

FR_GERICHTE 605 2016 68 vom 27. Juli 2017

FR Kantonsgericht, 2017-07-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2016_68

FR: FR_GERICHTE 605 2016 68 du 27 juillet 2017

IT: FR_GERICHTE 605 2016 68 del 27 luglio 2017

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 réformée.

E. 2

Dans son mémoire, le recourant s'est plaint d'une violation de ses droits formels de participation à l'établissement d'une expertise explicitement et de son droit d'être entendu implicitement. Ce grief doit être examiné à titre liminaire. a) Compris comme l'un des aspects de la notion générale de procès équitable au sens de l'art. 29 al. 1 Cst., le droit d'être entendu garantit notamment le droit pour une partie à un procès de prendre connaissance de toute argumentation soumise au tribunal et de se déterminer à son propos, que celle-ci contienne ou non de nouveaux éléments de fait ou de droit, et qu'elle soit ou non concrètement susceptible d'influer sur le jugement à rendre (arrêt TF 8C_1048/2010 du 29 mars 2011 consid. 2.1). Dans son arrêt publié aux ATF 137 V 210 – énonçant des exigences constitutionnelles applicables par analogie aux expertises médicales mono- et bidisciplinaires (ATF 139 V 349) –, le Tribunal fédéral a retenu que la récolte de données médicales à l'appui de la décision auprès d'instituts d'expertise externes, ainsi que l'utilisation de ces données également dans la procédure judiciaire sont en soi conformes à la Constitution et à la CEDH (consid. 2.1-2.3); que la recherche d'un accord préalable était obligatoire et qu'en cas de désaccord, l'expertise doit être mise en œuvre par le biais d'une décision incidente sujette à recours auprès du tribunal cantonal des assurances respectivement du Tribunal administratif fédéral (consid. 3.4.2.6; changement de la jurisprudence développée dans l'ATF 132 V 93); et que la personne assurée bénéficie de droits de participation antérieurs et que l'autorité compétente soumettra dès lors à l'assuré le catalogue des questions

Tribunal cantonal TC Page 4 de 13 pour détermination dans la décision ordonnant l'expertise (consid. 3.4.2.9; changement de la jurisprudence développée dans l'ATF 133 V 446). Cette jurisprudence, rendue en matière d'assurance-invalidité, s'applique par analogie au domaine de l'assurance-accidents (ATF 138 V 318 consid. 6.1). b) En l'espèce, le recourant a pu s'expliquer et prendre position à répétées reprises sur l'expertise litigieuse, tant à l'époque devant l'assureur intimé que devant la Cour de céans. Il avait auparavant également eu l'occasion de s'exprimer sur le catalogue de questions et les questions

spécifiques qui allaient être posées (cf. dossier de l'assureur intimé, pces C 4 et 5), ainsi que de se déterminer sur la nomination de l'expert et demander sa récusation. Il n'a pas non plus réagi avant la notification de la décision sur opposition attaquée. Il ne saurait ainsi d'emblée se prévaloir de disposer de véritables griefs formels tirés de l'ATF 137 V 210 qu'il invoque à l'appui de son mémoire. Il se borne dans les faits à critiquer la valeur probante de l'expertise neurologique (cf. dans ce sens, arrêt TF 9C_627/2011 du 27 février 2012 consid. 4.2). C'est en effet le lieu de noter que le point de savoir si l'autorité intimée aurait dû poser de plus amples questions aux experts sollicités, voire procéder à une expertise complémentaire, et a en cela violé le principe de la maxime inquisitoire est bien une question qui relève exclusivement de l'appréciation des preuves qu'il se justifie donc de l'examiner avec le fond du litige (arrêts TF 9C_142/2008 du 16 octobre 2008 consid. 3.2 et 9C_82/2016 du 9 juin 2016 consid. 2.2). Partant, mal fondé, son premier grief doit être rejeté. Il sied désormais d'entrer en matière sur le fond du litige.

E. 3

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. b) 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. c) L'art. 9 LAA précise que sont réputées maladies professionnelles les maladies (art. 3 LPGA) dues exclusivement ou de manière prépondérante, dans l'exercice de l'activité professionnelle, à des substances nocives ou à certains travaux. Le Conseil fédéral établit la liste de ces substances ainsi que celle de ces travaux et des affections qu'ils provoquent. Sont aussi réputées maladies professionnelles les autres maladies dont il est prouvé qu'elles ont été causées exclusivement ou de manière nettement prépondérante par l'exercice de l'activité professionnelle. Sauf disposition contraire, la maladie professionnelle est assimilée à un accident professionnel dès le jour où elle s'est déclarée. Une maladie professionnelle est réputée déclarée dès que la personne atteinte doit se soumettre pour la première fois à un traitement médical ou est incapable de travailler (art. 6 LPGA).

Tribunal cantonal TC Page 5 de 13 Sont aussi réputées maladies professionnelles les autres maladies dont il est prouvé qu'elles ont été causées exclusivement ou de manière nettement prépondérante par l'exercice de l'activité professionnelle (art. 9 al. 2 LAA). La condition d'un lien exclusif ou nettement prépondérant n'est réalisée que si la maladie a été causée à 75% au moins par l'exercice de l'activité professionnelle (ATF 126 V 183 consid. 2b; 119 V 200 consid. 2b et la référence citée). Cela signifie, pour certaines affections qui ne sont pas typiques d'une profession déterminée, que les cas d'atteinte pour un groupe professionnel particulier doivent être quatre fois plus nombreux que ceux que compte la population en général (ATF 116 V 136 consid. 5c; RAMA 2000 n° U 408 p. 407 consid. 1a). Selon la jurisprudence, le point de savoir si une affection est une maladie professionnelle au sens de l'art. 9 al. 2 LAA est d'abord une question relevant de la preuve dans un cas concret. Cependant, s'il apparaît comme un fait démontré par la science médicale qu'en raison de la nature d'une affection particulière, il n'est pas possible de prouver que celle-ci est due à l'exercice d'une activité professionnelle, il est hors de question d'apporter la preuve, dans un

cas concret, de la causalité qualifiée au sens de l'art. 9 al. 2 LAA (ATF 126 V 183 consid. 4c et les références citées; voir également arrêt TF U 381/01 du 20 mars 2003 consid. 3.2-3.3).

E. 4

a) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence 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. Pour admettre l'existence d'un lien de causalité naturelle, il n'est en revanche pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (arrêt TF 8C_135/2014 du 24 février 2015 consid. 3 et les références citées; ATF 129 V 177 consid. 3.1 et 4.3). Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ibidem). La seule possibilité que l'accident soit en lien de causalité ne suffit pas pour fonder le droit aux prestations (RAMA 1997 p. 167 consid. 1a; ATF 119 V 335 consid. 1; 118 V 286 consid. 1b et les références citées). En particulier, le principe « après l'accident, donc à cause de l'accident » (« post hoc, ergo propter hoc ») ne saurait être considéré comme un moyen de preuve et ne permet pas d'établir un lien de causalité naturelle au degré de la vraisemblance prépondérante exigé en matière d'assurance-accidents (ATF 119 V 341 consid. 2b/bb).

b) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience 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 129 V 177 consid. 3.2 et 402 consid. 2.2; 125 V 456 consid. 5a et les références citées). Lorsque des symptômes consécutifs à un accident ne sont pas objectivables du point de vue organique, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le

Tribunal cantonal TC Page 6 de 13 déroulement de l'événement accidentel compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (arrêt TF 8C_445/2013 du 27.03.2014 consid. 4.3.1; ATF 134 V 109 consid. 10; 117 V 359 consid. 6 et 369 consid. 4; 115 V 133 consid. 6 et 403 consid. 5). L'examen du rapport de causalité adéquate est superflu lorsque, sur la base de l'appréciation médicale, le lien de causalité naturelle entre l'événement assuré et les troubles signalés n'a pas été prouvé à tout le moins selon le critère de la vraisemblance prépondérante (arrêt TF U 297/01 du 8 août 2002 consid. 3.3; ATF 119 V 335 consid. 4c).

c) Comme rappelé ci-avant, 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. Si l'on

peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (statu quo ante ou statu quo sine) sur le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (arrêt TF U 220/02 du 6 août 2003 consid. 2.3). Le droit aux prestations pour une lésion assimilée à un accident prend fin lorsque le retour à un statu quo ante ou à un statu quo sine est établi, c'est-à-dire lorsque l'état de santé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident ou à celui qui serait survenu même sans l'accident par la suite d'un développement ordinaire. De telles lésions sont assimilées à un accident aussi longtemps que leur origine malade ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, n'est pas clairement établie (cf. arrêts TF 8C_347/2013 du 18 février 2014 consid. 3.2; 8C_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 4.2; 8C_551/2007 du 8 août 2008 consid. 4.1.2; 8C_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 2).

E. 5

Au sens de l'art. 10 LAA, l'assuré a en effet droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir notamment 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 (let. a). Ce droit s'étant à toutes les mesures qui visent une amélioration de l'état de santé ou à éviter une péjoration de cet état. La preuve que la mesure envisagée permettra d'atteindre cet objectif doit être établie avec une vraisemblance suffisante; elle est rapportée dès que l'on peut admettre que le traitement envisagé ne représente pas seulement une possibilité lointaine d'amélioration (arrêt TF 8C_584/2009 du 2 juillet 2010 et les références citées). Ce qu'il faut entendre par « sensible amélioration de l'état 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 la 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

Tribunal cantonal TC Page 7 de 13 TF U 305/03 du 31 août 2004 et U 89/95 du 21 novembre 1995). Il faut que le traitement ne puisse plus entraîner d'amélioration ni éviter de péjoration de l'état de santé de sorte que celui-ci doive être considéré comme stable (arrêt TF 8C_584/2009 du 2 juillet 2010 et les références citées).

E. 6

a) 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 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. S'agissant du médecin traitant, il faut tenir compte du fait d'expérience qu'il est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). On rappellera que le juge peut renoncer à accomplir certains actes d'instruction, sans que cela n'entraîne une violation du devoir d'administrer les preuves nécessaires (art. 61 let. c LPGa) ou plus généralement une violation du droit d'être entendu, s'il est convaincu, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a), que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (sur l'appréciation anticipée des preuves en général : ATF 131 I 153 consid. 3; 130 II 425 consid. 2). b) Enfin, lorsqu'il est constaté que la cause n'est pas suffisamment instruite sur le plan médical, les tribunaux cantonaux devront, en règle générale, ordonner une expertise judiciaire, à la charge de l'assureur, lorsqu'ils estimeront qu'un état de fait médical nécessite des mesures d'instruction sous forme d'expertise ou lorsqu'une expertise administrative n'a pas de valeur probante sur un point juridiquement déterminant. Un renvoi à l'assureur demeure néanmoins possible lorsqu'il est justifié par une question nécessaire demeurée jusqu'ici non éclaircie ou lorsque certaines affirmations d'experts nécessitent des éclaircissements, des précisions ou des compléments (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).

E. 7

Est en l'espèce litigieuse la prise en charge des frais des traitements médicaux du recourant dès le mois d'octobre 2013.

Tribunal cantonal TC Page 8 de 13 Il s'agit de se référer au dossier médical constitué par l'assureur intimé (ci-après dossier). a) aa) événements de 2009 Suite aux événements survenus en août 2009, le recourant a commencé à ressentir des maux de tête, de grandes fatigues et un manque d'oxygène. Le médecin du club a diagnostiqué des probables commotions et lui a conseillé une pause de 15 matchs; l'assuré a ainsi repris son activité en décembre 2009. Aucun document médical relatif à ces événements n'a été produit devant la Cour. bb) événement du 3 septembre 2013 Dans son rapport médical du 16 septembre 2013,

le Dr H. _____, chiropraticien, a diagnostiqué une entorse à la colonne cervicale (dossier, pce 1a). cc) événement du 9 septembre 2013 Les pièces médicales suivantes ont été versées au dossier dans ce cadre: - Le courrier du 30 octobre 2013 du Dr I. _____, médecin spécialiste FMH en neurochirurgie et chirurgie du rachis, de la Clinique de J. _____, qui a noté une incontestable discopathie dégénérative C5-C6 avec une petite protrusion hernière foramidale droite. Le médecin a toutefois précisé que ces éléments apparaissaient déjà sur une IRM réalisée en 2009, mais de manière moins importante (dossier, pces 3 à 5). - Le certificat médical LAA du 27 novembre 2013 du Dr K. _____, médecin spécialiste FMH en médecine interne, qui a indiqué que la rondelle reçue au visage a engendré une plaie ouverte et une commotion (dossier, pces 1b et 6). - Le rapport médical initial du 29 novembre 2013 du Dr I. _____, qui a diagnostiqué une névralgie cervicobrachiale et proposé une infiltration cervicale (dossier, pce 2). - Le rapport du 2 décembre 2013 de F. _____ (dossier, pce 7). dd) événement du 17 janvier 2014 et instruction par l'assureur intimé La documentation médicale suivante figure au dossier: - Le rapport médical intermédiaire du 26 février 2014 du Dr K. _____, qui a diagnostiqué une commotion et recommandé une prise en charge habituelle (physiothérapie, ostéopathie) et éventuellement nouvelle consultation à F. _____ (dossier, pce 8). - Le rapport médical du 11 mars 2014 du Dr L. _____, médecin spécialiste FMH en médecine du sport, qui a soupçonne un dommage à la dentition (dossier, pce 9). - La prise de position du 16 avril 2014 du Dr M. _____, médecin spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, médecin médical certifié SIM, médecin conseil de l'assureur-accidents, qui a suggéré qu'une expertise neurologique soit mise en œuvre (dossier, pce 10). - Le rapport d'expertise du 25 juillet 2014 du Dr N. _____, médecin spécialiste FMH en neurologie, expert médical certifié SIM, qui a souligné que l'assuré n'avait jamais subi de traumatisme crânien avec perte de connaissance, que son status neurologique était rigoureusement normal et que l'examen neuropsychologique n'avait mis en évidence que des

Tribunal cantonal TC Page 9 de 13 difficultés attentionnelles légères. Il a ainsi exclu l'existence de troubles dégénératifs au niveau cervical, d'une vestibulopathie périphérique et d'une encéphalopathie traumatique chronique, même si cette dernière ne peut être totalement exclue dans une forme très débutante. Il a rappelé que l'activité exercée par l'assuré l'avait exposé à de très nombreux coups tout au long de sa carrière, à la suite desquels il avait présenté un tableau subjectif – d'apparition progressive depuis 2009-2010 – de céphalées chroniques, sensation vertigineuse, irritabilité, troubles de l'humeur et troubles exécutifs d'origine indéterminée. Il a précisé que l'anamnèse ne se limitait pas aux trois derniers événements annoncés et que l'événement du 12 septembre 2013 ne représente qu'un épiphénomène ne permettant pas d'expliquer à lui seul l'état de santé actuel de l'assuré. L'expert a ainsi conclu que l'activité habituelle n'était plus exigible, mais qu'une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles pouvait être exercée à plein temps sans limitations (dossier, pces 12 et 11). - La prise de position du 9 août 2014 du Dr M. _____, qui a fait siennes les conclusions de l'expertise du Dr N. _____, qu'il estime très claire. Il a exposé que l'incapacité de travail était due à une pathologie liée à des micro-traumatismes répétitifs subis pendant toute une carrière de hockeyeur. A son avis, il s'agit d'une contusion simple, en l'absence de perte de connaissance. Il a fait par ailleurs état d'une symptomatologie préexistante au plan neurologique, de telle sorte qu'elle ne justifie pas une incapacité de travail totale et qu'un statu quo sine pouvait être défini 2 à 3 semaines après le coup (dossier, pce 13). - Le rapport du 30 novembre 2014 de F. _____ (dossier, pce 14). - Le premier complément d'expertise du 8 janvier 2015 du Dr

N. _____, qui a rappelé que les événements de septembre 2013 et janvier 2014 ne pouvaient être qualifiés que de traumatismes crâniens simples et non pas de traumatismes crânio-cérébral, en l'absence de perte de connaissance. Le statu quo ante pouvait donc être considéré comme rétabli au plus tard après 3 semaines. Il a par ailleurs exclu d'éventuelles séquelles, dans la mesure où une IRM cérébrale et le status neurologique s'étaient révélés rigoureusement normaux. A son avis, lesdits événements ne sont donc pas responsables de l'état de santé actuel de l'assuré (dossier, pce 15). - Le deuxième complément d'expertise du 23 mars 2015 du Dr N. _____, qui a souligné, s'agissant de la question de l'existence d'une maladie professionnelle, que le diagnostic d'encéphalopathie post-traumatique n'avait pas été retenu avec un niveau de preuve prépondérant et que le tableau clinique présenté par l'assuré n'était en rien spécifique d'une telle affection (dossier, pce 16). - Le rapport d'expertise monodisciplinaire neurologique du 10 août 2015 du Dr O. _____, médecin spécialiste FMH en neurologie, de P. _____, qui a diagnostiqué un syndrome post- commotionnel (ICD-10 V-F07.2) avec entraînement d'une vestibulopathie centrale. Il a exposé que l'assuré avait « présenté un ensemble de symptômes (céphalées, vertiges, troubles attentionnels, troubles visuels), de brève durée une première fois en 2010, récidivants en 2012, puis devenant persistants, du moins pendant son activité sportive professionnelle, depuis l'accident du

E. 12

septembre 2013 ». Il a noté que les symptômes présentés par l'assuré étaient la conséquence de plusieurs événements isolés, mais qu'ils sont majoritairement dus à ceux des 13 septembre 2013 et 17 janvier 2014, en raison de la persistance des troubles après ces sinistres: « l'incapacité de travail comme hockeyeur sur glace professionnel est due pour une part de 60% à l'accident du

E. 13

septembre à lui seul, pour une autre part de 30% à celui du 17 janvier 2014, et pour une part de 10% au maximum aux autres accidents susmentionnés, cumulés (2010, 2012, 2 septembre 2013).

Tribunal cantonal TC Page 10 de 13 [...] On ne peut exclure un rôle facilitateur des deux premiers accidents de 2010 et 2012, et celui du 3 septembre 2013, même en l'absence de réelles séquelles de ces derniers (théorie bien connue dans la littérature du Second-impact Syndrome) ». Le médecin a par ailleurs retenu que « dans le diagnostic différentiel, une maladie professionnelle due aux microtraumatismes répétés a été, à juste titre, évoquée. A notre avis, il y a deux arguments pour ne pas retenir cette hypothèse à ce stade. Le premier est la cinétique d'apparition des troubles, clairement liée aux différents accidents, et en particulier à celui du 12 septembre 2013. Le deuxième est le fait que les symptômes semblent lentement en voie d'amélioration » (dossier, pce 18). - Le troisième complément d'expertise du 28 septembre 2015 du Dr N. _____, qui a maintenu qu'aucune des trois événements de 2013 et 2014 ne pouvait être tenu pour responsable de la situation clinique de l'assuré. Il a ainsi exposé que si la notion de syndrome post-commotionnel faisait sens à court terme, elle ne se justifiait pas à long terme. Il a par ailleurs soutenu que le Dr O. _____ avait utilisé le concept du syndrome de second impact à mauvais escient, dans la mesure où « ce qu'on désigne par syndrome de second impact est caractérisé par un effondrement du mécanisme d'autorégulation du cerveau lié à un nouveau traumatisme durant cette période et il est accompagné d'un œdème cérébral massif, conduit à une

paralysie respiratoire rapide, et entraîne des dommages permanents. Un tel tableau clinique n'est en rien comparable à ce qui est observé chez [l'assuré] ». Enfin, il a mentionné que le diagnostic de vestibulopathie centrale, également retenu par le Dr O. _____, n'est pas convaincant, attendu que le bilan neuro-otologique effectué est très incomplet, que rien ne laisse supposer une lésion cérébrale organique et que toutes les anomalies initialement constatées ont disparus après quelques séances de physiothérapie (dossier, pce 19). - Divers certificats d'incapacité de travail totale (dossier, pce 17). b) aa) Les accidents d'août 2009, septembre 2013 et janvier 2014 sont des événements qui se sont tous déroulés dans des circonstances similaires (charge ou choc contre la bande latérale lors d'une partie de hockey sur glace). De plus, les mêmes parties du corps ont été atteintes (le visage, la tête). Par ailleurs, ils sont survenus dans un laps de temps relativement bref au point, manifestement, que les conséquences respectives ne peuvent être que difficilement distinguées: En effet, le Dr N. _____, dans son rapport d'expertise du 25 juillet 2014, a explicitement retenu que l'activité exercée par l'assuré l'avait exposé à de très nombreux coups tout au long de sa carrière, que des troubles sont apparus depuis 2009-2010, que l'anamnèse ne se limitait pas aux trois derniers événements annoncés et que l'événement du 12 septembre 2013 ne représente qu'un épiphénomène ne permettant pas d'expliquer à lui seul l'état de santé actuel de l'assuré; et le Dr M. _____, dans sa prise de position du 9 août 2014, qui a fait siennes les conclusions de l'expertise du Dr N. _____, a également exposé que l'incapacité de travail était due à une pathologie liée à des micro-traumatismes répétitifs subis pendant toute une carrière de hockeyeur. Aussi appartenait-il nécessairement à l'autorité intimée de statuer sur les conséquences de l'ensemble des accidents survenus entre 2009 et 2013 dans la même décision (ATF 115 V 138 consid. 6; 115 V 407 consid. 5; arrêts TF 8C_1007/2012 du 11 décembre 2013 et U 391/91 du 17 décembre 2002). Or, l'assureur intimé a « refusé d'entrer en matière » sur les accidents de 2009 au motif qu'ils n'appartiendraient pas à l'objet du litige et qu'aucun document médical relatif à ces événements ne figure au dossier : en conséquence de quoi l'expert neurologue qu'il avait sollicité n'a pas été en mesure de se déterminer sur l'existence d'un lien de causalité avec ces premiers événements, mais s'est borné à nier l'existence d'un tel lien avec les accidents de 2013 et 2014.

Tribunal cantonal TC Page 11 de 13 L'assureur n'a toutefois jamais indiqué que ce « refus d'entrer en matière » était lié au fait qu'il n'était pas tenu de prêter parce que le recourant n'était à cette époque pas assuré auprès de lui. Il paraît en effet bien plutôt que les joueurs de l'équipe du recourant étaient tous assurés à cette époque auprès de l'assureur intimé, via le club employeur (le recourant le soutient dans son mémoire et l'assureur intimé ne l'a pas contesté dans ses observations). La non-couverture du recourant en 2009 ne saurait au demeurant se déduire de la conclusion en 2012 d'un nouveau contrat de joueur passé avec son club. Que le club employeur n'ait apparemment pas annoncé la survenance de ce premier évènement, alors même qu'il lui incombait vraisemblablement de le faire dès lors que cet évènement avait eu lieu dans le cadre de l'activité professionnelle de joueur de hockey, ne saurait non plus justifier un tel « refus d'entrer en matière » pouvant éventuellement conduire à la négation du droit ultérieur aux prestations de l'assuré (cf. dans ce sens l'art. 45 LAA et ss). Bien au contraire, la cause doit être renvoyée à l'assureur intimé afin qu'il instruisse et statue sur la question, nécessaire à la solution du litige et demeurée non éclaircie (cf. supra 6b), du lien de causalité entre l'atteinte finalement signalée et la succession des accidents professionnels à partir de 2009. Il sied d'ores et déjà de constater à cet égard qu'il est patent et incontesté que les troubles constatés chez l'assuré

sont la conséquence d'un ou de plusieurs de ces évènements accidentels (plutôt que d'une maladie professionnelle, dès lors que l'on se trouve manifestement en présence d'une succession d'atteintes soudaines et involontaires, toutes extérieures et extraordinaires au sens de l'art. 4 LAA). Or, dans un tel cas de figure, s'il n'est pas possible de déterminer conformément à la règle du degré de vraisemblance prépondérante auquel des accidents entrant en ligne de compte il faut imputer l'atteinte à la santé, la personne assurée a droit aux prestations (RAMA 2002 522 = SVR 2003 UV no 6 15). bb) La Cour de céans retient, de surcroît, d'une part, que l'expertise administrative du Dr N. _____ est contradictoire et, d'autre part, que l'expertise privée du Dr O. _____ n'est pas non plus convaincante. Le Dr N. _____ a, en effet, dans son rapport d'expertise du 25 juillet 2014, exposé que l'assuré présentait un tableau subjectif d'apparition progressive depuis 2009-2010, sans marquer ou nier l'importance d'un accident en particulier. Puis, dans son premier complément d'expertise du 8 janvier 2015, il a retenu que les événements de septembre 2013 et janvier 2014 ne pouvaient être qualifiés que de traumatismes crâniens simples et a dès lors estimé que lesdits événements n'étaient pas responsables de l'état de santé actuel de l'assuré. A défaut d'explication ou de précision, ces appréciations se contredisent. Le Dr O. _____, quant à lui, a retenu que l'atteinte à la santé était majoritairement due aux accidents des 13 septembre 2013 et 17 janvier 2014, en raison de la persistance des troubles après ces sinistres. Or, ainsi que nous l'avons vu (cf. supra 4a), le principe « post hoc, ergo propter hoc » ne saurait être considéré comme un moyen de preuve et ne permet pas d'établir un lien de causalité naturelle au degré de la vraisemblance prépondérante. Par ailleurs, les critiques relatives à l'utilisation du concept du syndrome de second impact formulées par le Dr N. _____, dans son troisième complément d'expertise du 28 septembre 2015, apparaissent pertinentes. 8. a) Partant, le recours, bien fondé, doit être admis et la décision sur opposition du 10 février 2016 annulée.

Tribunal cantonal TC Page 12 de 13 La cause est renvoyée à l'assureur intimé, afin qu'il procède à une instruction complémentaire au sens des considérants et rende une nouvelle décision portant sur la totalité des accidents survenus entre 2009 et 2013, cette séquence d'évènements accidentels devant, comme il a été exposé, s'apprécier dans son ensemble. b) 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. c) Ayant obtenu par là gain de cause (cf. ATF 132 V 215 consid. 6.2), le recourant a droit à des dépens. Le 13 octobre 2016, Me Vanvlaenderen a déposé sa liste de frais, portant sur un total de 2'225 minutes (37 heures et 5 minutes), sans toutefois fournir le détail du temps consacré à chaque opération. Attendu qu'aucun dépens n'est accordé pour la procédure d'opposition (ATF 117 V 401; SVR 2003 UV no 19 60 = RAMA 2003 364; art. 52 al. 3 LPGA) et que la grande majorité des opérations listées dans la liste de frais en question a été effectuée dans le cadre de ladite procédure, la liste de frais du 13 octobre 2016 ne peut servir de base pour le calcul de l'indemnité de dépens. Conformément aux art. 137 ss du code du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative (CPJA; RSF 150.1) et du tarif du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative (Tarif/JA; RSF 150.12), au regard du travail effectué par le mandataire du recourant (12 pages et demie) ainsi que de la difficulté et de l'importance relatives du litige, il se justifie de fixer ex aequo et bono l'indemnité à laquelle ce dernier a droit à CHF 3'750.- (15 heures à CHF 250.-), débours compris, plus CHF 300.- au titre de la TVA à 8%. Cette indemnité totale de CHF 4'050.- est intégralement à la charge de l'assureur intimé.

Tribunal cantonal TC Page 13 de 13 la Cour arrête: I. Le recours est admis au sens des considérants. Partant, la décision sur opposition du 10 février 2016 est annulée et la cause renvoyée à l'autorité intimée afin qu'elle procède à une instruction complémentaire et rende une nouvelle décision, dans le sens des considérants. II. Il n'est pas perçu de frais de justice. III. Il est alloué à A. _____ pour ses frais de défense une indemnité de CHF 3'750.-, plus CHF 300.- au titre de la TVA à 8 %, soit un total de CHF 4'050.-. Elle est intégralement à la charge de B. _____ et sera directement versée à Me Vanvlaenderen. 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 27 juillet 2017/yho Président Greffier-stagiaire

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