

FR_GERICHTE 605 2015 100 vom 11. August 2016

FR Kantonsgericht, 2016-08-11, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2015_100

FR: FR_GERICHTE 605 2015 100 du 11 août 2016

IT: FR_GERICHTE 605 2015 100 del 11 agosto 2016

Regeste

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

Erwägungen

E. 1

Le recours, interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière, est recevable, le recourant, dûment représenté, étant en outre directement atteint par la décision querellée et ayant dès lors un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit, cas échéant, annulée ou modifiée.

E. 2

a) En vertu de l'art. 6 al. 1 LAA, 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. b) Les prestations d'assurance sont également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 21 al. 3 1^e phrase LAA; art. 11 de l'ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents [OLAA; RS 832.202]). D'après la jurisprudence, il y a rechute lorsqu'une atteinte présumée guérie récidive, de sorte qu'elle conduit à un traitement médical ou à une incapacité de travail. En revanche, on parle de séquelles ou de suites tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 138 consid. 3a, 118 V 296 consid. 2c et les références). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 296 consid. 2c et les références; RAMA 1994 n° U 206 p. 327 consid. 2).

E. 3

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré.

Tribunal cantonal TC Page 4 de 8 La condition du lien de causalité naturelle est remplie 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 (ATF 129 V 181 consid. 3.1; 129 V 406 consid. 4.3.1; 119 V 337 consid. 1; 118 V 289 consid. 1b et les références). Pour sa part, la condition du lien de causalité adéquate est remplie 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 117 V 359 consid. 5a; 117 V 369 consid. 4a et les références citées). 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 cette dernière 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 (status 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 (status 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).

E. 4

a) Dans le catalogue des prestations de l'assurance-accidents figure notamment le droit au traitement médical. L'assuré peut aussi y prétendre en cas de rechute ou de séquelle tardive (arrêt TF 8C_1023/2008 du 1er décembre 2009 consid. 5.3). Ses conditions d'octroi diffèrent selon que l'assuré est ou n'est pas au bénéfice d'une rente (ATF 116 V 41 consid. 3b). b) Lorsque le droit à la rente a été fixé, les prestations pour soins et remboursement de frais (art. 10 à 13 LAA) sont accordées à son bénéficiaire aux conditions énumérées à l'art. 21 al. 1 LAA, par exemple lorsque l'assuré 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 (let. b). Partant, l'assuré qui ne perçoit pas une rente LAA ne peut pas prétendre à la prise en charge des frais médicaux selon l'art. 21 LAA (arrêts TF 8C_191/2011 du 16 septembre 2011 et 8C_403/2011 du 11 octobre 2011). Cet article n'est pas non plus applicable lorsque l'assuré n'a pas droit à une rente ou que celle-ci a été supprimée lors d'une révision (arrêts TF U 368/01 du 9 avril 2002; U 12/04 du 28 juillet 2004; 8C_191/2011 du 16 septembre 2011 consid. 5.3 et les références citées). En outre, tant que la décision de rente n'est pas entrée en force, la rente ne peut pas être considérée comme fixée au sens de l'art. 21 al. 1 LAA sauf si le juge appelé à se prononcer sur la décision de rente se prononce également sur les autres aspects du droit aux prestations de l'assuré. A l'exception de ce dernier cas, l'assureur-accidents – et le juge en cas de recours – doit examiner le bien-fondé de la demande de prise en charge de l'opération chirurgicale selon les conditions de l'art. 10 al. 1 LAA (arrêt TF 8C_55/2015 du 12 février 2016 consid. 5). L'annonce d'une rechute ou de séquelles tardives nécessitant un traitement médical demeure réservée. Dans ce cas, l'assureur-accidents accordera les prestations indépendamment des conditions fixées à l'art. 21 LAA (arrêt TF 8C_179/2014 du 16 mars 2015 consid. 4.1). c) Lorsque la rente n'a pas été fixée, conformément à l'art. 10 al. 1 let. a et b LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, notamment au

Tribunal cantonal TC Page 5 de 8 traitement ambulatoire dispensé par le médecin ainsi qu'aux médicaments et analyses ordonnés par celui-ci. Le droit au traitement médical au sens de l'art. 10 al. 1 LAA dure aussi longtemps que sa continuation est susceptible d'apporter une amélioration sensible de l'état de l'assuré et cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 2e phrase LAA a contrario, cité ci-après consid. 5). Il cesse également s'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible

amélioration de l'état de santé de l'assuré et qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération, mais qu'aucune rente n'est allouée parce que l'assuré présente un taux d'invalidité inférieur au seuil de 10 % prévu par l'art. 18 al. 1 LAA (arrêt TF 8C_1023/2008 du 1er décembre 2009 et les références citées). Le droit au traitement s'étend à toutes les mesures qui visent une amélioration de l'état de santé ou à éviter une péjoration de cet état. Il s'agit d'éliminer de la manière la plus complète possible les atteintes à la santé physique ou psychique (arrêt TF 8C_112/2014 du 23 janvier 2015 consid. 2.1). Une amélioration insignifiante n'est pas suffisante. Il n'y a pas d'amélioration sensible de l'état de santé quand la mesure thérapeutique ne fait que soulager momentanément des douleurs occasionnées par un état par ailleurs stationnaire (arrêt TF 8C_179/2014 du 16 mars 2015 consid. 4.1). La preuve que la mesure envisagée est de nature à améliorer l'état de santé doit être établie avec une vraisemblance suffisante; celle-ci est donnée dès que l'on peut admettre que le traitement envisagé ne représente pas seulement une possibilité lointaine d'amélioration (arrêt TF 8C_112/2014 du 23 janvier 2015 consid. 2.1). Il n'est pas nécessaire qu'il soit de nature à rétablir ou à augmenter la capacité de gain (arrêt TF 8C_332/2012 du 18 avril 2013 consid. 1 et les références).

E. 5

a) Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doivent considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4e éd., 1984, p. 136; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2e éd., p. 278 ch. 5). 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, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. 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 126 V 360 consid. 5b; 125 V 195 consid. 2 et les références; ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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 322 consid. 5a). b) 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 (arrêt TF 8C_456/2010 du 19 avril 2011 consid. 3 et la référence citée). 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. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les

Tribunal cantonal TC Page 6 de 8 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 de l'expert soient dûment

motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157). En outre, lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 122 V 157 consid. 1c et les références). A cet égard, il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant dès lors que celui-ci, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). Enfin, l'on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (arrêt TF 9C_201/2007 du 29 janvier 2008).

E. 6

Est en l'espèce litigieux le droit du recourant à obtenir la prise en charge des frais de traitement, consistant en particulier en des séances de physiothérapie. a) Dans son rapport d'expertise du 12 septembre 2014, le Dr D._____ estime que les douleurs ressenties par le recourant consistent en la persistance d'un état inflammatoire faisant suite à l'opération d'octobre 2011. Il indique que malgré cette dernière et la rééducation qui s'en est suivie, l'épaule gauche du recourant gardait toujours quelques limitations d'amplitudes (10° en élévation et en rotation externe) ainsi que des sensations désagréables plus que de franches douleurs. Au jour de l'examen, l'expert fait état de constats identiques. Dans ce contexte, la consultation de décembre 2014 était dictée par une "peur d'aggraver la situation progressivement", ayant des douleurs à la suite de la reprise du volleyball. L'expert souligne enfin qu'il "ne s'agit pas d'une aggravation transitoire et il n'y a donc pas de retour au statu quo ante ou quo sine" (bordereau Allianz, pièce 21). Force est dès lors de constater qu'à dire d'expert, nous ne sommes pas en présence d'une rechute. Objectivement, il apparaît que la situation médicale n'a pas changé entre 2012 et 2014. b) L'absence d'une rechute n'est pas contredite par les autres pièces au dossier. Dans son rapport du 14 mars 2014, le Dr E._____, spécialiste FMH en chirurgie de la main et en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, constate que les douleurs à l'épaule gauche ont été "réactivées". Il souligne que ces douleurs sont dues à la cicatrisation et que la situation n'est pas "tout à fait revenue au statu quo ante" en présence d'une légère limitation en élévation et en rotation externe (bordereau Allianz, pièce 16). En constatant l'absence de statu quo ante, le médecin exclut que l'état de santé de son patient soit jamais revenu au stade où il se trouvait avant l'accident. Pour sa part, le Dr F._____, spécialiste FMH en anesthésiologie, affirme que son patient souffre d'une instabilité "depuis son accident de 2010". Selon lui, "depuis ce moment", son patient souffre de son épaule (dossier médical Allianz, annexe à la pièce 21). c) Il ressort de ce qui précède que les pièces médicales ne font pas état d'une rechute ou d'une séquelle tardive. Force est de constater que l'état de santé du recourant n'a pas évolué de

Tribunal cantonal TC Page 7 de 8 manière significative entre la fin du traitement, en mai 2012, et l'annonce de la rechute, en décembre 2013.

E. 7

En l'absence de rechute ou de séquelle tardive, il convient dès lors d'examiner si l'état de santé du recourant peut être qualifié de stabilisé – ce qui justifierait la fin de la prise en charge des frais de traitement – à tout le moins depuis le mois d'août 2014 comme le prétend l'autorité intimée dans sa décision du 8 octobre 2014. Dans son rapport du 7 octobre 2012, le Dr E. _____ soulignait que le traitement de son patient était terminé, ce qu'il a répété dans son rapport du 14 mars 2014. Il souligne que le traitement occasionnel de physiothérapie vise à maintenir la situation actuelle sans qu'aucune reprise chirurgicale ne soit indiquée. A cet égard, entre 2012 et 2014, force est de constater que le médecin fait état de plaintes identiques, une fonction presque normale du bras gauche et des douleurs dans la région de l'insertion du deltoïde (bordereau Allianz, pièce 16 et 21). Ces rapports permettent de constater que le traitement des troubles allégués par le recourant est terminé depuis 2012. Ils permettent de conclure que, depuis cette date, l'état de santé est stabilisé. L'expert confirme cette conclusion. Dans son expertise, il souligne que la fluctuation de la symptomatologie peut justifier la reprise de séances de physiothérapie, surtout à visée de conseil. Par contre il affirme qu'actuellement, un traitement médical ne permettrait pas une amélioration notable de l'état de santé. Tout au plus, un éventuel traitement de physiothérapie pourrait permettre d'éviter une aggravation transitoire (bordereau Allianz, pièce 21). Enfin, la Cour relève que le recourant a repris son travail à plein temps depuis fin mars 2012 sans interruption jusqu'à ce jour. Sa capacité de travail est entière depuis cette date (cf. bordereau Allianz, pièce 8, 9 et 11). Certes, s'agissant de l'octroi ou du refus de la prise en charge d'un traitement au sens de l'art. 10 al. 1 LAA, il n'est pas nécessaire que le traitement soit de nature à influencer la capacité de gain. Toutefois, la présence d'une capacité de travail entière inchangée durant une longue période tend à confirmer la stabilisation de l'état de santé sur le long terme. En présence d'un état de santé demeuré inchangé et dans la mesure où la continuation du traitement médical ne conduira pas à une sensible amélioration de celui-ci, l'état santé doit être considéré comme stabilisé. Dès lors, c'est à juste titre que l'assureur-accidents a refusé de prester s'agissant de frais médicaux d'espèce.

E. 8

Au demeurant, même s'il devait être constaté la présence d'une rechute ou d'une séquelle tardive, force est de constater que le traitement d'espèce a manifestement pour objectif de permettre au recourant de s'adonner à certains sports de manière plus intensive ou plus confortable. Ainsi, dans son rapport du 7 octobre 2012, le Dr E. _____ soulignait qu'en l'absence d'indication à une reprise chirurgicale, un traitement de physiothérapies occasionnelles pouvait être indiqué selon les "douleurs ressenties après le sport". Ce traitement a justement permis au recourant d'avoir à nouveau la possibilité de reprendre la pratique du volleyball, opportunité qu'il n'a pas (encore) saisie (bordereau Allianz, pièce 16 et 21). Pour sa part, le Dr F. _____ souligne que son patient souffre de son épaule et n'est plus "capable de jouer au volley, son sport habituel", sans préciser ni la nature ni l'objectif d'un traitement. Un traitement ayant pour principal but d'améliorer le confort lors de la pratique d'un sport de loisir ne peut être compris comme ayant pour objectif d'éviter une aggravation ou d'améliorer l'état de santé, à tout le moins de manière sensible. Le recourant, qui paraît au demeurant s'abstenir de la

Tribunal cantonal TC Page 8 de 8 pratique d'un sport qui pourrait même être contre-indiquée, doit, en tout état de cause, assumer les frais d'un tel suivi physiothérapeutique. Pour ces motifs également, la décision ici litigieuse doit être

confirmée.

E. 9

Au vu de ce qui précède, en l'absence d'une rechute ou d'une séquelle tardive, le traitement n'ayant par ailleurs pas pour objectif d'éviter une aggravation ou d'améliorer l'état de santé, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition du 23 avril 2015 confirmée. Il n'est pas octroyé de dépens. Il n'est pas perçu de frais de procédure, en application du principe de la gratuité valant en la matière. la Cour arrête: I. Le recours est rejeté. II. Il n'est pas perçu de frais de justice. III. 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 11 août 2016/pte Président Greffier

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