

# FR\_GERICHTE 605 2013 18 vom 24. Februar 2015

FR Kantonsgericht, 2015-02-24, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_605\\_2013\\_18](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2013_18)

FR: FR\_GERICHTE 605 2013 18 du 24 février 2015

IT: FR\_GERICHTE 605 2013 18 del 24 febbraio 2015

## Regeste

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

## Erwägungen

### E. 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 et dûment représenté, le recours est recevable.

### E. 2

a) En vertu de l'art. 6 al. 1 de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA; RS 832.20), si la présente loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Selon l'art. 4 de la loi fédérale 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 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 entraîne la mort. b) Dans le catalogue des prestations de l'assurance-accidents figurent notamment le droit au traitement médical. A teneur de l'art. 10 al. 1 let. a LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir au traitement ambulatoire dispensé par le médecin, le dentiste ou, sur leur prescription, par le personnel paramédical ainsi que, par la suite, par le chiropraticien.

Tribunal cantonal TC Page 4 de 7 Conformément à l'art. 19 al. 1 LAA, le droit au traitement médical cesse dès la naissance du droit à la rente (2ème phr.), à savoir 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 (1ère phr.). Toutefois, aux termes de l'art. 21 al. 1 LAA, (même) lorsque la rente a été fixée, les prestations pour soins et remboursement de frais sont (encore) accordées à son bénéficiaire dans (notamment) les cas suivants: b. lorsqu'il souffre d'une rechute ou de séquelles tardives et que des mesures médicales amélioreraient notablement sa capacité de gain ou empêcheraient une notable diminution de celle-ci; c. lorsqu'il a besoin de manière durable d'un traitement et de soins pour conserver sa capacité résiduelle de gain; d. lorsqu'il présente une incapacité de gain et que des mesures médicales amélioreraient notablement son état de santé ou empêcheraient que celui-ci ne subisse une notable détérioration. Enfin, l'art. 54 LAA, qui fixe les limites du traitement, dispose que, lorsqu'ils soignent des assurés, leur prescrivent ou leur fournissent des médicaments, prescrivent ou appliquent un traitement ou font des analyses, ceux qui pratiquent aux frais de l'assurance-accidents doivent se limiter à ce qui est exigé par le but du traitement. c) En matière d'appréciation 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. Il ne peut écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante. Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (Tribunal fédéral, arrêt non publié 8C\_456/2010 du 19.04.2011 consid. 3 et la référence citée).

### E. 3

Est seule litigieuse, en l'espèce, la question de savoir si l'assuré continuait d'avoir droit à la prise en charge, par son assureur-accidents, de son traitement d'ergothérapie au-delà du 31 août 2012. a) Il n'est ni contesté ni contestable que, suite aux événements accidentels dont il a été victime en 2005 et 2006, l'assuré a développé à sa cheville gauche un syndrome locorégional douloureux complexe, appelé également complex regional pain syndrom (CRPS), syndrome de Südeck ou algoneurodystrophie (cf. not. appréciation médicale du 17 décembre 2012 du Dr E. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie ainsi qu'en médecine physique et réadaptation; rapport du 4 juillet 2012 de l'ergothérapeute F. \_\_\_\_\_; rapport du 29 juin 2010 du Dr G. \_\_\_\_\_ et du Dr H. \_\_\_\_\_, spécialistes FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur; rapport du 24 août 2009 du Dr I. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en

Tribunal cantonal TC Page 5 de 7 rhumatologie ainsi qu'en médecine physique et réadaptation; rapport du 15 juillet 2009 du Dr J. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur ainsi qu'en médecine physique et réadaptation; rapport du 2 avril 2009 du Dr K. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie [dossiers CNA no 1.37272.05.9, pièces 346, 336, 267 et 157 et no 16.38023.09.8, pièces 9 et 19]). Il ressort en outre du dossier médical que l'assuré présentait les symptômes d'un CRPS à la cheville droite également (cf. not. prescription de rééducation sensitive du 13 novembre 2009 du Dr L. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, dossier CNA no 16.38023.09.8, pièce 30). Enfin, il s'avère que l'assuré s'est plaint de lombalgies en relation avec une importante boiterie d'appui de son membre inférieur gauche, lombalgies dont il a annoncé une recrudescence depuis l'événement accidentel de 2009 et qui ont été plus précisément diagnostiquées comme étant un syndrome vertébral lombaire (cf. not. rapport précité du Dr I. \_\_\_\_\_). b) Cela étant, pour rendre sa décision du 18 décembre 2012, confirmée sur opposition le 18 janvier 2013, l'autorité intimée s'est principalement basée sur l'avis de son médecin d'arrondissement, le Dr E. \_\_\_\_\_, qui, dans son appréciation médicale du 17 décembre 2012, expose ce qui suit: "On peut donc considérer que le suivi par le Centre de Rééducation Sensitive de D. \_\_\_\_\_ qui a été mis en place dès novembre 2009 et s'est poursuivi jusqu'à l'automne 2012 (le 20.11.2012, on aurait atteint les trois ans de traitement continu pour un CRPS chronique de la cheville) a donné de bons résultats. Le suivi de ce type de pathologie de l'appareil locomoteur peut être long certes, mais il n'y a toutefois

aucune évidence pour penser qu'une prise en charge de désensibilisation sur une aussi longue période de temps de presque 3 années puisse être l'unique solution pour régler le problème des douleurs et de la mobilité articulaire d'un patient atteint de CRPS. Nous sommes d'avis que l'assuré a largement bénéficié d'une prise en charge de rééducation sensitive à D. \_\_\_\_\_, que celle-ci était de haut niveau et qu'elle a conduit à une amélioration substantielle de la symptomatologie douloureuse, mais nous sommes également d'avis que les stratégies mise[s] en place peuvent être actuellement poursuivies par l'assuré lui-même, sans forcément avoir recours à des séances organisées. L'assuré reste toutefois parfaitement libre de poursuivre les séances à titre personnel s'il le souhaite, mais nous estimons que l'implication de la SUVA dans cette prise en charge a déjà été de très longue durée" (dossier CNA no 1.37272.05.9, pièce 346). La Cour de céans se rallie à cet avis médical dont la valeur probante n'est en soi pas contestée, à juste titre, par le recourant. En effet, ce dernier allègue pour l'essentiel ne pas comprendre pourquoi le Dr E. \_\_\_\_\_, "conscient de la complexité des atteintes subies", conclut à l'arrêt de la prise en charge du traitement "sous un prétexte mal fondé" sans ordonner d'enquête médicale approfondie destinée à vérifier la nécessité de la poursuite dudit traitement (cf. mémoire de recours, p. 11). Il ne produit cependant aucune pièce médicale qui laisserait subsister un doute sur la fiabilité et la pertinence de l'appréciation du médecin d'arrondissement précité. En outre, on relèvera que ce dernier s'est basé sur l'ensemble du dossier médical dont font notamment partie les rapports de spécialistes en diverses disciplines médicales (rhumatologie, médecine physique et réadaptation, chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, neurologie et ergothérapie) ayant examiné l'assuré. Ses conclusions rejoignent d'ailleurs celles du Dr J. \_\_\_\_\_ (cf. rapport du 15 juillet 2009 précité) qui constatait déjà

Tribunal cantonal TC Page 6 de 7 l'absence d'impact de l'ergothérapie pratiquée lors d'un séjour qu'a effectué l'assuré à M. \_\_\_\_\_ en 2009, de même que celles du Dr L. \_\_\_\_\_ (cf. rapport du 2 mars 2012, dossier CNA no 1.374272.05.9, pièce 318) qui, au début février 2012, observait une exacerbation des douleurs chez son patient. Dans ces circonstances, il n'y a pas lieu de mettre en œuvre – comme requis par l'assuré dans les conclusions subsidiaires de son recours – des mesures d'instruction complémentaires sur le plan médical. c) Il résulte des faits médicaux documentés ci-dessus, et de l'absence d'élément pertinent permettant de les remettre en cause, que lorsque l'autorité intimée a rendu sa décision du 18 décembre 2012, confirmée sur opposition le 18 janvier 2013, l'assuré ne remplissait pas (ou plus) les conditions de prise en charge de son traitement d'ergothérapie. En effet, à la lumière de l'art. 21 al. 1 LAA – applicable en l'espèce puisque le droit à la rente a déjà été fixé par décision du 21 décembre 2011 –, rien au dossier ne démontre, ni même ne rend vraisemblable, que la continuation du traitement d'ergothérapie aurait permis à l'assuré d'améliorer notablement son état de santé ou sa capacité de gain, aurait empêché une notable détérioration de celui-là ou diminution de celle-ci, ou encore aurait été durablement nécessaire à conserver sa capacité résiduelle de gain au-delà du 31 août 2012. Bien au contraire, il faut reconnaître que, quand bien même le traitement d'ergothérapie suivi par l'assuré depuis novembre 2009 auprès de la Clinique avait dans un premier temps conduit à une amélioration substantielle de la symptomatologie douloureuse, il avait cependant atteint ses limites près de trois ans plus tard, conformément à l'art. 54 LAA. Il s'ensuit que c'est à juste titre que la CNA a refusé de prendre en charge les frais de traitement d'ergothérapie dont il est ici question au-delà du 31 août 2012.

#### **E. 4**

Partant, le recours du 19 février 2013, mal fondé, doit être rejeté, et la décision sur opposition du 18 janvier 2013 confirmée. En application du principe de la gratuité de la procédure valant en la matière (cf. art. 61 let. a LPGA), il n'est pas perçu de frais de justice. Il n'est pas alloué de dépens à l'autorité intimée, chargée de tâches de droit public (cf. Tribunal fédéral, arrêts non publiés 8C\_552/2009 du 08.04.2010 consid. 6, 9C\_312/2008 du 24.11.2008 consid. 8 et la référence citée).

Tribunal cantonal TC Page 7 de 7 la Cour arrête: I. Le recours est rejeté. II. Il n'est pas perçu de frais de justice. III. Il n'est alloué aucune indemnité de partie. 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 24 février 2015/avi Présidente Greffier-rapporteur

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