

FR_GERICHTE 605 2024 127 vom 17. Februar 2026

FR Kantonsgericht, 2026-02-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2024_127

FR: FR_GERICHTE 605 2024 127 du 17 février 2026

IT: FR_GERICHTE 605 2024 127 del 17 febbraio 2026

Erwägungen

E. 21

juin 2024, La Vaudoise a considéré qu'il n'y avait pas de fait nouveau de sorte que la décision sur opposition du 8 mars 2023 ne devait pas être révisée. D. Contre cette décision, le recourant, représenté par Me Guerry, avocat, a déposé un recours le

E. 23

juillet 2024, concluant à l'admission de la demande de révision et au renvoi à la Vaudoise pour octroi des prestations d'assurance, subsidiairement mise en œuvre d'une expertise. A l'appui de son recours, il soutient s'être rendu chez le Dr E. _____ à plusieurs reprises suite à la décision sur opposition du 28 mars 2023, lequel a diagnostiqué à l'aide d'une nouvelle IRM une déchirure de l'annulus du disque L5/S1 et une lésion en cisaillement de ce même disque. Selon ce médecin, cette dernière atteinte est d'origine traumatique. Dans la mesure où ce médecin met en

Tribunal cantonal TC Page 3 de 9 évidence deux lésions qui n'avaient pas été constatées jusqu'alors, le recourant soutient que ces rapports sont de nouveaux moyens de preuve attestant de faits nouveaux et importants et non une simple appréciation différente d'un état de fait déjà connu. Selon lui, cela justifie que la Vaudoise révise sa décision. Dans ses observations du 12 septembre 2024, la Vaudoise propose le rejet du recours. Elle relève que le Dr E. _____ renvoie au diagnostic objectivé lors de l'IRM précédent et fait état de l'absence d'évolution entre les deux IRM. Selon elle, cela confirme le fait que ce médecin apprécie différemment la situation médicale objectivée. Lorsque nécessaire, il sera fait état des arguments présentés par les parties à l'appui de leurs allégués dans les considérants en droit du présent arrêt. en droit 1. Recevabilité Le recours a été interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité compétente à raison du lieu ainsi que de la matière. L'assuré, dûment représenté, est en outre directement atteint par la décision querellée et a dès lors un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit, cas échéant, annulée ou modifiée. Partant, le recours est recevable. 2. Principes régissant le droit aux prestations d'assurance 2.1. Conformément à l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. La Suva ne répond que des atteintes à la santé qui sont en relation de causalité non seulement naturelle mais encore adéquate avec un événement assuré ou une maladie professionnelle (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et 3.2). 2.2. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle et un lien de causalité adéquate. Sont des causes naturelles toutes les circonstances sans lesquelles le dommage ne se serait pas produit du tout, ou ne serait pas survenu de la même manière ou en même temps. 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 de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. 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 142 V 435 consid. 1; 129 V 177 consid. 3.1).

Tribunal cantonal TC Page 4 de 9 Il appartient à l'administration et, en cas de recours, au juge et non au médecin de trancher la question juridique de savoir si, en présence d'un rapport de causalité naturelle entre l'événement assuré et l'atteinte à la santé, la condition indispensable de l'existence d'un lien de causalité adéquate est remplie. Selon la jurisprudence, 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 façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2).

2.3. En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. 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 (cf. arrêts TF 8C_781/2017 du 21 septembre 2018 consid. 5.1, in SVR 2019 UV n° 18 p. 64; 8C_657/2017 du 14 mai 2018 consid. 3.2 et les références, in SVR 2018 UV n° 39 p. 141).

3. Principes régissant la révision procédurale Selon l'art. 53 al. 1 LPGA, les décisions formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquentement des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant. La révision suppose la réalisation de cinq conditions: 1° le requérant invoque un ou des faits; 2° ce ou ces faits sont "pertinents", dans le sens d'importants (« erhebliche »), c'est-à-dire qu'ils sont de nature à modifier l'état de fait qui est à la base du jugement et à conduire à un jugement différent en fonction d'une appréciation juridique correcte; 3° ces faits existaient déjà lorsque le jugement a été rendu: il s'agit de pseudo-nova (« unechte Noven »), c'est-à-dire de faits antérieurs au jugement ou, plus précisément, de faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables; 4° ces faits ont été découverts après coup (« nachträglich »), soit postérieurement au jugement, ou, plus précisément, après l'ultime moment auquel ils pouvaient encore être utilement invoqués dans la procédure principale; 5° le requérant n'a pas pu, malgré toute sa diligence, invoquer ces faits dans la procédure précédente (ATF 143 III 272 consid. 2.2). Quant aux preuves concluantes, elles supposent en bref aussi la réunion de cinq conditions: 1° elles doivent porter sur des faits antérieurs (pseudo-nova); 2° elles doivent être concluantes, c'est-à-dire propres à entraîner une modification du jugement dans un sens favorable au requérant; 3° elles doivent avoir déjà existé lorsque le jugement a été rendu (plus précisément jusqu'au dernier moment où elles pouvaient encore être introduites dans la procédure principale); 4° elles doivent avoir été

Tribunal cantonal TC Page 5 de 9 découvertes seulement après coup; 5° le requérant n'a pas pu les invoquer, sans faute de sa part, dans la procédure précédente (ATF 143 III 272 précité consid. 2.2). Ce qui est décisif, c'est que le moyen de preuve ne serve pas à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers. Ainsi, il ne suffit pas qu'un nouveau rapport médical donne une appréciation différente des faits; il faut bien plutôt des éléments de fait nouveaux, dont il résulte que les bases de la décision entreprise comportaient des défauts objectifs. Pour justifier la révision d'une décision, il ne suffit pas que le médecin ou l'expert tire ultérieurement, des faits connus au moment de la décision principale, d'autres conclusions que l'administration ou le tribunal. Il n'y a pas non plus motif à révision du seul fait que l'administration ou le tribunal paraît avoir mal interprété des faits connus déjà lors de la décision principale. L'appréciation inexacte doit être, bien plutôt, la conséquence de l'ignorance ou de l'absence de preuve de faits essentiels pour la décision (ATF 127 V 353 consid. 5b et les références; arrêt TF 8C_562/2020 du 14 avril 2021 consid. 3.3 et la référence). 4. Principes régissant l'appréciation des preuves 4.1. Dans le domaine 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 (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références citées; arrêt TF 8C_704/2007 du 9 avril 2008 consid. 2). 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 (ATF 126 V 319 consid. 5a). Si, malgré les moyens mis en œuvre d'office par le juge pour établir la vérité du fait allégué par une partie, conformément au principe inquisitoire, ou par les parties selon le principe de leur obligation de collaborer, la preuve de ce fait ne peut être rapportée avec une vraisemblance prépondérante pour emporter la conviction du tribunal, c'est à la partie qui entendait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (DTA 1996-1997 n. 17 consid. 2a; 1991 n. 11 et 100 consid. 1b; 1990 n. 12 consid. 1b et les arrêts cités; ATF 115 V 113 consid. 3d/bb). Dans cette mesure, en droit des assurances sociales, le fardeau de la preuve n'est pas subjectif, mais objectif (RCC 1984 p. 128 consid. 1b). 4.2. 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1). Le fardeau de la preuve de la disparition du lien de causalité appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (arrêt TF U 355/98 du 9 septembre 1999 consid. 2 et la référence, in RAMA 2000 n° U 363 p. 45). 4.3. Selon une jurisprudence constante, un raisonnement fondé sur l'adage « post hoc, ergo propter hoc » (après celui-ci, donc à cause de celui-ci) ne permet pas d'établir un lien de causalité naturelle au degré de la vraisemblance prépondérante exigé en matière d'assurances-sociales et ne saurait être admis comme moyen de preuve (ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; arrêt TF 8C_6/2009 du 30.7.2009, consid. 3).

Tribunal cantonal TC Page 6 de 9 4.4. 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). 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). Cela étant, pour que l'assuré ait une chance raisonnable de soumettre sa cause au juge, sans être clairement désavantagé par rapport à l'assureur (sur l'inégalité relativement importante entre les parties en faveur de l'assurance, cf. ATF 135 V 165 consid. 4.3.1 in fine), 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 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6). 5. Application de ces principes au cas d'espèce 5.1. En matière de révision procédurale, il apparaît dans un premier temps nécessaire de rappeler sur quelle base l'autorité intimée a fondé la décision du 15 septembre 2022, confirmée sur opposition le 8 mars 2023. Elle se référait à l'avis de son médecin-conseil, le Dr D._____. Dans un rapport du 16 août 2022, ce médecin retenait le diagnostic de lombalgie non déficitaire sans substrat radiologique et de contusion du genou gauche. Il estimait alors que si les troubles au genou gauche étaient en lien avec l'accident et avaient justifié une incapacité de travail de deux à trois semaines, il constatait que l'IRM du 25 avril 2022 mettait en évidence une minime déchirure annulaire L5-S1 dont l'origine traumatique n'était pas vraisemblable. Il évoquait également la présence d'un antécédent de

Tribunal cantonal TC Page 7 de 9 lumbago en janvier 2022 (dossier Vaudoise, pièce 50). Faisant suite à l'opposition déposée par l'assuré contre la décision mettant fin aux prestations d'assurance, dans un rapport du 27 janvier 2023, ce même médecin précisait que 20% de la population présentaient des fissures annulaires à l'âge de vingt, ce chiffre augmentant avec l'âge, de sorte que ces pathologies étaient généralement identifiées chez des individus asymptomatiques lors d'imagerie liée à d'autres raisons. Il précisait en outre que l'association entre les douleurs lombaires et les fissures dégénératives du disque intervertébral étaient peu claires dans la littérature. Il relevait par ailleurs l'absence d'une hernie discale associée ainsi que l'absence d'atteinte neurologique objectivable, soulignant à cet égard un examen clinique plutôt rassurant. Il constatait enfin une modification des

plaintes selon le spécialiste consulté et relevait que l'un d'entre eux, neurochirurgien, s'étonnait d'une discordance entre des plaintes à gauche alors que la déchirure était visible du côté droit (dossier Vaudoise, pièce 70). A la même époque, le Dr F. _____, spécialiste en neurochirurgie, indiquait que son patient décrivait des douleurs lombaires en barre irradiant vers le genou gauche, à la face externe du mollet jusque dans le pied gauche où le patient a ressenti des paresthésies. Ce médecin relevait que « l'importance des plaintes contrast[ait] avec un examen neurologique rassurant, sans syndrome lombo vertébral, sans syndrome radiculaire irritatif ou déficitaire ». Il soulignait en outre que si l'IRM montrait une rupture annulaire en L5-S1, celle-ci était du côté droit « soit du côté opposé aux douleurs du patient » et concluait que la corrélation radiologico-clinique lui paraissait mauvaise (rapport du 4 juillet 2022; dossier Vaudoise, pièce 43). Pour sa part, la Dre G. _____, spécialiste en neurologie, retenait les diagnostics de lombalgies chroniques en voie d'amélioration, sans indice en faveur d'une atteinte des structures nerveuses, ainsi que de troubles sensitifs légers, non syndromiques. Elle relevait un status neurologique superposable à celui de juillet 2022, sans signe d'éventuelle atteinte radiculaire ou d'indices objectifs en faveur d'une polyneuropathie. Elle concluait que son examen ne révélait, en résumé, pas de dysfonction nerveuse objectivable (rapport du 17 novembre 2022; dossier Vaudoise, pièce 61). Le Dr H. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin praticien, attestait d'une incapacité de travail totale. Il faisait état d'inquiétudes en lien avec le dos de son patient, retenant le diagnostic de « lombalgies sur déchirure annulus post. L5-S1 d'évolution lente » (rapport du 19 juin 2022; dossier Vaudoise, pièce 39). Dans un rapport du 26 août 2022, il soulignait que son patient se plaignait de douleurs au dos, au genou gauche et à la jambe gauche qui étaient en lien avec le choc dans le bus. Il estimait que son patient était limité dans le port de charge, dans les positions, l'usage des bras au niveau des épaules, la position statique (debout ou assise) ainsi que les déplacements sur plus de 500 mètres (dossier Vaudoise, pièce 59; cf. ég. pièce 69). 5.2. A l'appui de sa demande de révision, le recourant a produit les conclusions du Dr E. _____, spécialiste en neurochirurgie. Dans un rapport du 7 décembre 2023, ce médecin relève la mécanique de l'accident, laquelle comprend une accélération vers l'avant du haut du corps avec un blocage (immobilisation) simultané du bassin. Selon lui, ce mécanisme a entraîné une traction (contrainte de cisaillement) sur le disque intervertébral le plus bas qui correspond aux symptômes. Il a comparé ce mécanisme aux résultats des IRM de la colonne lombaire du 25 avril 2022 et du 7 décembre 2023. S'agissant de la première, il observe une rupture de l'anneau qui se situe sur la droite et correspondant bien aux douleurs du patient. Quant à la seconde, il estime qu'elle montre toujours la rupture de l'anneau sur le côté droit du disque intervertébral LS/S1, laquelle semble s'être légèrement réduite. Il en conclut que la lésion de l'anneau du disque intervertébral L5/S1 a été faite par cisaillement (dossier Vaudoise, pièce 72).

Tribunal cantonal TC Page 8 de 9 Dans ses deux autres rapports du 17 mai 2024, le Dr E. _____ indique que l'accident a causé une « Anulusruptur L5/S1 à droite, S33.15 (= l'anneau du disque L5/S1 était ouvert/lésionné)" ainsi qu'une "distorsion de l'articulation sacroiliaque à droite, S33.6 (=forte traction et petite fissure dans l'articulation entre le sacrum et le bassin/sacroiliaque) ». Il renvoie à cet égard aux images de l'IRM du 25 avril 2022 ainsi qu'aux symptômes, lesquels sont « en très bonne corrélation et supporte[nt] une lésion traumatique ». Selon lui, le Dr D. _____ « n'a pas complètement analysé les images [et] les symptômes » (cf. pièces 82, 83 et 85). Les différents rapports du Dr E. _____ ne sauraient être considérés comme des moyens de preuve nouveaux. Ce

médecin se fonde essentiellement sur la mécanique accidentelle, laquelle était déjà connue à l'époque de la précédente décision, et sur deux IRM de 2022 et 2024 qu'il souligne montrer les mêmes atteintes au disque intervertébral. Il n'a, en outre, pas procédé à un examen que ses prédécesseurs, en particulier les Drs D. _____, F. _____ et G. _____, auraient omis de faire et qui aurait permis de découvrir des faits ou moyens de preuve véritablement nouveaux. Ce médecin ne met par conséquent nullement en lumière de tels nouveaux éléments qui auraient été ignorés au moment de la décision du 21 juin 2024, mais se réfère au contraire à des examens radiologiques et cliniques déjà réalisés par ses prédécesseurs. Il se contente de livrer une appréciation différente de ses prédécesseurs. Or, pour reconnaître la présence d'un motif de révision procédurale au sens de l'art. 53 LPGA, il ne suffit pas qu'un rapport médical évalue les faits différemment ; il faut plutôt de nouveaux éléments de nature factuelle qui font apparaître les bases de la décision comme objectivement insuffisantes (cf. ci-dessus, consid. 3). Le nouveau moyen de preuve ne doit pas servir à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers ; il faut bien plutôt des éléments de fait nouveaux, dont il résulte que les bases de la décision entreprise comportaient des défauts objectifs. En l'occurrence, le Dr E. _____ n'affirme de facto pas que le Dr D. _____ n'a pas pris en compte des moyens de preuves. Se fondant au contraire sur les mêmes éléments que lui - IRM, examen clinique, plaintes du patient -, il reproche uniquement au médecin-conseil de ne pas aboutir à la même conclusion que lui. Il ne met, cela étant, pas non plus en cause les éléments soulignés par les F. _____ et G. _____ et qui allaient dans le sens du médecin-conseil. Dans ces conditions, le recourant échoue également à démontrer la présence d'une insuffisance dans la base probatoire antérieure. 5.3. Compte tenu de ce qui précède, c'est à juste titre que l'autorité intimée a nié la présence d'un motif de révision procédurale. 6. Sort du recours Compte tenu de l'ensemble de ce qui précède, la recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition du 21 juin 2024 confirmée.

Tribunal cantonal TC Page 9 de 9 Compte tenu du principe de gratuité applicable en procédure (art. 61 let. fbis LPGA), il n'est pas perçu de frais de procédure. Compte tenu du rejet du recours, il n'est pas octroyé de dépens. la Cour arrête : I. Le recours est rejeté. II. Il n'est pas perçu de frais de procédure ni octroyé de dépens. III. 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 17 février 2026/pte Le Président La Greffière

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