

FR_GERICHTE 605 2015 217 vom 4. November 2016

FR Kantonsgericht, 2016-11-04, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2015_217

FR: FR_GERICHTE 605 2015 217 du 4 novembre 2016

IT: FR_GERICHTE 605 2015 217 del 4 novembre 2016

Regeste

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

Erwägungen

E. 11

février 2013, lors du déplacement d'une caisse dans le cadre de son travail, il a subi un traumatisme à son poignet droit. Depuis cette date, il a été annoncé en incapacité partielle ou complète de travail. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: CNA), auprès de laquelle il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels ainsi que contre les maladies professionnelles, a pris le cas en charge. A noter que parallèlement à la procédure devant l'assureur-accident, le 12 décembre 2013, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: OAI). B. Outre l'avis des médecins de l'assuré et de ses médecins d'arrondissement, la CNA a demandé l'opinion du Dr D._____, spécialiste FMH en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique et en chirurgie de la main. Ce dernier a procédé à une arthroscopie le 14 juillet 2014. Par courrier du 9 mars 2015, la CNA a considéré que l'état de santé de son assuré s'était stabilisé. Dès lors, elle l'a informé que les frais de traitement ne seraient désormais plus remboursés et que le versement des indemnités journalières cesserait le 31 mai 2015. Par décision du 11 juin 2015, la CNA a reconnu à son assuré le droit à une rente au taux de 10%, dès le 1er juin 2015. Cette décision a été confirmée par décision sur opposition le 18 septembre 2015. C. Contre cette dernière décision, l'assuré, représenté par Me Daniel Känel, avocat, interjette recours devant le Tribunal cantonal le 19 octobre 2015 concluant, avec suite de frais et dépens, à ce que le début du droit à la rente d'invalidité soit fixé au 1er septembre 2015 et que, partant, son droit aux indemnités-journalières soit prolongé jusqu'au 14 août 2015. A l'appui de ses conclusions, il souligne que le médecin d'arrondissement de la CNA ne donne aucune indication précise s'agissant du moment où son état de santé s'est stabilisé, alors que le Dr D._____ atteste d'une incapacité totale de travail jusqu'au 14 août 2015. En outre, "même si cela ne fait pas partie de la présente procédure", il requiert encore la prise en charge de ses frais de déplacement chez le Dr D._____. D. Dans ses observations, la CNA propose le rejet du recours déposé par son assuré. Elle soutient son médecin d'arrondissement qui répond implicitement à la question de la stabilisation de l'état de santé en soulignant que la symptomatologie n'a pas changé depuis 2014 et que l'on est arrivé au bout des ressources thérapeutiques. Le simple fait qu'il laisse le Dr D._____ décider de la prescription d'une orthèse du poignet n'y change rien, celle-ci n'étant pas de nature à augmenter la capacité de travail mais ne visant qu'à soulager le recourant dans l'exercice de son activité. E. Lors d'un second échange d'écritures, les parties campent sur leurs positions.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 7 Le 28 septembre 2016, les parties ont été informées que la Cour envisageait d'examiner la question du degré d'invalidité et qu'elle pourrait se référer, cas échéant, aux statistiques salariales. Le 4 octobre 2016, la CNA en a pris acte, alléguant toutefois qu'il ne lui apparaissait pas justifié de faire usage des données statistiques. Pour sa part, le 13 octobre 2016, le recourant a indiqué ne pas avoir de remarques particulières à formuler. Il a néanmoins ajouté ne pas espérer obtenir un revenu mensuel supérieur à CHF 4'000.- et qu'il fallait tenir compte d'une réduction du salaire d'invalidité de 20%. Le 18 octobre 2016, les parties se sont vues transmettre leurs prises de position respectives. Il sera fait état des arguments que les parties ont développés à l'appui de leurs conclusions dans les considérants de droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige.

en droit 1. En tant qu'autorité de recours, le Tribunal cantonal est lié par l'objet de la contestation et ne tranche que des questions qui ont été l'objet de la procédure devant l'autorité intimée. Les conclusions du recourant ne peuvent pas sortir de ce cadre. La prise en charge des frais de déplacement du recourant chez le Dr D. _____ n'a pas fait partie de celui-ci. Le recourant l'admet par ailleurs expressément dans son recours, étant précisé que sa requête de prise en charge des frais de déplacement ne fait l'objet d'aucune conclusion formelle de sa part. Partant, la Cour ne saurait entrer en matière sur les conclusions relatives à la prise en charge des frais de déplacement. Pour le surplus, 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. 2.

Conformément à l'art. 8 al. 1 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 LAA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Pour sa part, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique (art. 6 LPGA). 3. L'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (art. 16 al. 1 LAA). Le droit naît le troisième jour qui suit celui de l'accident; il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA).

Tribunal cantonal TC Page 4 de 7 Le droit à la rente prend naissance dès qu'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 que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme; le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA). Ce qu'il faut entendre par "sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré" n'est pas décrit par le texte de la disposition légale. Eu égard au fait que l'assurance-accidents sociale vise, selon sa conception même, les personnes exerçant une activité lucrative (cf. art. 1a et 4 LAA), cette notion est définie notamment par la mesure de l'amélioration attendue de la capacité de travail ou celle de sa reprise, pour autant que celle-là ait été influencée par un accident (ATF 134 V 109 consid. 4.3). Cette disposition délimite du point de vue temporel le droit au traitement médical et le droit à une rente d'invalidité, le moment déterminant étant celui auquel l'état de santé peut être considéré comme relativement stabilisé. Il ne suffit donc pas que le traitement médical laisse présager une amélioration de peu d'importance (cf. ATF 134 V 109 consid. 4.3;

RAMA 2005 p. 366), ou qu'une amélioration sensible ne puisse être envisagée dans un avenir incertain (arrêts TF U 305/03 du 31 août 2004 et U 89/95 du 21 novembre 1995; MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2e éd. 1989, p. 274). 4. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, 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). a) 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). 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 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, 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).

Tribunal cantonal TC Page 5 de 7 b) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social. 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). Selon la jurisprudence, un rapport médical établi sur la base d'un dossier a valeur probante si ledit dossier contient suffisamment d'appréciations médicales, qui elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 no U 438 p. 345; arrêt TF U 233/02 du 14 juin 2004 consid. 3.1). La jurisprudence a néanmoins souligné que le rapport d'un Service médical régional qui ne se fonde pas sur un examen clinique est une simple recommandation qui ne peut avoir pour objet que d'indiquer quelle opinion médicale il convient de suivre ou, cas échéant, de proposer des investigations complémentaires (arrêt TF 9C_839/2015 du 2 mai 2016 consid. 3.3). 5. Dans le cadre de son recours, l'assuré ne

conteste que le début du droit à la rente d'invalidité, estimant avoir droit aux indemnités journalières jusqu'au 14 août 2015 et non pas, seulement, jusqu'au 1er juin 2015. a) A l'appui de sa décision, la CNA se prévaut de l'avis de son médecin d'arrondissement, le Dr E. _____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation et en rhumatologie. Dans son rapport du 4 mars 2015, celui-ci se réfère à son précédent examen de janvier 2014 "puisque la symptomatologie au niveau du poignet D qui nous concerne n'a pas changé[e] depuis lors". Il relève à cet égard que les mesures prises par le Dr D. _____, spécialiste FMH en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique et en chirurgie de la main, n'ont pas eu d'effet favorable. Il constate que l'"on semble à bout des ressources thérapeutiques actuellement" (dossier CNA, pièce 141, cf. ég. pièce 71). Lors de sa consultation du 4 mars 2015, le médecin d'arrondissement a ainsi constaté que l'état de santé de l'assuré était inchangé depuis janvier 2014. Ce faisant, il a implicitement confirmé la stabilisation de l'état de santé depuis cette date, cela sans équivoque aucune. Dans ces circonstances, qu'il laisse le Dr D. _____ se prononcer sur la prescription d'une orthèse – en l'occurrence le remplacement d'une attelle de cuir déjà en possession du recourant – ne saurait remettre en cause cette appréciation. En effet, il n'y a pas d'amélioration sensible de l'état de santé lorsque la mesure thérapeutique n'a d'autre but que de soulager momentanément des douleurs occasionnées par un état par ailleurs stationnaire. Telle est la finalité même de l'orthèse: celle-ci n'a qu'un objectif de "soutien pour la vie de tous les jours" (cf. dossier CNA, pièces 141 et 150). A tout le moins, on ne peut compter sur cette orthèse pour améliorer l'état de santé de l'assuré. On pouvait, dans ces conditions, tout à fait déduire de l'avis du Dr E. _____ que l'état de santé du recourant était stabilisé le 31 mai 2015, soit au moment retenu par l'autorité intimée pour mettre fin au versement des indemnités journalière. b) Les rapports des médecins consultés par le recourant ne sauraient infirmer cela.

Tribunal cantonal TC Page 6 de 7 Certes, le Dr D. _____ atteste-t-il d'une incapacité totale de travailler jusqu'au 14 août 2015 (bordereau recours, pièce 5). Il ne fait toutefois ici qu'attester une incapacité de travail dans la profession initiale, sans encore se poser la question de la stabilisation de l'état de santé de son patient. Force est par ailleurs de constater que, dans ses rapports médicaux motivés, ce dernier spécialiste affirme depuis le 14 octobre 2014 être "à bout de ressources". Il précise en particulier se poser "la question de savoir si les efforts ne doivent pas maintenant porter sur une adaptation des tâches exigibles au patient et à son état séquellaire douloureux". Dans ce cadre, il "souhaite que le patient soit examiné par [le] médecin d'arrondissement. Il s'agit maintenant de savoir dans quelles directions s'orienteront les choses, du point de vue médical peut-être, mais aussi du point de vue assécurologique et professionnel" (dossier CNA, pièces 106, 113 et 150). En d'autres termes, il ne se prononce plus sur la question de l'amélioration de l'état de santé, mais sur la seule façon d'adapter l'activité professionnelle. C'est dire que l'état de santé est, selon lui, stabilisé. Pour sa part, Dr F. _____, spécialiste FMH en médecine interne générale, ne traite pas non plus de la question de la stabilisation de l'état de santé, que cela soit explicitement ou implicitement. Il renvoie dans l'ensemble au Dr G. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur (dossier CNA, pièces 134). Dans ses rapports, ce dernier indique pour sa part que le traitement n'est plus que conservateur (dossier CNA, pièce 133). Depuis janvier 2014, l'état de santé ne s'améliore en effet pas (dossier CNA, pièces 70 et 77). Cet avis va clairement dans le sens de l'absence d'évolution de l'état de santé depuis janvier 2014, partant, d'une stabilisation de celui-ci. Les différents médecins consultés vont ainsi dans le sens de ce qu'a retenu la CNA

dans sa décision. c) Le recourant doit par conséquent être débouté de l'ensemble de ses conclusions. Enfin, la Cour doit relever les descriptions de postes de travail sélectionnées par la CNA apparaissent d'emblée inadaptées à l'état de santé du recourant. Dans ces circonstances, l'usage des revenus statistiques aurait été pleinement justifié. Cependant, l'objet du litige a été strictement délimité dans le recours à la question du moment de la clôture du cas, soit le moment de la fin du droit aux indemnités journalières et le début du droit à la rente. Il n'y a dès lors pas lieu d'examiner la question du degré d'invalidité. 6. Au vu de l'ensemble de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition du 19 octobre 2015 confirmée. Au vu de l'issue du recours, il n'est pas octroyé d'indemnité de partie. Il n'est pas perçu de frais de procédure, en application du principe de la gratuité valant en la matière.

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 pas alloué d'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 4 novembre 2016/pte Président Greffier

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