

# FR\_GERICHTE 605 2013 166 vom 19. November 2015

FR Kantonsgericht, 2015-11-19, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_605\\_2013\\_166](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2013_166)

FR: FR\_GERICHTE 605 2013 166 du 19 novembre 2015

IT: FR\_GERICHTE 605 2013 166 del 19 novembre 2015

## Regeste

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

## Erwägungen

### E. 15

avril 2012. Non contestée, cette décision est entrée en force. B. Le 1er octobre 2012, alors que A. \_\_\_\_\_ portait des verres à balcon avec un de ses employés, il a pressenti que son bras gauche "lâchait", par manque de force, et il a tenté d'éviter que la charge ne tombât au sol en la reprenant contre lui. Maladroite, sa manœuvre l'a déséquilibré et il a chuté de sa hauteur sur l'échafaudage. A cette occasion, il a ressenti des douleurs au dos et son genou gauche a heurté le balcon. Le 6 décembre 2012, le Dr F. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale, a diagnostiqué des lombalgies et des contusions au genou droit. Il a estimé que l'assuré pourrait reprendre son travail, à 100 %, à compter du 1er janvier 2013. Le 31 décembre 2012, le Dr F. \_\_\_\_\_ a confirmé que le traitement médical avait pris fin. Le 9 janvier 2013 et le 25 février 2013, la SUVA a demandé au Dr F. \_\_\_\_\_, respectivement au Dr C. \_\_\_\_\_, de lui remettre tout élément d'ordre médical pouvant justifier une incapacité de travail en lien avec l'accident du 1er octobre 2012 toujours en cours. Le Dr F. \_\_\_\_\_ n'a pas répondu au courrier, tandis que le médecin traitant a indiqué le 25 mars 2013 qu'il avait mis un terme au suivi de l'assuré, en raison de ses nombreuses absences aux rendez-vous convenus. Le Dr C. \_\_\_\_\_ a par ailleurs relevé qu'il avait diagnostiqué le 30 janvier 2013 des dorsalgies modérément invalidantes (tensions musculaires au niveau du muscle longissimus thoracis entre D5 et D7), sans incapacité de travail. Le 13 février 2013, l'assuré a précisé qu'il avait cessé les séances de physiothérapie prescrites par le Dr F. \_\_\_\_\_ fin 2012 et qu'il avait repris le 7 janvier 2013 son travail à temps partiel (30-35 %), malgré des douleurs dans le haut du dos et à l'épaule gauche. Au genou, il ne subsistait en revanche que quelques craquements et mouvements de flexion.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 8 Sur le plan économique, l'assuré a adressé le 27 décembre 2012 à la SUVA ses décomptes de salaire de l'année 2012, lesquels font état d'une activité lucrative exercée à 30 %. Puis, le 14 février 2013, la secrétaire de la société B. \_\_\_\_\_ SA a produit à la SUVA un extrait bancaire attestant d'un versement de CHF 15'000.- le 15 août 2012 sur le compte de l'assuré, correspondant selon ses dires à son salaire du mois d'août (CHF 11'241.64) et à une avance sur son salaire du mois de septembre (CHF 3'758.56 [recte : CHF 3'758.36]). Le 11 avril 2013, prétextant une erreur préalable dans la comptabilité, l'assuré a produit à la SUVA de nouveaux décomptes de son salaire, pour les mois de juin 2012 à septembre 2012, attestant d'une activité lucrative exercée à 100 % pour le compte de sa société (contre 30 % précédemment). Le 7 décembre 2013, la SUVA a dépêché un réviseur pour contrôler la comptabilité de la société B. \_\_\_\_\_ SA. Ce spécialiste a constaté des divergences entre les fiches de paie des

employés et les comptes salaires par employé pour l'année 2011. Il a en outre estimé que la comptabilité financière n'était pas probante (absence de pièces justificatives notamment). Par décision du 22 avril 2013, frappée le 8 mai 2013 d'une opposition, la SUVA a mis un terme aux prestations d'assurance avec effet au soir du 30 décembre 2012, au motif que les plaintes de l'assuré n'étaient plus en lien de causalité avec l'accident. Par décision du 22 mai 2013, la SUVA a considéré qu'elle avait payé la somme de CHF 48'281.10 (accident du 11 septembre 2011) au lieu de CHF 32'574.65, en raison d'indications erronées de l'assuré, soit une différence en sa faveur de CHF 15'706.45. Elle a ensuite porté en déduction de ce montant le montant dû à l'assuré, par CHF 7'524.- (accident du 1er octobre 2012), et a réclamé le solde (CHF 8'182.45). Le 27 juin 2013, l'assuré s'est opposé à cette décision. Par décision sur opposition du 4 juillet 2013 concernant les décisions des 24 avril 2013 (recte : 22 avril 2013) et 22 mai 2013, la SUVA a refusé d'entrer en matière sur l'opposition tardive du 27 juin 2013 contre la décision du 22 mai 2013, d'une part, et a entièrement maintenu sa décision du 22 avril 2013, d'autre part. C. Le 30 août 2013, représenté par Me Julien Lanfranconi, avocat, l'assuré a déposé un recours contre la décision du 4 juillet 2013 dont il demande l'annulation et le maintien du versement des prestations d'assurance à compter du 7 janvier 2013. Il affirme avoir travaillé à plein temps avant l'accident du 1er octobre 2012, réalisant ainsi des revenus supérieurs à ceux retenus par la SUVA, et maintient qu'il n'est pas en mesure d'augmenter son taux d'activité en raison des séquelles de cet accident, ce que le médecin d'arrondissement de la SUVA aurait confirmé s'il l'avait ausculté. Le 17 octobre 2013, la SUVA, représentée par Me Pierre-Henri Gapany, avocat, a déposé sa réponse et conclut au rejet du recours. Le 10 janvier 2014, Me Julien Lanfranconi a annoncé qu'il ne représentait plus les intérêts du recourant. Malgré la possibilité qui lui a été donnée, le recourant ne s'est pas exprimé une nouvelle fois dans le délai imparti. Les autres faits et arguments de la cause seront abordés, si nécessaire, dans les considérants en droit qui suivent.

Tribunal cantonal TC Page 4 de 8 en droit 1. Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par un assuré directement touché par la décision sur opposition attaquée, le recours est recevable. 2. a) Selon l'art. 6 al. 1 de la loi 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. Aux termes de l'art. 4 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 LAA, 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. b) Le droit aux prestations suppose d'abord entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé: il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question 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 (ATF 129 V

177 consid. 3.1 ). Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références). Selon la jurisprudence, 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 avec cet accident (raisonnement "post hoc, ergo propter hoc"; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb et les références). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'évènement assuré. De plus, si le rapport de causalité avec l'accident est établi avec la vraisemblance requise, l'assureur n'est délié de son obligation d'octroyer des prestations que si l'accident ne constitue plus la cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé, c'est-à-dire si ce dernier repose seulement et exclusivement sur des facteurs étrangers à l'accident. C'est le cas soit lorsqu'est atteint l'état de santé (maladif) tel qu'il se présentait directement avant l'accident (statu quo ante), soit lorsqu'est atteint l'état de santé, tel qu'il serait survenu tôt ou tard, indépendamment de l'accident, selon l'évolution d'un état maladif antérieur (statu quo sine). L'administration et, le cas échéant, le juge tranchent la question de la rupture du lien de causalité en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante. La simple possibilité de cette rupture ne suffit pas (RAMA 1994 p. 326 consid. 3b et les références). On rappellera en outre que, dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit

Tribunal cantonal TC Page 5 de 8 (RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2, et la référence citée) entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans les limites du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2; 117 V 261 consid. 3b). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé (arrêt TF 8C\_463/2009 du 23 novembre 2009 consid. 3). c) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose encore 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 générale 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 façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et les références). En tant que principe répondant à la nécessité de fixer une limite raisonnable à la responsabilité de l'assureur-accidents social, la causalité adéquate n'a pratiquement aucune incidence en présence d'une atteinte à la santé physique en relation de causalité naturelle avec l'accident, du moment que dans ce cas l'assureur répond aussi des atteintes qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références). 3. Le recourant reproche tout d'abord à l'intimée d'avoir déclaré irrecevable pour tardiveté l'opposition du 27 juin 2013 qu'il a déposée contre la décision du 22 mai 2013. Il estime que le délai d'opposition avait été prolongé par courrier du 13 juin 2013 et que, si tel ne devait pas être le cas, son conseil à qui la décision avait été notifiée n'était pas mandaté pour le représenter dans cette affaire. Le délai de recours ne pouvait dès lors débiter que sept jours après la notification à son conseil, soit à l'issue du délai de garde. a) Litigieuse est le respect du délai légal d'opposition (art. 52 al. 1 LPGA, ainsi que les art. 38 al. 1 et 40 al. 1 LPGA). aa) Selon un

principe général du droit exprimé à l'art. 49 al. 3 3ème phrase LPGA, une notification irrégulière ne peut entraîner aucun préjudice pour la personne concernée. Ce principe est une émanation du droit à la protection de la bonne foi, qui permet au justiciable de se fier aux indications, même erronées, données par l'autorité, à condition d'avoir lui-même une attitude conforme à la bonne foi (cf. art. 5 al. 3 et art. 9 Cst.; ATF 138 I 49 consid. 8.3.2, ATF 134 I 199 consid. 1.3.1 et les références). A cet égard, chacun sait que les décisions deviennent définitives si elles ne sont pas attaquées dans un certain délai (ATF 119 IV 330 consid. 1c). Cela signifie notamment qu'une décision, fût-elle notifiée de manière irrégulière, peut entrer en force si elle n'est pas contestée dans un délai raisonnable (arrêt TF 8C\_557/2009 du 28 août 2009 consid. 3). Il appartient donc au destinataire de se renseigner auprès d'un avocat ou de l'autorité qui a rendu l'acte sur la nature exacte de l'acte, les voies de droit ouvertes et d'agir sans délai dès qu'il dispose à cet effet des informations utiles. S'il n'agit pas de la sorte, alors qu'on peut l'exiger de lui, l'assuré ne peut plus, par la suite, invoquer la protection de l'art. 49 al. 3 LPGA. Sur la période considérée, la Cour observe que le recourant s'attendait à recevoir une décision sur le montant des prestations réclamées, puisqu'il l'avait requise par la plume d'un avocat le 8 mai 2013. Puis, le 23 mai 2013 (cf. suivi des envois n° ggg; dossier SUVA, pièce n° 60), le conseil du recourant a reçu un acte portant la dénomination "décision", notifié par courrier recommandé, indiquant que "la présente décision passera en force si elle n'est pas attaquée par voie

Tribunal cantonal TC Page 6 de 8 d'opposition dans les 30 jours à compter de sa notification" et fixant le montant des prestations indûment touchées. Il était donc extrêmement aisé pour le recourant, assisté d'un avocat, d'obtenir les informations utiles à définir la nature de la décision du 22 mai 2013 et les moyens de la contester. Dans ces circonstances, le recourant ne pouvait ignorer que, notifiée le 23 mai 2013 à son conseil, qui avait requis ce prononcé, cette décision était susceptible d'être attaquée jusqu'au lundi 24 juin 2013 au plus tard. Déposée le 27 juin 2013, l'opposition était tardive. A cet égard, la constatation de l'autorité intimée ne prête pas le flanc à la critique. bb) A l'appui d'une argumentation subsidiaire, le recourant relève que l'autorité intimée a accusé réception le 13 juin 2013 de son opposition du 8 mai 2013 (contre la décision du 22 avril 2013) et lui a signalé, à cette occasion, qu'elle lui accorderait ultérieurement un délai pour la motiver. Puis, par courrier du 13 juin 2013, elle a fixé ce délai au 28 juin 2013. En procédant de la sorte, l'autorité intimée aurait créé l'apparence qu'il pouvait également déposer une opposition contre la décision du 22 mai 2013 dans ce délai prolongé. Il demande dès lors à être mis au bénéfice de la garantie offerte. Ce moyen est d'emblée infondé. Le courrier du 13 juin 2013 mentionne expressément qu'il se rapporte à la seule correspondance du 15 mai 2013 et il ne fait aucun doute, à sa lecture, que le délai fixé au 28 juin 2013 porte exclusivement sur la motivation de l'opposition du 8 mai 2013. Au demeurant, tout avocat est censé savoir que l'autorité intimée ne peut prolonger un délai légal (art. 40 al. 1 LPGA) et que tout assuré doit déposer une opposition dans le délai légal de trente jours (art. 52 al. 1 LPGA ; cf. arrêt TF I 158/05 du 2 juin 2006 consid. 3.2). cc) Au vu de ce qui précède, les différents moyens du recourant sont rejetés. b) Enfin, les conditions d'une restitution du délai pour former une opposition ne sont pas invoquées ni rendues vraisemblables. 4. Le litige porte ensuite sur le droit éventuel du recourant à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 31 décembre 2012. Ce dernier reproche à l'autorité intimée de ne pas l'avoir fait examiner par le médecin d'arrondissement, comme elle s'y était engagée le 13 février 2013. L'autorité intimée a supprimé le droit aux prestations d'assurance à partir du 31 décembre 2012, motif pris qu'il existait un état pathologique antérieur et qu'à cette date,

l'accident ne jouait plus de rôle dans la persistance des troubles. Elle s'est fondée pour cela sur les conclusions du Dr F. \_\_\_\_\_ (certificats des 6 et 31 décembre 2012) et du Dr C. \_\_\_\_\_ (certificat du 25 février 2013). Le Dr F. \_\_\_\_\_ a en particulier indiqué que l'assuré pouvait reprendre son travail, à 100 %, à compter du 1er janvier 2013 et il a confirmé la fin du traitement médical au 31 décembre 2012. Pour sa part, le 30 janvier 2013, le Dr C. \_\_\_\_\_ a diagnostiqué uniquement des dorsalgies modérément invalidantes (probables tensions musculaires au niveau du muscle longissimus thoracis entre D5 et D7), sans aucun effet sur la capacité de travail de son patient. Enfin, le recourant n'invoque aucun autre argument d'ordre médical de nature à remettre en cause ces diagnostics. Le certificat médical du 27 juillet 2013 du Dr H. \_\_\_\_\_, médecin sans spécialité, est particulièrement sommaire et il a de surcroît pris soin, le 2 septembre 2013, de préciser à la SUVA qu'il n'avait aucun élément lui permettant de se prononcer sur la problématique résiduelle de l'épaule gauche. Au reste, à la lecture de la description de l'accident, le choc n'a pas été particulièrement violent, les médecins traitants n'ont pas objectivé des lésions graves ou d'une nature particulière, le recourant ne fait pas état de douleurs d'une intensité particulière et le traitement médical a consisté, pour l'essentiel, en un traitement antalgique et conservateur, sous la forme de séances de physiothérapie. En pareilles circonstances, la Cour retient que le dossier

Tribunal cantonal TC Page 7 de 8 médical ne renferme par conséquent aucun indice laissant soupçonner la présence d'une affection psychique ou somatique susceptible d'entraver la capacité de travail du recourant après le 30 décembre 2012 et présentant un lien de causalité avec l'accident du 1er octobre 2012. Cela suffit pour exclure, dès le 31 décembre 2012, un droit aux prestations pour les troubles en question. Ainsi, contrairement à l'opinion que défend le recourant, l'autorité intimée pouvait se prononcer sans instruction complémentaire. Le grief est infondé. 5. Dans un dernier moyen, le recourant affirme qu'il a travaillé de juin à septembre 2012, à 100 %, et qu'il aurait continué à travailler à plein temps sans l'accident du 1er octobre 2012. Les prestations allouées auraient en conséquence dû être comptées sur un plein temps et non sur un 30 %. Cette affirmation ne repose sur aucun élément probant versé au dossier. Les décomptes de salaire des mois de juin à septembre 2012, mentionnant un taux d'activité de 100 %, ne présentent aucune garantie d'authenticité. Au contraire, ils sont contraires aux pièces du dossier. Ainsi, le Dr C. \_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré l'avait consulté le 19 septembre 2012 pour un syndrome lombo-radiculaire irritatif non-déficitaire et pour lequel il a attesté une incapacité de travail du 19 septembre 2012 au 1er octobre 2012. De même, le recourant a établi, par pièce bancaire, le versement le 15 août 2012 d'un montant de CHF 15'000.- sur son compte bancaire (selon ses dires: CHF 11'241.64 pour le salaire d'août 2012 et CHF 3'758.36 comme avance pour le salaire de septembre 2012). Or les décomptes d'août 2012 et de septembre 2012 ne font aucunement mention de cette avance. Il faut également rappeler que le recourant avait antérieurement produit d'autres décomptes (janvier à novembre 2012), mentionnant un taux d'activité de 30 %. Enfin, l'autorité intimée a mis en évidence, lors de l'analyse de la comptabilité de l'entreprise du recourant, que le paiement des salaires se faisait directement depuis la caisse de l'entreprise et qu'il n'existait aucune pièce justificative. Concernant en particulier les fiches de paie, elles ont été communiquées verbalement par l'assuré à sa fiduciaire, laquelle a résilié son mandat. Il s'ensuit qu'il n'est aucunement établi, avec un degré de vraisemblance suffisant, que le recourant a travaillé à 100 % durant les mois de juin à septembre 2012, que le versement de CHF 15'000.- était en lien avec son salaire du mois d'août 2012 ou qu'il aurait continué à travailler à plein temps

s'il n'avait pas été accidenté début octobre 2012. Dans ces circonstances, l'autorité intimée pouvait retenir que les premiers documents produits - auxquels il sied d'accorder, à l'instar des déclarations de la première heure, un caractère plus objectif et plus fiable qu'à ceux produits par la suite (cf. notamment arrêts TF 8C\_492/2014 du 8 septembre 2015 consid. 3.3; 8C\_568/2011 du 4 mai 2012 consid. 4 et les références) - attestant d'une activité à 30 %, étaient plus probants que les suivants, ce d'autant plus que le recourant affirme avoir travaillé à 30 % avant le mois de juin 2012. 6. Au vu de l'ensemble des considérants qui précèdent, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. Il n'est pas perçu de frais de justice, en application du principe de la gratuité de la procédure valant en la matière. Il ne sera pas alloué de dépens, l'autorité intimée étant chargée de tâches de droit public.

Tribunal cantonal TC Page 8 de 8 la Cour arrête: I. Le recours est rejeté. II. Il n'est pas perçu de frais de justice. III. Il n'est pas alloué de dépens. IV. Communication. 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 19 novembre 2015/obl Présidente Greffier-stagiaire

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