

FR_GERICHTE 605 2016 121 vom 21. August 2018

FR Kantonsgericht, 2018-08-21, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2016_121

FR: FR_GERICHTE 605 2016 121 du 21 août 2018

IT: FR_GERICHTE 605 2016 121 del 21 agosto 2018

Regeste

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

Erwägungen

E. 22

février 2014 et annulé la décision du 5 mai 2015 (sinistre n° 16.43519.14.0). Elle a ensuite rejeté l'opposition formée par l'assurée contre la décision du 22 avril 2015 (sinistre n° 16.43036.12.2), considérant qu'il ne subsistait plus de troubles organiques démontrables en avril 2015 en relation de causalité naturelle vraisemblable avec l'accident du 27 juillet 2006 (respectivement avec l'intervention du 23 novembre 2012). Quant aux affections psychiques, un lien de causalité adéquate entre les troubles de la sphère psychogène et le sinistre assuré devait être nié. C. Contre cette décision, l'assurée, représentée par Me Bruno Kaufmann, avocat à Fribourg, interjette un recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Elle conclut à l'annulation de la décision sur opposition du 4 avril 2016. Dans sa réponse du 24 juin 2016, la CNA conclut au rejet du recours. Aucun autre échange d'écriture n'a été ordonné entre les parties. Il sera fait état de leurs arguments, développés à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants en droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige. D. Par décision séparée de ce jour, la Cour des assurances sociales a rejeté le recours formé A. _____ contre la décision de l'Office AI du canton de Fribourg du 12 janvier 2017 (affaire 605 2017 27). Tribunal cantonal TC Page 4 de 9 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 attaquée, le recours est recevable. 2. Selon l'art. 18 al. 1 de la loi du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA; RS 832.20), si l'assuré est invalide à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. L'art. 19 al. 1 LAA prévoit que le droit à une rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation d'un 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. Aux termes de l'art. 8 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 2.1. En principe, il n'est pas admissible de déterminer le degré d'invalidité sur la base de la simple évaluation médico-théorique de la capacité de travail de la personne assurée, car cela reviendrait à déduire de manière abstraite le degré d'invalidité de l'incapacité de travail, sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (ATF 114 V 310 consid. 3; arrêt TF 9C_260/2013 du 9 août 2013 consid. 4.2). Il découle par conséquent de la notion d'invalidité que ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée; ce sont bien plutôt les

conséquences économiques de celle-ci, c'est-à-dire une incapacité de gain qui sera probablement permanente ou du moins de longue durée (RFJ 2009 p. 320). Toutefois, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste alors à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 141 V 281 consid. 5.2.1 et réf. cit.). 3. En dépit de l'ordonnance de la Cour du 20 mai 2016, la CNA n'a pas produit la totalité de ses dossiers. Elle a en particulier omis de produire le dossier relatif au sinistre 16.43036.12.2 (faisant suite à l'intervention chirurgicale du 23 novembre 2012). Cela étant, le Tribunal est en possession d'éléments suffisants pour statuer en toute connaissance de cause. Par décision séparée de ce jour, la Cour statue en effet en même temps sur la cause opposant la recourante à l'Office AI du canton de Fribourg et dont le dossier contient une copie des pièces recueillies par la CNA jusqu'à Tribunal cantonal TC Page 5 de 9 sa décision du 22 avril 2015 (documents portant la mention «Dossier CNA – SUVA»). Il s'agit en particulier des avis médicaux cités par le médecin d'arrondissement de la CNA dans son avis du 21 avril 2015. 4. Le litige porte en l'espèce sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-accidents consécutivement à l'accident du 27 juillet 2006 (respectivement à l'intervention chirurgicale du

E. 23

novembre 2012), singulièrement à une rente d'invalidité. Compte tenu des conclusions et motifs du recours, la décision sur opposition n'est en revanche pas contestée en tant qu'elle annule la décision de la CNA du 5 mai 2015 (prise en charge des suites de l'accident du 22 février 2014; sinistre n° 16.43519.14.0). 4.1. Sur le plan somatique, il convient tout d'abord de constater que rien ne permet de conclure à la persistance de troubles physiques objectivables qui seraient consécutifs à la présence – respectivement à l'extraction – d'un corps étranger métallique (vraisemblablement l'extrémité d'un crochet de tricot ou de dentelle) des parties molles de la fesse droite de l'assurée au-delà de décembre 2012 (avis du Dr E. _____ du 29 novembre et du 13 février 2013). Les ultrasons de contrôle (avis du 19 décembre 2012 du Dr P. _____, spécialiste en radiologie, et du 22 mai 2013 de la Dresse Q. _____, spécialiste en médecine interne générale), ainsi que le séjour de l'assurée à W. _____ à X. _____ (du 8 mai au 5 juin 2013; rapport du 8 juillet 2013) ont en particulier confirmé l'absence de toute anomalie objective. 4.2. La recourante affirme ensuite avoir fait l'objet d'une erreur du médecin responsable de l'anesthésie lors de l'intervention chirurgicale du 23 novembre 2012. 4.2.1. Le point de savoir si un acte médical est comme tel un facteur extérieur extraordinaire doit être tranché sur la base de critères médicaux objectifs. Le caractère extraordinaire d'une telle mesure est une exigence dont la réalisation ne saurait être admise que de manière restrictive. Il faut que, compte tenu des circonstances du cas concret, l'acte médical s'écarte considérablement de la pratique courante en médecine et qu'il implique de ce fait objectivement de gros risques (ATF 121 V 35 consid. 1b; 118 V 283 consid. 2b). La notion d'erreur médicale ne saurait en effet être étendue à toute faute du médecin, au risque de faire jouer à l'assurance-accidents le rôle d'une assurance de la responsabilité civile des fournisseurs de prestations médicales (arrêt TF 8C_234/2008 du 31 mars 2009 consid. 3.2, in SVR 2009 UV n° 47 p. 166). La jurisprudence a ainsi nié l'existence d'un accident dans le cas où une injection administrée de manière conforme aux règles de l'art cause une réaction non prévisible et atypique qui

entraîne la mort ou la paralysie du patient (ATFA 1966 p. 137; voir ég. arrêt TF 5C_295/2005 du 12 avril 2006). 4.2.2. Dans le cas particulier, l'imagerie par résonance magnétique (IRM) de la colonne lombaire de la recourante a montré qu'il n'y avait aucune complication visible de la rachianesthésie (avis du 11 janvier 2013 du Dr R. _____, spécialiste en radiologie). Quoiqu'il en soit, la CNA a accepté de prendre en charge le cas du 23 novembre 2012 au 30 avril 2015, soit pendant plus de deux ans. Compte tenu de la durée de cette prise en charge et des avis médicaux versés au dossier, il n'y a pas lieu d'examiner plus avant les actes de la Dresse F. _____. A fin avril 2015, la recourante souffrait en tout état de cause de lombalgies communes (avis du 30 avril 2015 du Dr S. _____, médecin assistant, et Dr T. _____, chef de clinique de Y. _____) et d'une Tribunal cantonal TC Page 6 de 9 symptomatologie de type dysurie (objectivée lors de l'examen urodynamique du 4 juin 2013 à W. _____ de V. _____). Or, quand bien même certains des médecins traitants évoquent à la suite de la recourante un lien éventuel entre l'anesthésie du 23 novembre 2012 et l'apparition de ces troubles, notamment des mictions par poussée (jamais décrites auparavant), force est de constater que leur origine exacte demeure à ce jour inconnu. Autrement dit, il est actuellement impossible de déterminer si les lombalgies et les troubles urinaires résultent d'une faute commise dans le cadre de la prescription, de la préparation ou de l'administration de l'anesthésie, comme le soutient la recourante, s'il s'agit d'une réaction d'hypersensibilité à l'anesthésie – correctement – administrée à la recourante ou si plus vraisemblablement la surcharge psychique (trouble somatoforme douloureux; cf. ci-après) de la recourante exerce une influence majeure. Au regard de l'ensemble des circonstances du cas d'espèce, il y a donc lieu d'admettre qu'il sera vraisemblablement impossible de déterminer la cause exacte de ces troubles. Pour ce motif, il y a lieu de renoncer, par appréciation anticipée des preuves, à procéder à des investigations médicales complémentaires (le dossier ne contient aucune information sur le déroulement de l'anesthésie), dès lors qu'un nouvel examen des circonstances et des pièces médicales versées au dossier ne permettra que de confirmer les présentes hypothèses ou d'en formuler de nouvelles. Il résulte de ce qui précède qu'il n'est pas possible en l'espèce d'apporter la preuve de l'existence d'un facteur extérieur extraordinaire au degré, usuel en droit des assurances sociales, de la vraisemblance prépondérante. Dans la mesure où l'existence d'un facteur extérieur extraordinaire constitue une condition du droit aux prestations, le fardeau de la preuve en incombe à la recourante, laquelle doit supporter les conséquences de l'absence ou de l'échec de cette preuve. La CNA n'a dès lors pas à prester. Qui plus est, les lombalgies n'ont pas d'effet sur la capacité de travail de la recourante, tandis que le Dr U. _____, spécialiste en urologie, a indiqué que « la pathologie urologique actuelle ne constitu[ait] pas un obstacle au travail » (avis du 28 mars 2014). Sur le plan somatique, la recourante ne présentait par conséquent aucune atteinte à la santé objective justifiant une incapacité de travail durable en avril 2015. 4.2.3. On rappellera par ailleurs que la présente cause ne concerne pas les suites des accidents du 19 mai 2009 (lésion Lisfranc et ses complications éventuelles), qui relève d'un autre assureur- accidents, et du 22 février 2014 (la CNA ayant annulé sa décision pour instruction complémentaire). 4.3. Sur le plan psychique, le Dr L. _____ a expliqué de manière convaincante pourquoi il s'écartait des conclusions de W. _____ (troubles anxieux et dépressif), reprises par le psychiatre traitant, au bénéfice d'un syndrome douloureux somatoforme persistant (avis du Dr L. _____ du 21 août 2014, p. 5 et 6). Il n'existe par ailleurs aucun élément au dossier qui permettrait de douter de ce diagnostic. 4.3.1. En vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et une affection

psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique (trouble somatoforme douloureux), il faut d'abord classer les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement: les accidents insignifiants (ou de peu de gravité); les accidents de gravité moyenne et les accidents Tribunal cantonal TC Page 7 de 9 graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 140 V 356 consid. 5.3; 115 V 133 consid. 6c/aa). Sont seules déterminantes pour apprécier le degré de gravité d'un accident les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent. La gravité des lésions subies – qui constitue l'un des critères objectifs pour juger du caractère adéquat du lien de causalité – ne doit être prise en considération à ce stade de l'examen que dans la mesure où elle donne une indication sur les forces en jeu lors de l'accident (arrêts TF 8C_816/2012 du 4 septembre 2013 consid. 7.2 et 8C_398/2012 du 6 novembre 2012 consid. 5.2 in SVR 2013 UV no 3 p. 8). En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants: - les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident; - la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques; - la durée anormalement longue du traitement médical; - les douleurs physiques persistantes; - les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident; - les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes; - le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques. Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa). 4.3.2. En l'occurrence, c'est à juste titre que la CNA a qualifié l'événement en cause sinon d'accident de peu de gravité (la recourante a elle-même rempli une déclaration d'accident- bagatelle le 10 décembre 2012), tout au plus d'accident de gravité moyenne à la limite inférieure. En effet, pour déterminer la gravité de l'accident assuré, il faut uniquement se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (consid. 4.3.1 supra). Or, dans le cas présent, la recourante se serait assise sur un crochet (de tricot ou de dentelle) le

E. 27

juillet 2006 et a donc subi une lésion physique de peu d'importance. Si la douleur a été aiguë sur le moment, elle a en particulier immédiatement disparu. La recourante a ensuite manuellement retiré le crochet le jour même, puis le Dr E. _____ a extrait le corps métallique subsistant des parties molles de la fesse droite de l'assurée le 23 novembre 2012. Dans l'intervalle, la recourante n'a pas été hospitalisée et n'a pas fait état d'un suivi médical particulier en lien avec son accident Tribunal cantonal TC Page 8 de 9 (jusqu'en 2012). De ce fait, il faut admettre que la lésion physique subie par l'assurée le 27 juillet 2006 n'était d'emblée pas susceptible d'entraîner des troubles psychiques (ce que les Dr M. _____ et le médecin d'arrondissement de la CNA ont confirmé). S'agissant des douleurs alléguées à la suite de l'intervention du 23 novembre 2012, outre qu'elles ne paraissent pas entraver la recourante dans ses activités quotidiennes, elles ne sauraient être prises en compte en l'absence de substrat organique expliquant leur origine (consid. 4.2.2. supra). Aucune erreur

dans le traitement postopératoire, ni difficultés en cours de guérison, ni complications importantes n'ont par ailleurs été observées. Enfin, le Dr L._____ souligne de manière convaincante que seuls des facteurs étrangers à l'intervention chirurgicale de 2012 pouvaient expliquer la survenue des troubles psychiques. Aussi, il ressort de l'analyse des critères définis par la jurisprudence que l'existence d'un rapport de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques doit être niée. Aucun trouble psychique ne saurait a priori non plus résulter des seuls traitements hospitaliers dont elle s'est également plainte, l'administration de ceux-ci ne sachant s'apparenter, comme il a été dit plus haut, à un « accident médical » au sens de la jurisprudence, susceptible en soi d'entraîner la responsabilité de l'assurance-accidents. La CNA était par conséquent fondée, par sa décision sur opposition du 4 avril 2016, à refuser le service de ses prestations. 5. En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté. La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires. Tribunal cantonal TC Page 9 de 9 la Cour arrête: I. Le recours est rejeté. II. Il n'est pas perçu de frais judiciaires. III. Il n'est pas alloué d'indemnité de partie. IV. 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 21 août 2018/obl Le Président :
Le Greffier-stagiaire :

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