF 8C_260/2015 du 22 mars 2016

IT: TF 8C_260/2015 del 22 marzo 2016

Erwägungen

E. 1

En tant que le recourant entend également obtenir, par sa conclusion de renvoi, l'examen de son droit éventuel à une rente d'invalidité LAA dès le 11 avril 2005, il est forclos. Ce n'est en effet que dans le contexte de sa déclaration de rechute en février 2008 qu'il a fait valoir pour la première fois une diminution de rendement liée à ses séquelles à la main droite depuis sa reprise du travail le 11 avril 2005, qui avait justifié l'arrêt du versement des indemnités journalières par Phenix à cette date. Faute pour le recourant d'avoir manifesté son désaccord sur ce point une année après la cessation de ces prestations (cf. ATF 134 V 145 consid. 5 p. 149), voire au plus tard dans son opposition à la décision du 29 novembre 2006, la reconnaissance de sa pleine capacité de travail à partir du 11 avril 2005 a acquis force de chose décidée, de sorte que l'octroi d'une rente avec effet à cette date ne saurait entrer en ligne de compte.

E. 2

Lorsque sont en jeu des prestations en espèces et en nature, comme c'est le cas ici, le Tribunal fédéral dispose d'un pouvoir d'examen étendu en ce qui concerne les faits communs aux deux types de prestations (arrêt 8C_584/2009 du 2 juillet 2010 consid. 4, in SVR 2011 UV n° 1 p. 2 s.)

E. 3

Aux termes de l'art. 99 al. 1 LTF, aucun fait nouveau ni aucune preuve nouvelle ne peut être présenté, à moins de résulter de la décision de l'autorité précédente. Le rapport du docteur F. _____ du 26 février 2016 que le recourant a produit en instance fédérale n'a pas été versé à la procédure cantonale. Ce document ne sera donc pas pris en considération par la Cour de céans.

E. 4.1

Les juges cantonaux ont considéré qu'il était douteux que Phenix ait admis son obligation de prester en tant qu'assureur-accidents pour les troubles et l'incapacité de travail annoncés comme rechute, étant donné les réserves qu'elle avait formulées quant à sa responsabilité dans sa lettre du 26 février 2008. En tout état de cause, ils ont retenu que Solida était fondée à refuser toute prestation à ce titre au vu des pièces médicales au dossier, en particulier du rapport du docteur D. _____ (du 24 avril 2008) auquel ils ont accordé pleine valeur probante. Ce médecin avait expliqué de manière convaincante et motivée les raisons pour lesquelles l'hypothèse d'un lien de causalité entre les cervico-brachialgies droites apparues au cours de l'année 2005 et l'accident du 20 janvier 2004 n'était pas vraisemblable. L'absence d'un trouble d'origine neurologique à ces douleurs, contrairement à ce qu'affirmaient les docteurs E. _____ et G. _____ (également médecin traitant de l'assuré), était d'ailleurs une conclusion partagée par plusieurs autres médecins. En

particulier par le docteur H. _____, auquel le docteur I. _____ - chargé de réaliser une expertise pluridisciplinaire dans le cadre de la demande de prestations de l'assuré à l'assurance-invalidité - avait confié un consilium neurologique (cf. rapport du 1^{er} mars 2010), de même que par la doctoresse J. _____ (cf. rapport du 8 juin 2009). Enfin, les médecins traitants G. _____ et E. _____ reconnaissaient qu'aucune lésion somatique n'avait pu être mise en évidence malgré les investigations médicales entreprises (cf. leurs rapports respectifs des 17 et 20 juin 2013).

E. 4.2

Le recourant fait valoir que Phenix avait reconnu sa responsabilité pour la rechute qu'il avait annoncée en 2008 en versant ses prestations de janvier 2008 à mai 2011. Les décomptes de prestations établis par cet assureur faisaient clairement référence à la LAA. Dans ces conditions, il lui appartenait, pour justifier leur arrêt à la date déterminante, de démontrer que les troubles pris en charge à titre de rechute de l'accident du 20 janvier 2004 n'étaient plus en relation de causalité naturelle et adéquate avec cet événement, autrement dit que le statu quo ante ou sine avait été atteint au 31 mai 2011. Or, l'instruction médicale ne permettait pas de fonder une suppression des prestations à ce titre. Tous les rapports médicaux cités par les juges cantonaux étaient antérieurs à cette suppression. C'était également à tort que ceux-ci avaient estimé qu'il n'y avait aucun élément susceptible de mettre en doute le rapport du docteur D. _____. Une expertise s'imposait.

E. 5.1

Selon une jurisprudence constante, l'assureur-accidents a la possibilité de mettre fin avec effet ex nunc et pro futuro à son obligation d'allouer des prestations, qu'il avait initialement reconnue en versant des indemnités journalières et en prenant en charge les frais de traitement, sans devoir se fonder sur un motif de révocation (reconsidération ou révision procédurale). Ainsi, il peut liquider le cas en invoquant le fait que selon une appréciation correcte de l'état de fait, un événement assuré n'est jamais survenu, ou que l'existence d'un lien de causalité doit être niée (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1 p. 384). Il faut bien sûr réserver l'éventualité dans laquelle l'assureur-accidents réclame les prestations allouées (cf. ATF 133 V 57 consid. 6.8 p. 65; arrêt 8C_3/2010 du 4 août 2010 consid. 4.1).

E. 5.2

En l'occurrence, on se trouve justement en présence d'une décision par laquelle Solida confirme la suppression, avec effet ex nunc et pro futuro à partir du 1^{er} juin 2011, des prestations allouées précédemment par Phenix à titre de rechute sans en réclamer la restitution. Contrairement à ce que voudrait le recourant, Solida n'est pas liée dans ce contexte par le fait que Phenix a pris en charge les frais médicaux et versés des indemnités journalières du 21 janvier 2008 au 31 mai 2011 et il n'y a pas non plus de renversement du fardeau de la preuve en ce qui concerne le lien de causalité.

E. 5.3

Cela étant, à l'instar des juges cantonaux, on ne voit pas de raison de s'écarter du rapport du docteur D. _____. Le seul fait qu'il a effectué son examen en 2008 n'enlève rien à la pertinence de ses conclusions puisque les douleurs de l'assuré sont restées inchangées depuis lors. En outre, en se bornant à affirmer qu'un traumatisme tel que celui subi par le recourant peut engendrer des douleurs cervico-brachiales persistantes de type névralgique même si elles ne sont pas objectivables, les avis des médecins traitants ne permettent pas

d'établir au degré de la vraisemblance prépondérante que ces douleurs ont une relation de causalité avec l'accident initial à la main. En droit des assurances sociales, il n'existe pas un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré. Le défaut de preuve va au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé (ATF 126 V 322 consid. 5a et la référence). Par conséquent, l'intimée était fondée à nier l'octroi de prestations pour la rechute annoncée en février 2008. Une expertise n'est pas nécessaire.

E. 6

Enfin, le recourant semble également vouloir obtenir une indemnité pour atteinte à l'intégrité supérieure à 8 %. Dans son recours toutefois, il ne développe aucune argumentation à cet égard. Le grief, non motivé, ne satisfait pas aux exigences de motivation de l' art. 42 al. 2 LTF , de sorte qu'il n'y a pas lieu de l'examiner plus avant.

E. 7

Il s'ensuit que le recours doit être rejeté.

Le recourant, qui succombe, supportera les frais judiciaires et ses propres dépens (art. 66 al. 1 et art. 68 al. 1 LTF). L'intimée n'a pas droit aux dépens qu'elle prétend (art. 68 al. 3 LTF).

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