

FR_GERICHTE 605 2018 291 vom 22. Mai 2019

FR Kantonsgericht, 2019-05-22, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2018_291

FR: FR_GERICHTE 605 2018 291 du 22 mai 2019

IT: FR_GERICHTE 605 2018 291 del 22 maggio 2019

Regeste

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

Erwägungen

E. 1

Le recours est recevable. Il a été interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière. La recourante, dûment représentée, est en outre directement atteinte par la décision querellée et a dès lors un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit, cas échéant, annulée ou modifiée. Tribunal cantonal TC Page 4 de 10

E. 2.1

En vertu de l'art. 6 al. 1 de la loi du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA; RS 832.20), les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. D'après l'art. 4 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 LAA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort.

E. 2.2

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). Ce qu'il faut entendre par "sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré" n'est pas décrit par le texte de la disposition légale. Eu égard au fait que l'assurance-accidents sociale vise, selon sa conception même, les personnes exerçant une activité lucrative (cf. art. 1a et 4 LAA), cette notion est définie notamment par la mesure de l'amélioration attendue de la capacité de travail ou celle de sa reprise, pour autant que celle-là ait été influencée par un accident (ATF 134 V 109 consid. 4.3). Cette disposition délimite du point de vue temporel le droit au traitement médical et le droit à une rente d'invalidité, le moment déterminant étant celui auquel l'état de santé peut être considéré comme relativement stabilisé. Il ne suffit donc pas que le traitement médical laisse présager une amélioration de peu d'importance (cf. ATF 134 V 109 consid. 4.3; RAMA 2005 p. 366), ou qu'une amélioration sensible ne puisse être envisagée dans un avenir incertain (arrêts TF U 305/03 du 31 août 2004 et U 89/95 du 21 novembre 1995; MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2e éd. 1989, p. 274).

E. 3.1

Dans le droit des assurances sociales, la règle du degré de vraisemblance prépondérante est généralement appliquée. Dans ce domaine, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références citées; arrêt TF 8C_704/2007 du 9 avril 2008 consid. 2; ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). Si, malgré les moyens mis en œuvre d'office par le juge pour établir la vérité du fait allégué par une partie, conformément au principe inquisitoire, ou par les parties selon le principe de leur obligation de collaborer, la preuve de ce fait ne peut être rapportée avec une vraisemblance prépondérante pour emporter la conviction du tribunal, c'est à la partie qui entendait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (DTA 1996-1997 n°17 consid. 2a; 1991 n°11 et 100 Tribunal cantonal TC Page 5 de 10 consid. 1b; 1990 n°12 consid. 1b et les arrêts cités; ATF 115 V 113 consid. 3d/bb). Dans cette mesure, en droit des assurances sociales, le fardeau de la preuve n'est pas subjectif, mais objectif (RCC 1984 p. 128 consid. 1b).

E. 3.2

Pour statuer, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin d'informations que seul le médecin est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c). 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. 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. 3.3

Lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 122 V 157 consid. 1c et les références). En outre, l'on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (arrêt TF 9C_201/2007 du 29 janvier 2008). Le caractère ponctuel d'une expertise ne saurait lui ôter toute valeur dans la mesure où le rôle d'un expert consiste justement à apporter un regard neutre et autorisé sur un cas particulier. Au demeurant, l'appréciation de l'expert ne repose pas uniquement sur les

observations qu'il a directement effectuées mais tient compte de l'intégralité du dossier médical mis à sa disposition, ce qui permet au praticien d'avoir une représentation complète de l'évolution de la situation médicale (arrêt TF 9C_844/2009 du 29 mars 2010 consid. 4.3).

E. 3.4

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee). Cela étant, 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, Tribunal cantonal TC Page 6 de 10 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, il 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 LPG (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6).

E. 4

Il n'est, ici, pas contesté que seuls les troubles somatiques sont à la charge de l'assurance-accidents. En effet, dans son mémoire, la recourante admet "que les troubles psychiques ne sont probablement pas en relation de causalité adéquate avec l'événement du 03.01.2009" (recte : 3 décembre 2009). A cet égard, la Cour relève qu'il est en effet peu probable que le fait de glisser sur une plaque de glace au mois de janvier soit susceptible de provoquer des troubles psychiques. En revanche, l'existence d'un lien de causalité entre les troubles somatiques de la recourante et l'accident du 3 décembre 2009 n'est pas mise en cause. C'est ce dont atteste, au demeurant, l'un des médecins d'arrondissement de la SUVA interrogé à ce sujet (cf. dossier SUVA, pièce 49). Il n'est pas nécessaire d'y revenir. Demeure donc litigieuse l'évaluation de l'état de santé somatique de la recourante, laquelle a une incidence tant sur la problématique de la stabilisation de l'état de santé – délimitant du point de vue temporel le droit au traitement médical et le droit à une rente d'invalidité – que sur celle de la capacité de gain, permettant d'évaluer le degré d'invalidité de l'assurée.

E. 4.1

A l'appui de son recours, l'assurée se prévaut des conclusions du Dr F. _____, lequel a rendu un rapport d'expertise le 22 novembre 2016 sur mandat de l'OAI. Le médecin y mentionne les diagnostics invalidants de "status après arthroscopie de l'épaule D le 13.01.2012 et suture de la coiffe des rotateurs" et de "status après capsulite rétractile de l'épaule D" ainsi que les diagnostics non-invalidants de "diabète de type II" et

d'"hypertension artérielle traitée". Il estime que "des limitations fonctionnelles doivent être reconnues à l'assurée pour ce qui concerne les activités nécessitant une force importante du membre supérieur D, les activités nécessitant un travail au-dessus du niveau de l'horizontal ainsi que les activités répétitives pour le membre supérieur D. Le port de charges exigible est également limité à 5 kg". Cependant, il conclut qu'"on ne peut pas attendre de rendement chez [l'assurée] autre que dans une reprise de travail à titre « thérapeutique »", proposant une "réponse consensuelle concluant la discussion avec l'experte psychiatre" (dossier SUVA, pièces 180). Le Dr I. _____, spécialiste en anesthésiologie, du Service médical régional des offices AI, n'est pas convaincu par cette expertise. Il estime que le "rapport ne remplit pas entièrement les exigences en matière d'expertise médicale". En particulier, il relève que l'expert "ne s'est pas adjoint la collaboration d'un(e) interprète [mais que] c'est le mari de l'expertisée qui, non seulement a assisté à l'examen, mais encore a répondu aux questions à la place de l'expertisée". Il constate également que "l'expert ne disposait d'aucun document radiologique et n'a pas jugé nécessaire de demander des examens radiologiques ni ultrasonographiques de l'épaule droite". Il regrette aussi que l'expert "relève des incohérences [...] et des fortes autolimitations" sans, pour autant, donner une "appréciation critique et [sans] en tire[r] aucune conclusion" (rapport du 19 décembre 2016, dossier OAI, p. 688). Tribunal cantonal TC Page 7 de 10 Ces critiques sont fondées. Il est en effet reconnu que le recours à des proches pour la traduction peut créer un effet de distorsion. La jurisprudence a par ailleurs relevé que les membres de la famille (y compris les amis et les connaissances) ne conviennent pas comme interprètes en raison du manque de distance par rapport à l'exploré et par la contrainte (mutuelle) de se comporter conformément aux rôles familiaux (cf. ATF 140 V 260 consid. 3, not. 3.2.4). En outre, l'on doit relever que l'expert n'avait pas de document radiologique à sa disposition mais uniquement des comptes rendus des radiographies, IRM et ultrasonographies figurant dans le dossier assécurologique. Enfin, on relève que des "incohérences" et une impression "de fortes autolimitations" sont évoquées par l'expert mais que celui-ci ne semble pas les prendre en compte dans son évaluation de la capacité de travail. A cela, l'on doit ajouter que les conclusions de l'expert-orthopédiste ne sont que peu motivées. En particulier, les réponses aux différentes questions posées par l'Office ne sont que très succinctes, alors que la partie intitulée "appréciation du cas et pronostic" ne consiste, de facto, qu'en un résumé des parties précédentes, sans nouvel apport sur le plan de la réflexion. Au final, l'on a donc bien peine à comprendre les réponses que l'expert donne à l'OAI, et surtout leurs motifs et les raisonnements sous-jacents. Au vu de ce qui précède, il existe un doute certain quant à la validité des constats et conclusions du Dr F. _____. Dans ces circonstances, l'expertise orthopédique n'apparaît pas convaincante, de sorte que la Cour ne saurait s'y référer.

E. 4.2

Dans son arrêt du 26 janvier 2016 (608 2014 77), la Cour de céans s'était notamment référée aux conclusions des médecins de D. _____, qui retenaient les limitations fonctionnelles suivantes: activités répétitives avec force du membre supérieur droit, activités prolongées avec le membre supérieur droit au-dessus du plan des épaules et activités très répétitives avec le membre supérieur droit. Selon eux, "sur le plan médico-théorique une [capacité de travail]] totale est attendue dans une activité adaptée". La Cour se référait également aux conclusions du Dr E. _____, admettant qu'il existait une incapacité totale dans l'ancienne activité d'ouvrière de production, mais que, dans une activité professionnelle adaptée, l'assurée pouvait travailler à 100%, sans perte de rendement. Une telle activité devait être une activité légère à modérée, sans travail à la hauteur des épaules et au- dessus de la tête,

un port de charge limité jusqu'à 10 kg à la hauteur des hanches, 5 kg à la hauteur du thorax et 1 kg à la hauteur des épaules et au-dessus et de manière non répétitive durant la journée. Cette activité devait en outre éviter tout travail générant des vibrations ou soumis à des coups ou des à-coups, l'utilisation d'échelles et d'échafaudages et toutes les activités contraignantes répétitives pour le membre supérieur droit dominant (cf. arrêt TC 608 2014 77 du 26 janvier 2016 consid. 3a). Aucun élément au dossier ne donne à penser que ces conclusions des médecins de D._____ et du Dr E._____ ne seraient plus actuelles. Le Dr J._____, médecin adjoint au sein de la clinique de chirurgie orthopédique de C._____, constate pour sa part que l'état de santé de sa patiente n'a pas évolué depuis 2012 (cf. dossier OAI, p. 415, 466, 573 et 746). Le médecin apprécie certes tout différemment la capacité de travail de sa patiente et estime qu'elle est en incapacité de travail totale. Il n'avait, cependant, déjà pas convaincu la Cour lorsqu'elle a rendu son arrêt le 26 janvier 2016, ses rapports étant alors qualifiés d'insuffisamment motivés et faisant état essentiellement des douleurs Tribunal cantonal TC Page 8 de 10 ressenties par la patiente chez qui des incohérences et des autolimitations étaient constatées. Au demeurant, l'on doit constater que l'orthopédiste prend également en compte l'impact des troubles psychiques lorsqu'il évalue la capacité de travail de sa patiente. Il indique ainsi qu'elle "présente d'importantes douleurs au niveau de l'épaule, qui l'empêche même d'avoir un sommeil régulier" mais a aussi "sur ces douleurs un état dépressif réactionnel qui nécessite la prise de psychotropes et a besoin d'une antalgie quotidienne". C'est l'ensemble de ces troubles qui le conduit à conclure qu'il ne "pense pas que sous ces conditions une activité même légère puisse être réalisée" (rapport du 30 avril 2014, dossier OAI, p. 573). Or, les troubles d'ordre psychiques ne sont pas à la charge de la SUVA. Les rapports du Dr J._____ n'apparaissent, dans ces circonstances, pas pertinents en l'espèce.

E. 4.3

Ainsi, pour ce qui a trait aux seuls troubles somatiques, la Cour fait sienne les conclusions toujours actuelles des médecins de D._____ et du Dr E._____ pour retenir que dans une activité professionnelle adaptée – soit sans activités répétitives avec force du membre supérieur droit, sans activités prolongées avec le membre supérieur droit au-dessus du plan des épaules et sans activités très répétitives avec le membre supérieur droit – l'assurée peut travailler à 100%, sans perte de rendement. Cette capacité résiduelle de travail est médicalement attestée au plus tard au mois de décembre 2013, soit la date de l'examen par le Dr E._____, date à laquelle celui-ci estime que le "status [est] superposable à celui effectué lors du bilan du 27.05.2013 et à celui effectué lors du séjour à D._____ d'octobre 2013" (dossier SUVA, pièce 143). La fin décembre 2013 délimite donc du point de vue temporel le droit au traitement médical – lequel cesse à ce moment là – et le droit à une rente d'invalidité qu'il convient encore de déterminer.

E. 5.1

Selon l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. L'art. 16 LPGA dispose que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

E. 5.2

En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide doit être évalué sur la base du dernier revenu effectivement réalisé avant l'atteinte à la santé. Compte tenu de ses capacités professionnelles et des circonstances personnelles, on prend en considération ses chances réelles d'avancement compromises par le handicap, en posant la présomption que l'assuré aurait continué d'exercer son activité sans la survenance de son invalidité. Dans tous les cas, il faut établir au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'il aurait réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (arrêt TF U 361/01 du 31 janvier 2003 et les références; cf. ég. ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Tribunal cantonal TC Page 9 de 10

E. 5.3

En ce qui concerne le revenu d'invalide, l'on ne saurait se fonder simplement sur le travail que l'assuré a effectivement fourni après l'accident et sur le gain qu'il a ainsi réalisé. Le critère décisif est de savoir quel est le gain que l'assuré est capable de réaliser en dépit des séquelles accidentelles et en faisant les efforts exigibles (RAMA 1993 n° U 168 p. 97 consid. 3b). Selon la pratique en vigueur, l'appréciation par le médecin de la question de savoir jusqu'à quel point la capacité de rendement de l'assuré est limitée par suite de l'accident revêt ici une grande importance, notamment pour ce qui est du rendement au travail encore exigible (ATF 115 V 133 consid. 2; 114 V 310). Il convient en effet d'évaluer le revenu que l'assuré pourrait encore réaliser dans une activité adaptée avant tout en fonction de la situation concrète dans laquelle il se trouve. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité résiduelle de travail, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalide peut être évalué, notamment, sur la base des données salariales publiées par l'Office fédéral de la statistique (OFS). Il est également possible de recourir à une enquête menée par la SUVA auprès de diverses entreprises suisses et qui a permis de réunir des données salariales concrètes pour de nombreux postes de travail faisant l'objet d'une description détaillée (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1). S'agissant de la détermination du revenu d'invalide sur la base des données salariales recueillies par la SUVA, le Tribunal fédéral exige, en sus de la production d'au moins cinq descriptions de poste de travail (DPT), la communication du nombre total des postes de travail pouvant entrer en considération d'après le type de handicap, ainsi que du salaire le plus haut, du salaire le plus bas, et du salaire moyen du groupe auquel il est fait référence. Les éventuelles objections de l'assuré sur le choix et sur la représentativité des DPT dans le cas concret doivent être soulevées, en principe, durant la procédure d'opposition. Lorsque le revenu d'invalide est déterminé sur la base des DPT, une réduction du salaire, eu égard au système même des DPT, n'est ni justifié, ni admissible (ATF 129 V 472).

E. 6.1

Au titre de revenu de valide, la SUVA a retenu un montant de CHF 50'310.-, chiffre basé sur la convention collective des métiers de la boucherie pour l'année 2014 (dossier SUVA, pièce 181). Ce montant n'est pas contesté par la recourante qui travaillait comme ouvrière de production au sein d'une entreprise de produits alimentaires. Son travail était de préparer de la viande ou de l'étiqueter (dossier SUVA, pièce 10). Au vu de son activité, il est donc vraisemblable qu'elle aurait pu bénéficier du salaire de la convention dans l'avenir. On relève, au demeurant, que ce salaire est bien supérieur aux montants figurant dans l'extrait du compte individuel (dossier SUVA, pièce 71) et au salaire auprès de son ancien

employeur (dossier SUVA, pièce 52), ce qui lui est favorable.

E. 6.2

Comme revenu d'invalidé, la SUVA a retenu un montant de CHF 52'843.- à savoir le salaire moyen de cinq DPT sur un total de 119. Il s'agit des DPT de caissière de station service, d'employée de restaurant, d'aide caissière, d'ouvrière de montage et d'employée d'administration (dossier SUVA, pièce 183). La recourante ne conteste pas les postes retenus par l'autorité intimée. Ceux-ci semblent, par ailleurs, correspondre en tous points aux limitations retenues par les médecins de D._____ et le Dr E._____, car évitent les activités répétitives avec force du membre supérieur droit, les Tribunal cantonal TC Page 10 de 10 activités prolongées avec le membre supérieur droit au-dessus du plan des épaules et les activités très répétitives avec le membre supérieur droit. L'on rappelle, à ce stade, que le revenu d'invalidé ne prend en considération que les atteintes à la santé pour lesquelles la SUVA est responsable. Il n'est pas nécessaire d'y revenir. Partant, l'on peut confirmer le montant de CHF 52'843.- retenu comme revenu d'invalidé.

E. 6.3

Il ressort de la comparaison de ces deux revenus que la recourante ne peut se prévaloir d'aucune perte de gain. Son degré d'invalidité est donc nul.

E. 7

Le recours, mal fondé, doit dès lors être rejeté et la décision sur opposition du 23 octobre 2018 confirmée. Selon le principe de la gratuité de la procédure valant en la matière, il n'est pas perçu de frais de justice. Au vu du rejet du recours, il n'est pas octroyé d'indemnité de partie. la Cour arrête : I. Le recours est rejeté. II. Il n'est pas perçu de frais de justice ni octroyé d'indemnité de partie. III. 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 22 mai 2019/pte Le Président :
Le Greffier-rapporteur :

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