

FR_GERICHTE 605 2018 6 vom 9. Juli 2018

FR Kantonsgericht, 2018-07-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2018_6

FR: FR_GERICHTE 605 2018 6 du 9 juillet 2018

IT: FR_GERICHTE 605 2018 6 del 9 luglio 2018

Regeste

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

Erwägungen

E. 19

janvier 2018 concluant, en substance, à ce que le cas soit renvoyé à la Bâloise pour instruction complémentaire et nouvelle décision. A l'appui de son recours, si elle admet que cet événement du 3 mai 2017 ne saurait être qualifié d'accident, elle estime que les atteintes présentées pourraient être assimilées à un accident. Or, le dossier n'aurait pas été suffisamment instruit, la nature de la lésion n'ayant pas du tout été investiguée. Dans ses observations du 3 avril 2018, la Bâloise, représentée par Jean-Marie Favre, avocat, propose le rejet du recours. L'assurance-accidents relève d'emblée que l'intérêt au recours est limité à la prise en charge d'une note d'honoraire de CHF 260.35, montant qu'elle estime insuffisant pour reconnaître un intérêt économique à la procédure. Sur le fond, estimant le dossier suffisamment instruit, elle soutient que la lésion à l'épaule est manifestement imputable à une maladie ou à un phénomène dégénératif de sorte qu'elle n'a pas à prester. Il n'a pas été procédé à un second échange d'écritures entre les parties. Par courrier du 5 avril 2018, l'assuré a été informé de la procédure et a été invité à se déterminer sur le contenu de l'échange d'écritures. Il n'a pas été donné suite à ce courrier. Autant qu'utiles à la solution du litige, il sera fait état des arguments développés par les parties à l'appui de leurs conclusions respectives dans les considérants en droit du présent arrêt. en droit 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, en tant Tribunal cantonal TC Page 3 de 8 qu'assurance-maladie, ayant un intérêt digne de protection – étant rappelé, à l'intention de l'autorité intimée qui en doute, qu'un simple intérêt économique peut aussi être digne de protection (ATF 128 V 36 consid. 1a; 125 II 620 consid. 2a; 120 Ib 100 consid. 1c) – à ce que la décision querellée soit, cas échéant, annulée ou modifiée. 2. 2.1. Selon 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. Selon l'art. 4 al. 1 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 entraîne la mort. 2.2. La notion d'accident se décompose en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés: une atteinte dommageable, le caractère soudain de l'atteinte; le caractère involontaire de l'atteinte; le facteur extérieur de l'atteinte; enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur (cf. art. 4 LPGA). Il suffit que l'un d'entre eux

fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident (ATF 129 V 402 consid. 2.1; 122 V 230 consid. 1 et les références citées). 2.3. En particulier, l'exigence d'un facteur dommageable extérieur est donnée en cas de changements de position du corps qui sont fréquemment de nature à provoquer des lésions corporelles, selon les constatations de la médecine des accidents. D'après la jurisprudence développée jusqu'à ce jour, tel est notamment le cas du brusque redressement du corps à partir de la position accroupie, de l'accomplissement d'un mouvement violent ou en étant lourdement chargé, ou encore d'un changement de position corporelle de manière incontrôlée sous l'influence de phénomènes extérieurs (ATF 129 V 471 consid. 4.3). En revanche, les lésions ne sont pas prises en considération lorsqu'elles surviennent à la suite de gestes quotidiens accomplis sans qu'interfère un phénomène extérieur reconnaissable. A eux seuls, les efforts exercés sur le squelette, les articulations, les muscles, les tendons et les ligaments ne constituent pas une cause dommageable extérieure en tant qu'elle présuppose un risque de lésion non pas extraordinaire mais à tout le moins accru en regard d'une sollicitation normale de l'organisme (arrêt TF U 96/05 du 20 mai 2006 consid. 2.2). 2.4. Quant au caractère extraordinaire de l'atteinte, il résulte de la définition même de l'accident que celui-ci ne concerne pas les effets du facteur extérieur, mais seulement ce facteur lui-même. Dès lors, il importe peu que le facteur extérieur ait entraîné, ou non, des conséquences graves ou inattendues. Le facteur extérieur est considéré comme extraordinaire lorsqu'il excède, dans le cas particulier, le cadre des événements et des situations que l'on peut, objectivement, qualifier de quotidiens ou d'habituels (arrêts TF 8C_292/2014 du 18 août 2014 consid. 5.1; 8C_36/2013 du 14 janvier 2014 consid. 3; 8C_316/2013 du 10 février 2014 consid. 4.3.2; 8C_767/2012 du 18 juillet 2013 consid. 3.1; ATF 129 V 402 consid. 2.1).

Tribunal cantonal TC Page 4 de 8 Il faut examiner de cas en cas si l'effort doit être considéré comme extraordinaire, en tenant compte de la constitution physique et des habitudes professionnelles ou autres, de l'intéressé (arrêt TF 8C_292/2014 du 18 août 2014 consid. 5.1 et la référence citée). 3. Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA, dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016 (ci-après: aLAA, applicable en l'espèce compte tenu de la date de l'accident, conformément à l'alinéa 1 des dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015 de la LAA), le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. 3.1. En vertu de cette délégation de compétence, il a édicté l'art. 9 al. 2 de l'ordonnance du

E. 20

décembre 1982 sur l'assurance-accidents (OLAA; RS 832.202), dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016 (ci-après: aOLAA), selon lequel certaines lésions corporelles 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. La liste exhaustive (cf. ATF 116 V 136 consid. 4a; 116 V 145 consid. 2b) de l'art. 9 al. 2 aOLAA mentionne les fractures (let. a); les déboîtements d'articulations (let. b); les déchirures du ménisque (let. c); les déchirures de muscles (let. d); les élongations de muscles (let. e); les déchirures de tendons (let. f); les lésions de ligaments (let. g); les lésions du tympan (let. h). 3.2. La notion de lésion assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. Aussi, les assureurs-accidents LAA doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait en principe être couvert par l'assurance-maladie. Cependant, la jurisprudence (ATF 139 V 327; 129 V 466) a précisé les

conditions d'octroi des prestations en cas de lésion corporelle assimilée à un accident. C'est ainsi qu'à l'exception du caractère "extraordinaire" de la cause extérieure, toutes les autres conditions constitutives de la notion d'accident – dont, particulièrement, celui d'un facteur dommageable extérieur – doivent être réalisées (cf. art. 4 LPGA). 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 (cf. ATF 129 V 466; 123 V 43 consid. 2b; 116 V 145 consid. 2c; 114 V 298 consid. 3c). Dans sa nouvelle formulation, l'art. 6 al. 2 LAA fait abstraction de l'existence d'une cause extérieure. Ainsi, désormais, en cas de lésion corporelle figurant dans la liste, il y a présomption que l'on est en présence d'une lésion semblable aux conséquences d'un accident, qui doit être prise en charge par l'assureur-accidents. Celui-ci pourra toutefois se libérer de son obligation s'il apporte la preuve que la lésion est manifestement due à l'usure ou à une maladie (cf. Conseil fédéral, Message du 30 mai 2008 relatif à la modification de la loi fédérale sur l'assurance-accidents, FF 2008 p. 4893). Cette disposition n'est cependant applicable qu'aux accidents survenus après le 1er janvier 2017, soit après l'entrée en vigueur de la modification du

E. 25

septembre 2015 de la LAA).

Tribunal cantonal TC Page 5 de 8 4. Dans le domaine des assurances sociales, 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, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. 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 360 consid. 5b; 125 V 195 consid. 2 et les références; ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 4.1. 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. 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). 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, 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). 4.2. Il convient en général d'accorder la préférence aux premières déclarations de l'assuré, faites alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être – consciemment ou non – le fruit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 47 consid. 2a, 115 V 143 consid. 8c).

Tribunal cantonal TC Page 6 de 8 Enfin, au sujet de la preuve de l'existence d'une cause extérieure prétendument à l'origine de l'atteinte à la santé, on rappellera que les explications d'un assuré sur le déroulement d'un fait allégué sont au bénéfice d'une présomption de vraisemblance. Il peut néanmoins arriver que les déclarations successives de l'intéressé soient contradictoires entre elles. En pareilles circonstances, il convient de retenir la première affirmation, qui correspond généralement à celle que l'assuré a faite alors qu'il n'était pas encore conscient des conséquences juridiques qu'elle aurait, les nouvelles explications pouvant être, consciemment ou non, le produit de réflexions ultérieures (arrêts TF 8C_788/2012 du 17 juillet 2013 consid. 4; 8C_184/2012 du 21 février 2013 consid. 4; 8C_922/2011 du 19 juin 2012 consid. 6.1 et les références citées). 5. Est litigieuse, en l'espèce, la question de savoir si l'événement du 3 mai 2017 est (éventuellement) à la charge de l'assurance-accidents sous l'angle des lésions corporelles assimilées à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 aOLAA. 5.1. Sur cette problématique, la recourante affirme qu'il "n'est pas d'emblée exclu" que cette atteinte entre dans la liste exhaustive des lésions corporelles assimilées à un accident. Elle relève ainsi que le Dr E. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, diagnostique une "entorse [de l']épaule droite (suspicion de lésion SLAP)" (bordereau Bâloise, pièce 8), soit des diagnostics qui peuvent être assimilés à une lésion de ligaments ou à une déchirure des tendons. Dans ces circonstances, elle estime qu'il était du devoir de l'assurance-accidents de procéder à des mesures d'instruction supplémentaires afin de trancher de façon sûre le cas. 5.2. Cependant, la thèse présentée par la recourante ne saurait convaincre. Le refus de prester de la Bâloise se fonde sur l'avis de son médecin-conseil, le Dr F. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans son rapport du 23 septembre 2017, celui-ci estime ne pas être en présence d'une lésion assimilée à un accident. Il ajoute que, "de plus, la lésion type SLAP suspectée ne figure pas sur la liste exhaustive de cet article", soit l'art. 6 al. 2 LAA (bordereau Bâloise, pièce 9). En outre, le Dr E. _____ émet le diagnostic principal d'"entorse [de l']épaule droite", celui de lésion SLAP n'étant que suspecté et n'ayant pas conduit à la mise en place d'investigations supplémentaires de sa part. Le diagnostic d'entorse, bien qu'en relation avec une lésion des ligaments, n'entre pas dans la notion de lésion assimilée. En effet, celle-ci a pour objet uniquement les véritables déboîtements d'articulations (luxations) mais non pas les luxations incomplètes (subluxations) ou les torsions et distorsions (entorses) (cf. SVR 2009 UV n° 34 118; arrêts TF 8C_186/2011 du

26 juillet 2011 consid. 8.1; 8C_1000/2008 du 27 février 2011 consid. 2.3). Que ce diagnostic ait été privilégié et, finalement, retenu par le médecin traitant conduit ainsi à conclure à ce que les suites de l'événement du 1er juin 2017 ne sont pas à la charge de l'assurance-accidents. 5.3. Au final, aucun élément au dossier ne va dans le sens de la thèse défendue par la recourante, soit que l'autorité intimée aurait statué sur la base d'un dossier insuffisamment instruit.

Tribunal cantonal TC Page 7 de 8 Force est de constater, bien au contraire, que les mesures d'instruction diligentées par cette dernière en l'espèce permettent de trancher la question litigieuse, soit l'absence de lésions corporelles assimilées à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 aOLAA. Il ne saurait, à cet égard, subsister le moindre doute, fut-il léger, sur l'existence d'une supposée lésion assimilée à un accident, la simple évocation de l'existence possible d'une telle lésion, qui ne repose ici au fond sur rien, ne sachant par ailleurs constituer un grief sérieux. 6. 6.1. S'avérant au final intégralement mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition querellée est confirmée. 6.2. La procédure devant le Tribunal cantonal des assurances est, en règle générale, gratuite pour les parties. Des émoluments de justice et les frais de procédure peuvent toutefois être mis à la charge de la partie qui agit de manière téméraire ou témoigne de légèreté (art. 61 let. a de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; LPGa; RS 830.1). En l'occurrence, il a été constaté que les arguments présentés par la recourante à l'appui de son recours n'avaient aucun poids. Ils se situaient d'emblée aux confins de la témérité. En présence d'un recours téméraire, le principe de gratuité généralement applicable en la matière, ne saurait s'appliquer. Il convient de condamner la recourante au paiement des frais de justice. Ceux-ci sont fixés à CHF 400.-. 6.3. Il n'est pas alloué de dépens à la recourante qui n'obtient pas gain de cause. En outre, il n'est pas alloué d'indemnité de partie à l'autorité intimée, chargée de tâches de droit public (cf. arrêts TF 8C_552/2009 du 08 avril 2010 consid. 6, 9C_312/2008 du 24 novembre 2008 consid. 8 et la référence citée).

Tribunal cantonal TC Page 8 de 8 la Cour arrête: I. Le recours est rejeté. II. Les frais de justice sont fixés à CHF 400.- et mis à charge de la recourante. III. Il n'est pas alloué d'indemnité de partie. 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 9 juillet 2018/pte Le Président: Le Greffier-rapporteur:

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