

FR_GERICHTE 605 2017 105 vom 7. Mai 2018

FR Kantonsgericht, 2018-05-07, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2017_105

FR: FR_GERICHTE 605 2017 105 du 7 mai 2018

IT: FR_GERICHTE 605 2017 105 del 7 maggio 2018

Regeste

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

Erwägungen

E. 13

février 2008. Le cas a été annoncé à la SUVA, qui a pris en charge les traitements nécessaires et a également alloué une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 28% le 10 août 2009. Suite à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse le 13 juin 2012, l'assuré a été adressé, dès l'automne 2013, au Dr C._____, spécialiste en chiropratique, pour un traitement de chiropraxie et de rééducation, qui a été pris en charge par l'assurance-accidents. B. Par décision du 23 octobre 2015, la SUVA a refusé de lui accorder une rente d'invalidité, à défaut de perte de gain. L'assuré avait en effet entrepris dans l'intervalle, avec le soutien de l'AI, une formation professionnelle d'employé de commerce, la profession de peintre en carrosserie n'étant plus exigible. Ce refus de rente n'a pas été contesté. C. Dans une nouvelle décision du 28 février 2017, la SUVA a mis un terme, à compter du

E. 15

janvier 2017, à la prise en charge du traitement de chiropraxie dont bénéficiait son assuré depuis 2013, au motif que ce traitement n'avait pas un caractère économique et utile selon l'avis de son médecin d'arrondissement, le Dr D._____. Cette décision a été confirmée sur opposition le 11 avril 2017. D. Le 11 mai 2017, A._____, par l'intermédiaire de son mandataire, Me Charles Guerry, avocat, interjette recours contre cette dernière décision. Il conclut, sous suite de dépens, à l'annulation de la décision sur opposition et au renvoi de la cause à la SUVA pour instruction médicale complémentaire et nouvelle décision. En substance, il affirme que la SUVA n'a pas procédé aux investigations complémentaires préconisées par le premier médecin d'arrondissement consulté, afin de déterminer si le traitement de chiropraxie était ou non propre à éviter une péjoration de son état de santé, de sorte que la décision repose sur une constatation incomplète des faits pertinents. À l'appui de sa position, il produit un rapport du 11 avril 2017 de son chiropraticien traitant, le Dr C._____. Dans ses observations du 21 juin 2017, la SUVA, représentée par Me Olivier Derivaz, avocat, propose le rejet du recours. En particulier, elle se prévaut du fait que l'appréciation du Dr D._____ a été établie en pleine connaissance du dossier et considère qu'aucun élément médical ne permet de remettre en cause l'avis de ce dernier, de sorte qu'aucune investigation supplémentaire n'est nécessaire.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 8 Dans ses contre-observations du 29 janvier 2018, le recourant produit de nouveaux rapports médicaux attestant de la nécessité de la poursuite du traitement de chiropraxie, et affirme que ce traitement est indispensable à la poursuite de son activité professionnelle à plein temps. Le 5 mars 2018, l'autorité intimée a considéré

que les nouveaux rapports produits n'apportent aucun argument médical complémentaire et a dès lors confirmé sa position. Aucun autre échange d'écritures n'a été ordonné. Il sera fait état des arguments, développés par les parties à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants de droit du présent arrêt, pour autant que nécessaire à la solution du litige. 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 sur opposition attaquée et dûment représenté, le recours est recevable. 2. 2.1. 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. 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. 2.2. Dans le catalogue des prestations de l'assurance-accidents figure notamment le droit au traitement médical. 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). 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

Tribunal cantonal TC Page 4 de 8 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). 2.3. 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. Cela étant, 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 (arrêt du TF 8C_456/2010 du 19.04.2011 consid. 3 et la référence citée). En effet, pour que l'assuré ait une chance raisonnable de soumettre sa cause au juge, sans être clairement désavantagé par rapport à l'assureur (sur l'inégalité relativement importante entre les parties en faveur de l'assurance, cf. ATF 135 V 165 consid. 4.3.1 in fine), le tribunal ne peut pas, lorsqu'il existe des doutes quant à la fiabilité et la pertinence des constatations des médecins internes à l'assurance, procéder à une appréciation des preuves définitive en se fondant d'une part sur les rapports produits par l'assuré et, d'autre part, sur ceux des médecins internes à l'assurance. Pour lever de tels doutes, le juge doit soit ordonner une expertise judiciaire, soit renvoyer la cause à l'organe de l'assurance pour qu'il mette en œuvre une expertise dans le cadre de la procédure prévue par l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6). 3. Est seule litigieuse en l'espèce la prise en charge, par l'assurance-accidents, du traitement de chiropraxie suivi par le recourant, au-delà du 15 janvier 2017, en particulier sous l'angle de l'art. 54 LAA. L'existence d'un lien de causalité entre l'accident du 22 novembre 2007 et les troubles actuels du recourant, qui justifient selon lui la poursuite de cette thérapie, n'est en revanche pas contestée. Qu'en est-il ? 3.1. En l'espèce, à l'appui de son refus de prester, la SUVA se prévaut exclusivement de l'avis de son médecin d'arrondissement, le Dr D. _____, qui s'est prononcé sur le cas dans une note du 5 janvier 2017, ainsi que dans son appréciation médicale du 20 février 2017.

Tribunal cantonal TC Page 5 de 8 Dans sa note du 5 janvier 2017, ce dernier a nié le caractère économique et utile du traitement au motif que « l'accident date de 2007 », sans autre explication ni proposition de traitement alternatif (dossier SUVA, pièce 193). Il a confirmé ce point de vue dans son appréciation médicale du 20 février 2017, en relevant le fait qu'en automne 2016, il avait été jugé nécessaire de procéder à des investigations approfondies auprès d'un spécialiste de la colonne et au moyen de radiographies, ce qui n'a pas été effectué. Dès lors, le traitement litigieux ne saurait être considéré comme un traitement efficace et approprié, 10 ans après l'accident (« Chiropraktische Massahmen alle 3 Wochen scheinen 10 Jahre nach dem Unfallereignis kaum eine wirksame und zweckmässige Behandlung darzustellen »; dossier SUVA, pièce 197). En cela, il se référait à une note du 30 septembre 2016 de la Dresse E. _____, spécialiste en neurochirurgie et médecin d'arrondissement de la SUVA, à laquelle l'autorité intimée avait soumis le cas afin de déterminer si le traitement de chiropraxie devait continuer à être pris en charge. Celle-ci avait tout d'abord confirmé le lien de causalité avec l'accident, puis avait indiqué que la nécessité du traitement en vue de la conservation ou de l'amélioration de la capacité de gain était « probable ». Elle avait ajouté qu'il convenait de « proposer pour le futur des autoexercices vu que l'accident date de 2007 (8 ans) ». Enfin, à la question de savoir si des traitements supplémentaires étaient nécessaires au maintien de l'état de santé actuel, elle avait recommandé un contrôle auprès du Dr F. _____ de G. _____ en cas de persistance des plaintes, ainsi que des radiographies lombaires actuelles (soumission au médecin d'arrondissement du 30 septembre 2016, dossier SUVA, pièce 184). 3.2. Pour sa part, le recourant affirme n'avoir pris connaissance de cet avis médical que lors de la consultation du dossier dans le cadre de son opposition à la décision du 30 mars 2017. La SUVA aurait continué de prendre en charge le traitement sans jamais lui avoir demandé de

se soumettre aux contrôles supplémentaires recommandés par la Dresse E. _____, de sorte qu'on ne saurait le lui reprocher. Sur le fond, il affirme que ce traitement est nécessaire pour lui permettre de continuer à exercer à plein temps l'activité d'employé de commerce dans laquelle il s'est reconverti avec succès suite à l'accident. A défaut, son absentéisme au travail, pour l'heure très faible, risquerait de s'aggraver, ce qui représenterait des coûts supplémentaires à charge de l'autorité intimée. A cet égard, il se réfère à l'avis du Dr C. _____, spécialiste en chiropratique, qui a confirmé à plusieurs reprises la nécessité de poursuivre le traitement. Ce dernier s'est notamment prononcé en faveur de la poursuite, à long terme, du traitement de chiropraxie, à raison d'une séance toutes les 3 semaines, dans ses rapports des 4 août 2016 et 31 octobre 2016 à l'attention de la SUVA (dossier SUVA, pièces 183 et 192). Dans un rapport complémentaire du 11 avril 2017, le chiropraticien indique que « le traitement médical a comme but de diminuer les blocages à répétition, de tenter d'améliorer les douleurs chez ce patient et de maintenir une qualité de vie ainsi qu'un fonctionnement le plus optimal possible. Il est très difficile de se prononcer sur une péjoration des symptômes sans ou avec traitement, puisque, malgré la prise en charge, [le patient] continue à avoir des douleurs et des blocages qui sont plus fréquents par période et moins fréquents à d'autres périodes ». Il ajoute

Tribunal cantonal TC Page 6 de 8 que « l'absentéisme [du patient] risque d'augmenter si les douleurs et les blocages deviennent de plus en plus fréquents ou intenses » (bordereau recourant, pièce 3). En outre, dans un rapport du 6 septembre 2017, il atteste d'une péjoration de l'état de la colonne lombaire du patient, ayant causé l'incapacité de travail du 21 au 27 août 2017, et recommande la reprise du suivi par un spécialiste en neurochirurgie, et en particulier le Dr B. _____, ainsi que par un neurologue, notamment dans l'optique de confirmer le diagnostic suspecté d'arachnoïdite (pièce complémentaire produite par le recourant le 29 janvier 2018). Enfin, dans un dernier rapport du 17 janvier 2018, le chiropraticien indique que ce diagnostic n'a pas été confirmé par le neurologue consulté, le Dr H. _____, qui a toutefois constaté une atteinte irritative chronique de la racine L5. Il précise que la seule péjoration constatée est « un affaissement du disque L3-L4, qui n'a pas de conséquence sur la stabilité et l'alignement global de la colonne » et qui « n'entraîne pas de limitation plus importante par rapport aux limitations qui existent déjà pour [le patient] en tant qu'employé de commerce ». Il estime toutefois qu'« un suivi médical est nécessaire, afin de trouver une solution pour gérer les douleurs. Il est important qu'il continue un renforcement musculaire et une activité physique régulière, afin de maintenir une bonne musculature et une bonne stabilité du rachis » (pièce complémentaire produite par le recourant le 29 janvier 2018). Le recourant se prévaut encore de l'avis du Dr B. _____, consulté à nouveau, qui indique que l'état de santé ne s'est « pas franchement péjoré » depuis 2013, tout en affirmant que « l'état lombaire nécessite la poursuite de la prise en charge de chiropraxie ». Il précise toutefois ne pas pouvoir se prononcer sur les effets d'un éventuel arrêt du traitement (« on ne peut pas non plus jurer que le patient augmentera son absentéisme, le traitement médicamenteux peut être une solution alternative à la chiropraxie »; rapport du 11 juillet 2017 produit par le recourant le 29 janvier 2018). 3.3. En premier lieu, la Cour constate qu'il ne ressort nullement du dossier que la SUVA aurait demandé au recourant de se soumettre aux investigations complémentaires demandées par la Dresse E. _____ suite à son appréciation du 30 septembre 2016. Seul un questionnaire a été adressé au recourant, que ce dernier a retourné à la SUVA le 14 octobre 2016, dans lequel il mentionne la poursuite de son traitement auprès du Dr C. _____ (dossier SUVA, pièce 187). L'autorité intimée a également demandé à G. _____ le dossier radiologique du

recourant le 3 octobre 2016 (dossier SUVA, pièce 186), qui lui a été produit le 14 novembre 2016 (dossier SUVA, pièce 190). Un rapport médical intermédiaire a encore été demandé au Dr C._____ le 31 octobre 2016 (dossier SUVA, pièce 188), dans lequel ce dernier relève une « persistance / augmentation des douleurs lombaires basses », émet un pronostic « réservé » et recommande la poursuite, à « long terme », du traitement de chiropraxie, à raison d'une séance toutes les 3 semaines (rapport du 14 décembre 2016, dossier SUVA, pièce 192). Il a ainsi confirmé le contenu de son rapport du 4 août 2016, dans lequel il avait déjà indiqué à la SUVA qu'il convenait de continuer à long terme le traitement de rééducation chiropratique (dossier SUVA, pièce 183).

Tribunal cantonal TC Page 7 de 8 Force est ainsi d'admettre que l'appréciation du Dr D._____, sur laquelle se fonde l'autorité intimée, est mise en doute par différents éléments du dossier, y compris l'avis du premier médecin d'arrondissement consulté, qui avait qualifié de « probable » la nécessité du traitement litigieux. Dans ces circonstances, en présence d'opinions médicales divergentes, il est difficile de se prononcer en faveur de l'une ou de l'autre et l'avis du médecin d'arrondissement de la SUVA ne saurait être considéré comme décisif, de sorte que l'on doit admettre que l'instruction à laquelle a procédé la SUVA était à tout le moins entachée d'un doute. À cet égard, au vu de la jurisprudence récente du TF, qui paraît préconiser qu'une expertise soit systématiquement diligentée en présence d'un « doute à tout le moins léger » quant à la pertinence de l'avis du médecin de la SUVA (cf. arrêts TF 8C_370/2017 du 15 janvier 2018 consid. 3.3.3; 8C_586/2017 du 20 décembre 2017 consid. 5.3; 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 4.4), et même si cette jurisprudence pourrait remettre en cause le principe de la vraisemblance prépondérante ici applicable, on ne saurait l'ignorer et il sied dès lors d'annuler la décision sur opposition et de renvoyer le dossier à l'autorité intimée pour complément d'instruction. 3.4. Au vu de ce qui précède, le recours, bien fondé, doit être admis et la cause renvoyée à l'autorité intimée pour complément d'instruction, en vue de déterminer si le traitement de chiropraxie répond aux exigences de l'art. 54 LAA et doit dès lors être pris en charge par l'assurance-accidents, question qui ne dépend pas, dans le cas d'espèce, de l'existence du lien de causalité qui n'est pas remis en cause. 4. 4.1. La procédure étant gratuite en matière d'assurance-accidents, il n'est pas perçu de frais de justice. 4.2. Ayant obtenu gain de cause, le recourant a droit à une indemnité de partie. En l'espèce, bien qu'ayant dûment été invité à produire sa liste de frais par courrier du 26 juin 2017, le mandataire du recourant ne l'a pas fait. L'indemnité de partie est dès lors fixée par forfait à CHF 2'000.-, débours compris, ce qui permet de tenir compte de la difficulté et de l'importance toutes relatives de l'affaire, qui n'aurait pas dû nécessiter plus de 8 heures de travail. Pour sa part, la TVA, calculée au taux de 8%, la majorité des opérations ayant manifestement été effectuées avant le 31 décembre 2017, se monte à CHF 160.-. Cette somme, d'un total de CHF 2'160.- est intégralement mise à la charge de l'autorité intimée qui succombe.

Tribunal cantonal TC Page 8 de 8 la Cour arrête: I. Le recours est admis. Partant, la décision sur opposition est annulée et la cause renvoyée à l'autorité intimée pour instruction complémentaire, ceci afin de déterminer le caractère approprié du traitement de chiropraxie, en vue de son éventuelle prise en charge. II. Il n'est pas perçu de frais de justice. III. Il est alloué au recourant une indemnité de partie, fixée à CHF 2'160.-, dont CHF 160.- au titre de la TVA (8%), mise intégralement à la charge de l'autorité intimée. 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 7 mai 2018/isc Le Président: La Greffière:

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