

FR_GERICHTE 605 2016 96 vom 29. März 2017

FR Kantonsgericht, 2017-03-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2016_96

FR: FR_GERICHTE 605 2016 96 du 29 mars 2017

IT: FR_GERICHTE 605 2016 96 del 29 marzo 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, la recourante, dûment représentée, étant en outre directement atteinte par la décision querellée et ayant dès lors un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit, cas échéant, annulée ou modifiée.

E. 2

L'art. 81 al. 3 du code du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative (CPJA; RSF 150.1) énonce que, dans son mémoire, le recourant ne peut pas prendre des conclusions qui sortent du cadre des questions qui ont été l'objet de la procédure antérieure. La décision attaquée détermine l'objet de la contestation qui peut être porté devant la Cour de céans dans le cadre d'un recours. En l'occurrence, tant dans la décision du 2 juin 2015 que dans la décision sur opposition du 2 mars 2016, l'autorité intimée a refusé "la prise en charge des traitements dès le 01.04.2015 [et] la prise en charge de la genouillère qui est un traitement à but préventif". L'objet de la contestation est limité à ces questions. Dès lors, lorsque la recourante demande l'octroi d'indemnités journalières, elle sort de l'objet de la contestation déterminé par la décision litigieuse. Elle présente de conclusions plus amples devant l'instance de recours, qui excèdent l'objet de la contestation. Au même titre, les droits à la rente et/ou à une indemnité pour atteinte à l'intégrité – qui sont tous deux évoqués par la recourante dans ses mémoires – ne font pas partie de l'objet de la contestation. Au demeurant, il n'appartient pas à la Cour d'évaluer la prise en charge d'un traitement précis – en l'occurrence une genouillère prescrite pour les activités sportives "comme la marche et la danse country" – qui avait été refusée. Même en présence d'une atteinte causale, les autres conditions quant à la prise en charge du traitement médical devraient être approfondies par l'autorité intimée. La Cour rappelle, par exemple, que seules les mesures qui visent une amélioration de l'état de santé ou à éviter une péjoration de cet état – à l'exclusion des mesures qui se contentent de soulager momentanément des douleurs occasionnées par un état par ailleurs stationnaire (cf. arrêt TC FR 605 2015 100 du 11 août 2016 consid. 8 et les références) – sont prises en charge par l'assureur-accidents. Lorsqu'il s'écarte de l'objet de la contestation, le recours est irrecevable. Cas échéant, il en sera particulièrement tenu compte dans le calcul de l'indemnité de partie.

E. 3

Dans son intervention du 10 janvier 2017, l'autorité intimée soutient que l'opposition déposée par la recourante était irrecevable car fondée sur un comportement abusif de la

recourante. A cet égard, elle soutient que le délai d'opposition n'est pas prolongeable et qu'une demande de prolongation du délai pour motiver est assimilé à un tel comportement. A l'appui de ce raisonnement, l'autorité intimée cite l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_191/2016 du 18 mai 2016.

Tribunal cantonal TC Page 4 de 9 Il n'est en soit pas contesté – ni contestable – que le délai d'opposition de trente jours (art. 52 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; LPGa; RS 830.1) est un délai légal non susceptible d'être prolongé. Il convient cependant de prendre en considération les circonstances du présent cas, lesquelles diffèrent de celles prévalant dans l'arrêt 9C_191/2016 dont se prévaut l'autorité intimée. En effet, le 17 juin 2015, soit peu après la décision du 2 juin 2015, la recourante a informé l'autorité intimée qu'elle attendait l'avis d'un second médecin. Par courrier du 17 juin 2015, la Zurich a accusé réception du courrier par lequel son assurée s'était "opposée provisoirement à la décision" et lui a octroyé un délai supplémentaire pour motiver son opposition (dossier Zurich, pièce Z47). Par la suite, par courriers des 14 août 2015 et 15 septembre 2015, la Zurich a admis de prolonger le délai à deux reprises "pour motiver votre opposition" (dossier Zurich, pièces Z51 et Z53). Au vu de ces circonstances, la recourante – qui n'était alors pas représentée par un mandataire professionnel – pouvait légitimement croire qu'elle avait déposé une opposition valable le 17 juin 2015, laquelle pouvait être complétée dans un second temps, ce qu'elle a finalement fait le 12 septembre 2015. Au demeurant, l'autorité intimée a expressément admis cette manière de procéder dès lors qu'elle a considéré le courrier du 17 juin 2015 comme une "opposition provisoire", créant par là même une institution inconnue en droit des assurances sociales. Elle a également rendu une décision "sur opposition" le 2 mars 2016, sujette à recours devant la Cour de céans. Lors du double échange d'écritures, elle ne s'est enfin pas offusquée du non respect du délai d'opposition. Ce n'est que dans son intervention spontanée du 9 janvier 2017, soit plus d'une année et demie après la décision du 2 juin 2015, que l'autorité se prévaut de ce motif. Au vu de l'ensemble de ce qui précède, celui-ci ne saurait convaincre.

E. 4

En application des dispositions transitoires de la modification de la loi du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA; RS 832.20) du 25 septembre 2015 (assurance-accidents et prévention des accidents; cf. RO 2016 4375; FF 2008 4877, 2014 7691), entrées en vigueur le 1er janvier 2017 et concernant notamment les règles applicables en matière de lésions assimilables à un accident, il convient d'examiner le bien-fondé de la décision sur opposition du 17 mars 2016 à l'aune des dispositions alors en vigueur.

E. 5

a) L'art. 6 al. 1 LAA, dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016 (ci-après: aLAA), prévoit que les prestations de l'assurance-accidents obligatoire sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident au sens de cette disposition, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique, ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGa). Selon l'art. 6 al. 2 aLAA, le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident (al. 2). En vertu de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 9 al. 2 de l'ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents (OLAA; RS 832.202; dans sa version en vigueur jusqu'au 31

décembre 2016; ci-après: aOLAA) qui prévoit que les fractures (let. a), les déboîtements d'articulations (let. b), les déchirures du ménisque (let. c), les déchirures des muscles (let. d), les élongations des muscles (let. e), les déchirures des tendons (let. f), les lésions des ligaments (let.

Tribunal cantonal TC Page 5 de 9 g) et les lésions du tympan (let. h) sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. Selon la jurisprudence, cette liste des lésions assimilées à un accident est exhaustive (ATF 114 V 302 consid. 3d; RAMA 1988 No U 57 p. 372 et No U 58 p. 375; MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2e éd. 1989, p. 202). La responsabilité de l'assureur-accidents suppose, par ailleurs, que soient réunis tous les éléments caractéristiques d'un accident – dont, particulièrement, celle d'un mouvement soudain et volontaire –, à l'exception du facteur extérieur de caractère extraordinaire. A cette condition, les atteintes à la santé mentionnées à l'art. 9 al. 2 let. b à h aOLAA devraient être considérées comme des atteintes assimilées à un accident même si elles sont imputables, en tout ou partie, à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs (ATF 114 V 300). b) 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). c) L'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPG) 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). 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). 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

Tribunal cantonal TC Page 6 de 9 comme relativement stabilisé (cf. ATF 134 V 109 consid. 4.3; cf. ég. arrêts TF U 305/03 du 31 août 2004 et U 89/95 du 21 novembre 1995; RAMA 2005 p. 366; MAURER, op. cit., p. 274).

E. 6

a) En droit des assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le tribunal, lequel apprécie librement les preuves sans être lié par des règles formelles (art. 108 al. 1 let. c LAA). Mais ce principe n'est pas absolu. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 195 consid. 2; VSI 1994 p. 220 consid. 4; comp. ATF 125 III 238 consid. 4a). Car si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve : en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 264 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 375 consid. 3; RAMA 1999 n° U 344, p. 418 consid. 3). Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2 et la référence), entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans les limites du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 264 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêts TF U 359/04 du 20 décembre 2005 consid. 2; U 389/04 du 27 octobre 2005 consid. 4.1, U 222/04 du 30 novembre 2004 consid. 1.3 et les références). Une lésion au sens de l'art. 6 al. 2 aLAA et 9 al. 2 aOLAA est assimilées à un accident aussi longtemps que leur origine malade ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, n'est pas clairement établie. On ne se fondera donc pas simplement sur le degré de vraisemblance prépondérante pour admettre l'évolution d'une telle atteinte vers un statu quo sine. Sinon, on se trouverait à nouveau confronté, immédiatement après avoir admis l'existence d'une lésion assimilée à un accident, à la difficulté de distinguer entre l'origine accidentelle et malade de cette atteinte (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). L'origine malade ou dégénérative des lésions doit être manifeste pour exclure toute cause accidentelle (arrêt TF 8C_347/2013 du 18 février 2014 consid. 4.3). 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 (arrêt TF 8C_456/2010 du 19 avril 2011 consid. 3 et la référence citée). En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre.

Tribunal cantonal TC Page 7 de 9 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).

E. 7

Est en l'espèce litigieuse la responsabilité de l'assureur-accidents après le 31 mars 2015. Il convient de se référer au dossier. a) Pour mémoire, il convient de rappeler que la recourante a subi un premier accident dans la nuit du 9 au 10 mai 2014, lors duquel elle a heurté le genou gauche contre un meuble. La Zurich a pris le cas en charge. Le 26 septembre 2014, l'assurée serait encore tombée d'une bordure et aurait à nouveau subi un choc au genou gauche. Les prestations étaient alors en cours. b) Dans son courrier du 29 février 2016, le Dr D. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, mentionne l'existence d'une gonarthrose découverte dans le cadre d'une intervention. Selon lui, il est "possible" que l'accident de la nuit du

E. 9

au 10 mai 2014 soit la cause unique ou partielle de cette atteinte (dossier Zurich, pièce Z63). Pour sa part, le Dr E. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin traitant, diagnostique une "probable pré-arthrose aux deux genoux" et un "status après ménisectomie interne en 2 temps du genou gauche". Il estime que les "douleurs de type inflammatoire" que sa patiente présente encore "sont plutôt à mettre en rapport avec les troubles dégénératifs au niveau de ce genou" (rapport du 10 avril 2015, dossier Zurich, pièce ZM28). Ces deux orthopédistes estiment dès lors, en substance, qu'il est à tout le moins possible ou tout au plus probable que les douleurs dont souffre encore aujourd'hui la recourante sont d'origine dégénérative. Pour leurs parts, les autres médecins consultés ne donnent pas un avis clair et convaincant à l'égard de cette problématique. Le Dr F. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin-conseil auprès de la Zurich, propose de mettre un terme aux prestations au 31 mars 2015 "vu [ce] que le Dr E. _____ décrit dans son courrier du 10.04.2015" et, partant, l'on doit donc admettre qu'il considère que l'atteinte est de nouveau d'origine exclusivement dégénérative (dossier Zurich, pièce ZM29). Le médecin déclare fonder son opinion essentiellement sur le rapport du Dr E. _____ du

E. 10

avril 2015. Or, ce dernier, on l'a vu, n'est pas si affirmatif. Le Dr F. _____ semble dès lors procéder à une lecture approximative de sa source principale, ce qui nous amène à prendre son avis avec recul.

Tribunal cantonal TC Page 8 de 9 Pour sa part, le Dr G. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, dit seulement que "l'histoire a débuté par un accident" (rapport du 30 septembre 2015, bordereau recours, pièce 2). Quant au Dr H. _____, spécialiste FMH en médecine interne générale et en médecine physique et réadaptation, celui-ci se contente d'indiquer l'évolution de la situation et de présenter ses diagnostics (rapport du 14 décembre 2015, bordereau recours, pièce 3). Les deux médecins n'examinent ainsi pas la question de l'étiologie actuelle des troubles de

la recourante, ce qui aurait permis d'appréhender celle du statu quo sine vel ante. Néanmoins, les diagnostics de "gonarthrose fémoro-tibiale" et de "syndrome fémoro-patellaire" font penser à une origine dégénérative. Il ressort de ce qui précède que les douleurs dont souffre encore aujourd'hui la recourante apparaissent être vraisemblablement d'origine dégénérative. Cependant, la vraisemblance ne saurait suffire en l'espèce, au sens de l'art. 9 al. 2 aOLAA. En effet, l'origine malade ou dégénérative des lésions doit être manifeste pour exclure toute cause accidentelle et cesser d'engager l'assureur-accidents. Dans ces conditions, on ne peut exclure que l'accident joue encore un rôle, ne serait-ce que partiel, dans l'état de santé de la recourante au-delà du 31 mars 2015. Sur ce point, les arguments de la recourante sont ainsi bien fondés. 8. Le recours doit dès lors être admis, pour autant que recevable, et la cause renvoyée à l'autorité intimée pour examiner le droit aux prestations et nouvelle décision. La procédure étant gratuite en matière d'assurance-accidents, il n'est pas perçu de frais de justice. Ayant obtenu gain de cause, la recourante, représentée par une mandataire professionnelle, a droit à des dépens pour ses frais de défense. Le 27 février 2017, cette dernière a déposé sa liste de frais pour un montant total de CHF 8'332.15, soit CHF 7'638.05 au titre d'honoraires (30.33 heures x CHF 250.-), CHF 77.20 au titre de frais et CHF 616.90 au titre de la TVA. Cela étant, les opérations effectuées peuvent sembler excessives : les différents mémoires d'écritures analysaient dans le détail le dossier médical, alors même que, là encore, cette analyse se fait en principe d'office. Cette approche civiliste de la matière doit être laissée à la seule initiative et responsabilité de l'avocate et ne saurait être mise à la charge de la Zurich: la critique de sa décision ne méritait sans doute pas de figurer dans un mémoire aussi exhaustif. Certes, la recourante obtient au final gain de cause. Cela ne veut pas pour autant dire que toutes les opérations effectuées par cette l'avocate étaient strictement nécessaires, et c'est cela qu'il s'agit de déterminer pour fixer l'indemnité de partie. En l'occurrence, le cas d'espèce ne saurait être qualifié de complexe, que cela soit au regard des faits à apprécier ou du droit à appliquer. Dans le droit sens de ce qui précède, il convient dès lors de s'écarter de la liste de frais produite. Partant, afin de tenir également compte de la recevabilité partielle des conclusions présentées par la recourante devant la Cour et les opérations strictement nécessaires à effectuer, l'indemnité de partie est fixée ex aequo et bono à CHF 2'500.-, plus CHF 200.- au titre de la TVA (8%). Cette indemnité est intégralement mise à la charge de l'autorité intimée et sera directement versée à la mandataire de la recourante.

Tribunal cantonal TC Page 9 de 9 la Cour arrête: I. Le recours, pour autant que recevable, est admis. Partant, la décision sur opposition du 2 mars 2016 est annulée et la cause renvoyée à l'autorité intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants. II. Il n'est pas perçu de frais de justice. III. L'équitable indemnité allouée à la recourante pour ses frais de défense est fixée à CHF 2'500.- plus CHF 200.- au titre de la TVA à 8%, soit à un total de CHF 2'700.-; elle est mise intégralement à la charge de la Zurich Compagnie d'assurances SA. 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 29 mars 2017/pte Président

Greffier

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