

FR_GERICHTE 605 2017 75 vom 24. September 2018

FR Kantonsgericht, 2018-09-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2017_75

FR: FR_GERICHTE 605 2017 75 du 24 septembre 2018

IT: FR_GERICHTE 605 2017 75 del 24 settembre 2018

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 un assuré directement touché par la décision attaquée et dûment représenté, le recours est recevable.

E. 2

Dans son écriture de recours, le recourant a fait valoir que son droit d'être entendu aurait été violé, dans la mesure où la prise de position du 27 février 2017 du Dr E. _____ et celle du 26 avril 2016 du Dr F. _____ ne lui aurait pas été soumis lors de la consultation du dossier. L'assureur- accidents a admis avoir omis de transmettre la prise de position du 27 février 2017 du Dr E. _____ avec la décision sur opposition, mais a précisé que l'appréciation du 26 avril 2016 du Dr F. _____ avait dû être envoyée avec l'entier du dossier de l'assuré à son mandataire. Cette question doit être traitée à titre liminaire dans la mesure où, si elle devait recevoir une réponse affirmative, elle scellerait le sort du présent litige.

E. 2.1

Aux termes de l'art. 42 1ère phrase 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 de la loi du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA; RS 832.20), les parties ont le droit d'être entendues. La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu, en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 135 II 286 consid. 5.1 et les références citées). L'art. 47 al. 1er let. a LPGA garantit par ailleurs explicitement le droit pour l'assuré de consulter le dossier, pour les données qui le concernent. Selon la jurisprudence, la garantie constitutionnelle de l'accès au dossier comprend le droit de consulter des pièces au siège de l'autorité, de prendre des notes et de faire des photocopies, pour autant qu'il n'en résulte pas un surcroît de travail excessif pour l'autorité (ATF 126 I 7 consid. 2b; 122 I 112 consid. 2b et les références citées; également ATF 115 V 302 consid. 2e).

E. 2.2

En l'occurrence, le fait de ne pas avoir transmis la prise de position du 27 février 2017 du Dr E. _____, éventuellement également celle du 26 avril 2016 du Dr F. _____, avant

de rendre sa décision sur opposition querellée, constitue incontestablement une violation de son droit d'être entendu. L'assureur-accidents est ainsi contrevenu aux dispositions légales topiques précitées. Cela étant, l'assuré a eu tout loisir de s'exprimer au sujet de ces pièces dans le cadre de la procédure de recours, puisqu'il a été spécialement invité à le faire par le greffier-rapporteur délégué à l'instruction par ordonnance du 29 mai 2017. Il a ainsi pu faire valoir ses moyens avant que ne soit rendu le présent arrêt de la Cour de céans, qui jouit d'un plein pouvoir d'examen en fait et en droit.

Tribunal cantonal TC Page 4 de 9 En tout état de cause, l'appréciation médicale des médecins-conseils ne lui était guère inconnue, puisqu'elle est identique à celle qu'a soutenue le Dr G._____ dans son rapport médical du 31 mai 2016, rapport produit par l'assuré lui-même dans le cadre de la procédure d'opposition. Aussi le vice a-t-il été guéri devant l'Instance de céans (cf. arrêt TF 9C_701/2009 du 1er mars 2010 consid. 2.3).

E. 2.3

Partant, ce grief, mal fondé, doit être rejeté. Il sied dès lors d'entrer en matière sur le fond du litige.

E. 3

En vertu de l'art. 6 al. 1 LAA;, 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 LPGA, 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.

E. 4.1

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).

E. 4.2

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

Tribunal cantonal TC Page 5 de 9 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). 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).

E. 4.3

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).

E. 6

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

Tribunal cantonal TC Page 6 de 9 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).

E. 7

Est en l'espèce litigieuse la question de savoir si c'est à juste titre que l'assureur-accidents a mis fin aux prestations d'assurance avec effet au 19 mars 2016. Il s'agit dès lors d'examiner s'il existe un lien de causalité, naturelle et adéquate, entre l'accident du 19 septembre 2015 et les troubles à l'épaule gauche dont souffre l'assuré. Le dossier médical doit ainsi être examiné.

E. 7.1

Les pièces suivantes figurent au dossier médical du recourant: - Le rapport médical initial LAA du 7 octobre 2015 du Dr G. _____, médecin spécialiste en chirurgie orthopédique, qui a diagnostiqué un status post accident de la circulation avec contusion de l'épaule gauche, du flanc gauche, de l'avant-bras gauche et du genou gauche. Il a prescrit à son patient un traitement local par ostéopathie (dossier de l'assureur-accidents pce n° 5). - Le rapport d'arthro-IRM du 30 décembre 2015 et le rapport d'infiltration de l'articulation

acromio-claviculaire du 13 janvier 2016 du Dr H. _____, radiologue, qui a fait état de ce qui suit: « Lésion transfixiante incomplète du tendon du muscle sus-épineux associée à des remaniements dégénératifs de l'articulation acromio-claviculaire. Minime tendinopathie du long chef du biceps. Lésion osseuse de la convexité postérieure de la tête humérale post-traumatique probable. Dégénérescence du labrum antérieur sans déchirure » (dossier de l'assureur-accidents pce n° 8).

Tribunal cantonal TC Page 7 de 9 - Le rapport médical du 13 avril 2016 du Dr G. _____, qui a retenu un status post accident de la voie publique avec activation d'une arthrose acromio-claviculaire. Il a précisé que l'infiltration de l'articulation n'a apporté qu'un soulagement passager (dossier de l'assureur-accidents pce n° 12). - La prise de position du 26 avril 2016 du Dr F. _____, médecin spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin-conseil de l'assureur-accidents, qui a considéré que l'aggravation était passagère et que la causalité s'éteignait après 6 mois. A son sens, l'arthrose préexistait (dossier de l'assureur-accidents pce n° 13). - Le protocole opératoire du 12 mai 2016 du Dr G. _____, qui a procédé à une arthroscopie de l'épaule gauche et à une bursoscopie (dossier de l'assureur-accidents pce n° 17). - Le rapport médical du 31 mai 2016 du Dr G. _____, qui a exposé qu'« il s'agit clairement de la traumatisation d'une arthrose pré-existante au niveau de l'articulation acromio-claviculaire accompagnée d'une tendinopathie du LCB et du sus-épineux également post-traumatiques qui malgré un traitement conservateur (ostéopathie, physiothérapie, repos, infiltration, AINS peros) lege artis sur plusieurs mois n'a pas pu être amélioré et qui n'a pas permis à mon patient de reprendre ses activités physiques complètes, raison pour laquelle on s'est décidé pour la prise en charge opératoire. Dans ce contexte, j'aimerais aussi mettre en avant le fait que l'articulation acromio-claviculaire montrait un remaniement net des tissus mous à l'opération en ce qui concerne la capsule, les structures intra-articulaires, les surfaces cartilagineuses » (dossier déposé par le recourant pce n° 8). - Le rapport d'IRM du 19 août 2016 de la Dresse I. _____, qui a essentiellement mentionné un important syndrome inflammatoire de l'articulation acromio-claviculaire (dossier de l'assureur-accidents pce n° 24). - Le rapport médical du 2 novembre 2016 du Dr G. _____, qui a confirmé ses précédents diagnostics (dossier de l'assureur-accidents pce n° 25). - Les rapports médicaux des 9 et 16 février 2017 du Dr J. _____, médecin spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, qui a noté une instabilité acromio-claviculaire sur status après chute à moto et résection AC de l'épaule gauche (dossier de l'assureur-accidents pces n° 30 et 33). - La prise de position du 27 février 2017 du Dr E. _____, médecin spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin-conseil de l'assureur-accidents, qui a confirmé les conclusions du Dr F. _____. En effet, à la question « existe-t-il des atteintes dégénératives ? Si oui, lesquelles ? », il a répondu que « Oui, il existe une arthrose acromio-claviculaire visible sur l'IRM du 29.12.2015 ». Par ailleurs, à la question « L'intervention du 12.05.2016 est-elle en lien de causalité avec l'accident ? Si oui, pourquoi ? Si non, pourquoi et quand doit-on considérer le retour au status quo sine/ante atteint ? », il a répondu que « Le diagnostic de contusion est indiscutable. Nous sommes en présence d'une décompensation d'une arthrose AC préexistante. Dès lors, le lien de causalité s'éteint au bout de 6 mois au maximum. Le Dr G. _____ confirme que l'arthrose est préexistante (31.05.2016) ». Enfin, à la question subsidiaire « [Une nouvelle intervention] prévue le 30.05.2017 est-elle en lien avec l'accident du 12.09.2015 ? Si oui, pourquoi ? Si non pourquoi pas? », il a répondu que « Non, pour la raison évoquée ci-dessus » (dossier de l'assureur-accidents pce n° 35).

Tribunal cantonal TC Page 8 de 9 Il y a lieu de préciser ici qu'une telle intervention avait bien été évoquée à l'époque (cf. avis d'entrée auprès de la Clinique générale du 12 février 2017, dossier de l'assureur-accidents pce n°31, mais aucun rapport concernant cette nouvelle intervention ne figure toutefois au dossier, le recourant, dans ses ultimes échanges rédigés à la fin du mois de juin 2017, n'en parlant même pas. - La prise de position du 15 mai 2017 du Dr E. _____, qui a confirmé son appréciation médicale du 27 février 2017 et précisé que l'intervention prévue le 31 mai 2017 était une complication de l'intervention du 12 mai 2016 pour arthrose acromio-claviculaire et était de ce fait à la charge de l'assurance-maladie (dossier de l'assureur-accidents pce n° 39).

E. 7.2

En l'espèce, deux médecins-conseils de l'assureur-accidents, les Drs F. _____ et E. _____, se sont successivement exprimé en faveur de l'existence d'une arthrose acromio-claviculaire préexistante à l'accident du 19 septembre 2015. Ce constat est par ailleurs confirmé par le Dr G. _____, médecin traitant de l'assuré. Le Dr E. _____ a ensuite précisé que l'on était en présence d'une décompensation d'une arthrose acromio-claviculaire préexistante, que l'intervention du 12 mai 2016 avait été effectuée en raison de cette arthrose acromio-claviculaire et que la nécessité de l'intervention qui aurait été prévue le 30 mai 2017 résultait d'une complication de l'intervention du 12 mai 2016. La prise de position du 27 février 2017 du Dr E. _____ est fondée sur une anamnèse détaillée et aboutit à des conclusions univoques et dûment motivées. Il en va d'ailleurs de même du rapport médical du 31 mai 2016 du Dr G. _____, lequel connaît bien la situation clinique de son patient puisqu'il l'a lui-même opéré; son appréciation ne laisse également aucune place au doute au regard de sa formulation (« clairement »). Les trois médecins susmentionnés sont tous trois spécialisés en chirurgie orthopédique (cf. sur les spécialisations des médecins; arrêts TF 9C_341/2007 du 16 novembre 2007; I 211/06 du 22 février 2007 consid. 5.4.1 et I 1098/06 du 29 novembre 2007 consid. 9.2; cf. également les arrêts TF 8C_83/2010 du 22 mars 2010 consid. 3.1 et 9C_28/2010 du 12 mars 2010 consid. 4.5). Aucun autre médecin ne s'est exprimé sur la question de l'arthrose préexistante ou du lien de causalité. Il n'y a donc aucune raison de ne pas accorder foi aux conclusions des spécialistes ni aucune raison de diligenter une instruction complémentaire (appréciation anticipée des preuves, cf. supra consid. 6), les trois médecins se prononçant unanimement pour la préexistence d'une arthrose et une décompensation de celle-ci suite à l'accident du 19 septembre 2015, aucun autre médecin ne soutenant une opinion divergente. Ce d'autant plus que le descriptif de l'accident ne laisse nullement supposer que d'importantes lésions auraient pu être provoquées. Seules des contusions avaient alors été constatées, l'assuré n'ayant pas même été pris en charge en urgence : il ressort en effet du rapport médical initial LAA du 7 octobre 2015 (dossier de l'assureur-accidents, pce n°5) que les premiers soins n'ont été prodigués que le lundi 21 septembre 2015, soit deux jours après l'accident qui avait eu lieu le samedi 19 septembre 2015. L'argument invoqué par le recourant, qui consiste à dire qu'il ne souffrait d'aucune lésion ou douleur à l'épaule gauche avant l'accident, ne saurait par ailleurs être considéré comme un moyen de preuve et ne permet pas d'établir un lien de causalité naturelle au degré de la vraisemblance

Tribunal cantonal TC Page 9 de 9 prépondérante exigé en matière d'assurance-accidents, le principe « après l'accident, donc à cause de l'accident » (« post hoc, ergo propter hoc ») ne permettant pas d'établir un lien de causalité naturelle au degré de la vraisemblance prépondérante (cf. supra consid. 4.1). L'on peut ainsi, avec lesdits spécialistes, retenir que

le statu quo sine a été au plus tard atteint 6 mois après l'accident. Après quoi, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié (cf. supra consid. 4.3), la responsabilité de l'assureur-accidents n'étant plus engagée à partir du printemps 2016.

E. 7.3

C'est dès lors à bon droit que l'assureur-accidents a mis fin à ses prestations d'assurance avec effet au 19 mars 2016.

E. 8.1

Partant, le recours du 3 avril 2017, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition du 28 février 2017 confirmée.

E. 8.2

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.

E. 8.3

Il n'est pas alloué de dépens à l'assureur-accidents, chargé de tâches de droit public (cf. arrêts TF 8C_552/2009 du 8 avril 2010 consid. 6; 9C_312/2008 du 24 novembre 2008 consid. 8 et la référence citée). la Cour arrête : I. Le recours est rejeté. II. Il n'est pas perçu de frais de justice. III. Il n'est pas alloué de dépens. 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 24 septembre 2018/yho Le Président : Le Greffier :

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