

FR_GERICHTE 605 2016 21 vom 1. Februar 2017

FR Kantonsgericht, 2017-02-01, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2016_21

FR: FR_GERICHTE 605 2016 21 du 1 février 2017

IT: FR_GERICHTE 605 2016 21 del 1 febbraio 2017

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 une assurée directement touchée par la décision sur opposition attaquée et dûment représentée, le recours est recevable.

E. 2

a) En vertu de 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. Selon 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 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 (art. 10 et 54 LAA), le droit à l'indemnité journalière (art. 16 LAA) et le droit à une rente d'invalidité (art. 18 et 19 LAA). Conformément à l'art. 10 al. 1 et 54 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident dans les limites de ce qui est exigé par le but du traitement. Le droit au traitement médical existe aussi longtemps qu'on peut en attendre une amélioration sensible de l'état de l'assuré (arrêt TF U 391/00 du 9 mai 2001 consid. 2a et la référence citée).

Tribunal cantonal TC Page 4 de 10 Par ailleurs, d'après l'art. 16 al. 1 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière. Selon l'al. 2 de cette disposition, le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit 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. Selon l'art. 18 al. 1 LAA, 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.

E. 3

a) 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). Selon le Tribunal fédéral, le droit au traitement ne comprend pas toutes les mesures médicales imaginables mais uniquement celles qui, par des moyens adéquats, sont nécessaires à la guérison de l'atteinte à la santé; il s'ensuit que lesdites mesures doivent, suivant l'art. 54 LAA, se limiter à ce qui est exigé par le but du traitement (ATF 136 V 141 consid. 4.1, 109 V 43 consid. 2a). Le traitement doit non seulement être approprié, c'est-à-dire adéquat, mais également économique. L'assuré a droit à des prestations médicales tant que l'on peut attendre de la continuation du traitement une amélioration notable de son état de santé (ATF 116 V 44 consid. 2c). b) Est d'abord litigieux en l'espèce, la date jusqu'à laquelle la SUVA aurait dû verser des indemnités journalières à l'assuré. Il faut ainsi examiner à partir de quand l'état de santé de l'assurée peut être considéré comme stabilisé. Ceci découle d'une appréciation médicale de la situation. Dans son rapport médical du 16 juin 2015, le Dr E. _____, médecin d'arrondissement remplaçant et spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, indique au sujet de l'état de santé de l'assurée: "Die Versicherte gibt an, dass sich mit den 2 Operationen die Stabilität des linken Fusses verbessert hätte, nicht jedoch die belastungsabhängige Schwellungstendenz und die Schmerzsymptomatik. Ausser der Einnahme von Irfen wird keine Behandlung durchgeführt. (...) Es ist von einem stabilisierten Zustand auszugehen." Dans son rapport médical du 1er juillet 2015, le Dr F. _____, spécialiste FMH en anesthésiologie et médecin au Service médical régional BE/FR/SO mentionne que la situation médicale est stabilisée.

Tribunal cantonal TC Page 5 de 10 Dans son rapport médical du 9 décembre 2015, le Dr D. _____ atteste également que l'état de santé est stabilisé: "Die therapeutischen Optionen sind weitgehend ausgeschöpft". Au vu de ce qui précède, l'on relève des rapports médicaux précités que les médecins ayant examiné l'assurée sont unanimes à retenir que l'état de santé de l'assurée est stabilisé au 31 août 2015. La SUVA a encore pris en charge la consultation chez le Dr D. _____ du 21 octobre 2015. C'est donc manifestement à juste titre que la SUVA a mis fin au versement de l'indemnité journalière et a examiné le droit à la rente d'invalidité.

E. 4

a) Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputé invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'art. 16 LPGA dispose que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparée à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail

équilibré. Il découle 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 (ATF 127 V 294). Le taux d'invalidité étant une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, et pas une notion médicale, il ne se confond donc pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 122 V 418). Toutefois, 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. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2 et 114 V 310 consid. 3c). 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. 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 (arrêt TF 8C_456/2010 du 19 avril 2011 consid. 3 et la référence citée). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux 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

Tribunal cantonal TC Page 6 de 10 conclusions médicales soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351). c) Selon l'art. 136 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA; RS 832.202) le rapport d'assurance facultative se fonde sur un contrat écrit. Celui-ci fixe notamment le début, la durée minimale et la fin du rapport d'assurance. d) En droit des assurances sociales, s'applique de manière générale la règle dite des "premières déclarations ou des déclarations de la première heure", selon laquelle, en présence de deux versions différentes et contradictoires d'un fait, la préférence doit être accordée à celle que l'assuré a donnée alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le fruit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 45 consid. 2a p. 47; arrêt 8C_873/2014 du 13 avril 2015 consid. 4.2.1).

E. 5

a) Est ensuite litigieuse le taux d'invalidité retenu par l'autorité intimée. Il s'agit dès lors de déterminer, dans un premier temps, la capacité résiduelle de travail de l'assurée, laquelle relève d'une appréciation médicale de sa situation. aa) Dans son rapport médical relatif à la période du 6 février 2014 au 16 novembre 2015, le Dr D. _____ mentionne: "Anhaltende Schwellung und Schmerzen lateraler Rückfuss bedingt durch degenerative Veränderungen OSG und subtalar. Da die Patientin einen grossen Teil ihrer Arbeitstätigkeit stehend und gehend durchführt ist sie zur Zeit 50% arbeitsunfähig" (pièce 10 recourant). Dans un rapport subséquent du 18 mai 2016, ce médecin indique: "Belastungsabhängige Schmerzen, welche die Arbeitsfähigkeit der Patientin deutlich einschränken. Es besteht meines Erachtens eine definitive Arbeitsunfähigkeit von 50% auf Dauer" (pièce 16 recourant). Dans son rapport médical du 16 juin 2015, le Dr E. _____ relève: "Es kann folgendes Zumutbarkeitsprofil definiert werden: Ganztägiger Einsatz für administrative Tätigkeiten, Überwachungsfunktionen und leichte körperliche Aktivitäten, ohne dauerndes Ersteigen von Leitern, Gerüsten oder Gehen im unebenem Gelände, wobei für kurzfristige solche Aktivitäten stabiles Schuhwerk getragen werden soll. Aufgrund der heute gemachten Angaben der Versicherten betreffs die berufliche Situation ist eine Arbeitsunfähigkeit von 50% nach meiner Einschätzung nicht begründbar. Unter Würdigung der subjektiven Angaben der Versicherten, der Untersuchungsbefunde und des radiologischen Zustandes ist zum aktuellen Zeitpunkt nicht von einer entschädigungspflichtigen Integritätseinbusse auszugehen". Dans un rapport subséquent du 8 septembre 2015, ce médecin précise: "Bestritten wird von der Versicherten im Rahmen des Berichtes des Aussendienstes vom 19.08.2015 die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit. Abstellend auf die Angaben im Rahmen der Vorlage vom 04.09.2015, gemäss der sich aus der Beschreibung des Arbeitsplatzes ergibt, dass 90% administrative Tätigkeiten und 10% Reinigungsarbeiten seien, kann festgehalten werden, dass hiermit eine weitgehend volle Arbeitsfähigkeit vorliegt, nämlich volle Arbeitsfähigkeit für die administrative Tätigkeit im Rahmen von 90% sowie grosszügige interpretiert die Hälfte des Einsatzes von 10% für Reinigungstätigkeiten. Dies ergibt insgesamt eine Arbeitsfähigkeit von in etwa 95%, abstellend auf obig zitierten Angaben betreffs das Arbeitsplatzprofil".

Tribunal cantonal TC Page 7 de 10 bb) La recourante travaille depuis le 1er janvier 1985 en tant que directrice de C. _____, à B. _____, et est assurée à titre facultatif à la SUVA selon l'art. 4 al. 1 LAA. Selon la police pour l'assurance facultative des chefs d'entreprise selon la LAA, valable du 17 avril 2009 au 31 décembre 2013, le taux d'occupation de la recourante est de 100%, soit 10% pour les activités manuelles et 90% pour les travaux de bureau internes: par ex. offres et devis, comptabilité. Il est précisé que les indications figurant dans la description de l'activité constituent la base des éléments décisionnels pour déterminer en cas d'accident quand et dans quelle mesure l'activité professionnelle peut être reprise. Les "Conditions d'assurance des chefs d'entreprise" font partie intégrante de la présente police. Les changements affectant les bases de cette police, en particulier ceux de l'activité d'exploitation, doivent être communiqués à l'agence compétente. D'après la recourante, cette police d'assurance comprend une description du travail qui ne correspond plus à la réalité depuis 2011 environ, étant donné le développement de sa société. En effet, en raison de l'accroissement des affaires et de l'organisation interne de la société, ses activités professionnelles liées à l'exploitation proprement dite de l'entreprise, impliquant notamment des visites à la clientèle et des interventions sur les chantiers (mise en route, supervision) ont augmenté. Elle indique avoir communiqué à la SUVA l'évolution de son activité professionnelle et un accord tacite serait intervenu avec l'autorité intimée et aurait

conduit à la modification de son contrat. b) Amenée à statuer sur la question litigieuse, la Cour de céans constate que la cause est suffisamment instruite pour lui permettre de trancher. Il ressort du dossier médical et en particulier du rapport médical détaillé du médecin d'arrondissement de la SUVA que la recourante bénéficie d'une pleine capacité de travail en relation avec une activité administrative alors que, pour les tâches manuelles, la capacité de travail n'est que de 50%. Cette appréciation est du reste corroborée par celle du Dr D. _____ qui atteste également d'une incapacité de 50% uniquement pour les activités manuelles et les déplacements. Les rapports médicaux figurant au dossier étant concordants et convaincants, il n'est pas nécessaire de mettre en œuvre une expertise médicale comme demandée par la recourante dans son recours. L'on ne saurait non plus suivre la recourante lorsqu'elle indique qu'elle aurait communiqué à la SUVA une évolution de son activité professionnelle et qu'un accord tacite serait intervenu avec cette dernière et aurait conduit à la modification de son contrat d'assurance facultative des chefs d'entreprise selon la LAA. A la conclusion de la police d'assurance facultative des chefs d'entreprise selon la LAA, la recourante avait indiqué un taux d'activité administrative (travaux de bureau internes) de 90% alors que les activités manuelles et physiques n'atteignaient que 10%. Cela lui a permis de bénéficier d'un taux de prime favorable en raison du faible risque d'accident professionnel. A la lecture de la "police pour l'assurance facultative des chefs d'entreprise selon la LAA", les indications figurant dans la description de l'activité constituent la base des éléments décisionnels pour déterminer en cas d'accident quand et dans quelle mesure l'activité professionnelle peut être reprise. De même, les changements affectant les bases de cette police, en particulier ceux de l'activité d'exploitation, doivent être communiqués de suite à l'agence compétente.

Tribunal cantonal TC Page 8 de 10 Dans le cas d'espèce, la recourante n'a pas communiqué de changement dans son activité professionnelle avant que les accidents ne surviennent. Lors de son audition du 13 avril 2011, elle n'a fait aucune référence à une répartition des activités, ni à une évolution de celles-ci (pièce 5 recourante). Lors de son entretien du 21 octobre 2015 à la SUVA, elle a déclaré, à propos de la police d'assurance facultative, que c'est par négligence qu'elle n'a pas informé la SUVA, avant les accidents, de la véritable répartition des tâches au sein de son entreprise (pièce 208 SUVA). Dans cet entretien, elle a ainsi admis n'avoir pas contacté la SUVA pour adapter sa police d'assurance. Elle n'est donc pas crédible quand elle prétend par la suite le contraire soit le fait qu'elle aurait communiqué à la SUVA une évolution de son activité professionnelle, ce qui aurait conduit à un accord tacite et à une modification de son contrat d'assurance. Enfin, quoi qu'il en soit, l'on ne peut pas non plus la suivre lorsqu'elle déclare que la part des tâches administratives s'élève à environ 25% et que le 75% restant consiste en travail d'exploitation avec déplacements (cf. questionnaire de la SUVA du 2 février 2012 et réponse de l'assurée du 12 février 2012 et audition à la SUVA du 21 octobre 2015). En effet, ces déclarations sont postérieures aux accidents et ne correspondent pas aux déclarations faites avant les accidents. Il faut ainsi privilégier les déclarations de la première heure. c) Conformément aux rapports médicaux susmentionnés, la recourante bénéficie ainsi d'une pleine capacité de travail dans ses tâches administratives (travaux de bureau interne) qui représentent le 90% de son activité et sa capacité de travail est diminuée de 50% dans les activités manuelles, lesquelles ne représentent que 10% de son activité. Partant, elle n'a pas droit à une rente d'invalidité.

E. 6

Le dernier point litigieux concerne l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. a) En vertu de l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré a en outre droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité si, par suite de l'accident, il souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique. L'atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie; elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (art. 36 al. 1 OLAA). Une atteinte à l'intégrité au sens de l'art. 24 al. 1 LAA consiste généralement en un déficit corporel – anatomique ou fonctionnel –, mental ou psychique (cf. Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 1985, p. 414). La gravité de l'atteinte, dont dépend le montant de l'indemnité, se détermine uniquement d'après les constatations médicales (arrêt TF 8C_459/2008 du 4 février 2009; voir également Frei, Die Integritätsentschädigung nach Art. 24 und 25 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, 1998, p. 41). L'évaluation incombe donc avant tout aux médecins, qui doivent, d'une part, constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et, d'autre part, estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (Frésard/Moser-Szeless, L'assurance- accidents obligatoire in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], 2ème éd., 2007, no 235; arrêt TF 8C_703/2008 du 25 septembre 2009).

Tribunal cantonal TC Page 9 de 10 D'après l'art. 25 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital; elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité (al. 1). Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (al. 2). Usant de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité, notamment à l'art. 36 OLAA. Selon l'art. 36 al. 2 OLAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3. L'annexe 3 de l'OLAA comporte un barème – reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 124 V 29 consid. 1b, 209 consid. 4a/bb, 113 V 218 consid. 2a) – des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent. Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, compte tenu de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2). La perte totale de l'usage d'un organe est assimilée à la perte de celui-ci. En cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence; aucune indemnité ne sera versée dans les cas où un taux inférieur à 5% du montant maximum du gain assuré serait appliqué (ch. 2). En cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité physique, mentale ou psychique, dues à un ou plusieurs accidents, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée d'après l'ensemble du dommage. L'indemnité totale ne peut dépasser le montant maximum du gain annuel assuré. Il est tenu compte, dans le taux d'indemnisation, des indemnités déjà reçues en vertu de la loi (art. 36 al. 3 OLAA; ATF 116 V 156 consid. 3b). b) En l'espèce et dans la mesure où cette problématique doit être traitée uniquement sous l'angle médical, il s'agit de se référer une nouvelle fois au dossier. Le seul médecin qui se soit prononcé sur une éventuelle indemnité pour atteinte à l'intégrité est le Dr E. _____ dans son appréciation médicale du 16 juin 2015: "Unter Würdigung der subjektiven Angaben der Versicherten, der Untersuchungsbefunde und des radiologischen Zustandes ist zum aktuellen Zeitpunkt nicht von einer entschädigungspflichtigen Integritätseinbusse auszugehen". Il ressort de manière convaincante de ce rapport médical que l'état de santé de la recourante ne justifie pas l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

E. 7

Au vu de tout ce qui précède, le recours apparaît mal fondé, notamment parce qu'il ne se base sur aucun document médical susceptible d'appuyer ses thèses, et doit ainsi être rejeté. La décision attaquée est confirmée, sans frais de justice, en application du principe de la gratuité valant en la matière. Il n'est pas alloué d'indemnité de partie.

Tribunal cantonal TC Page 10 de 10 la Cour arrête: I. Le recours est rejeté. II. Il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué d'indemnité de partie. 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 1er février 2017/mfa Président Greffière-rapporteure

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