

FR_GERICHTE 605 2019 209 vom 30. April 2020

FR Kantonsgericht, 2020-04-30, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2019_209

FR: FR_GERICHTE 605 2019 209 du 30 avril 2020

IT: FR_GERICHTE 605 2019 209 del 30 aprile 2020

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 sur opposition attaquée et dûment représentée, le recours est recevable.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 10

E. 2

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.

E. 3

Une fois que le traitement médical d'un événement assuré a cessé, des mesures médicales ne peuvent être prises en charge qu'aux conditions de l'art. 21 LAA et seulement si l'assuré a été mis au bénéfice d'une rente. S'il n'a pas droit à une telle prestation, il appartient à l'assurance-maladie de prendre en charge le traitement. Demeure réservée l'annonce d'une rechute ou de séquelles tardives nécessitant un traitement médical (art. 11 de l'ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents [OLAA; RS 832.202]). Dans ce cas, l'assureur-accidents accordera les prestations indépendamment des conditions fixées à l'art. 21 LAA.

E. 3.1

Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même atteinte qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent. Les rechutes et les séquelles tardives se rattachent par définition à un événement accidentel. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 123 V 137 consid. 3a; 118 V 293 consid. 2c et les références).

E. 3.2

Plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve d'un rapport de causalité doivent être sévères (arrêt TF 8C_171/2016 du 29 avril 2016 consid. 2.2 et les références).

E. 4

Selon l'art. 52 al. 1 LPGA, les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant.

E. 4.1

A cet égard, l'art. 105 al. 1 CPJA précise que l'autorité de la juridiction administrative procède, sur requête, à la révision de sa décision lorsqu'une partie allègue des faits ou produit des moyens de preuve nouveaux et importants (let. a) ou prouve que l'autorité n'a pas tenu compte de faits importants établis par pièces (let. b). Les motifs mentionnés à l'alinéa 1 n'ouvrent pas la révision lorsqu'ils eussent pu être invoqués dans la procédure précédant la décision ou par la voie du recours contre cette décision.

E. 4.2

La notion de faits ou moyens de preuve nouveaux s'apprécie de la même manière en cas de révision (procédurale) d'une décision administrative, de révision d'un jugement cantonal, ou de

Tribunal cantonal TC Page 4 de 10 révision d'un arrêt fondée sur l'art. 123 al. 2 let. a LTF (arrêt 9C_764/2009 du 26 mars 2010 consid. 3.1).

E. 4.2.1

Sont « nouveaux » au sens de ces dispositions, les faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables, mais qui n'étaient pas connus du requérant malgré toute sa diligence. En outre, les faits nouveaux doivent être importants, c'est-à-dire qu'ils doivent être de nature à modifier l'état de fait qui est à la base de l'arrêt entrepris et à conduire à un jugement différent en fonction d'une appréciation juridique correcte (ATF 134 III 669 consid. 2.2 p. 671 et les références).

E. 4.2.2

Les preuves, quant à elles, doivent servir à prouver soit les faits nouveaux importants qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment du requérant. Dans ce contexte, le moyen de preuve ne doit pas servir à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers. Il faut des éléments de fait nouveaux, dont il résulte que les bases de la décision entreprise comportaient des défauts objectifs (ATF 127 V 353 consid. 5b p. 358 et les références; arrêts 8F_9/2010 du 10 mars 2011 consid. 3.1; 8C_934/2009 du 24 février 2010 consid. 2.1).

E. 5

Selon l'art. 52 al. 2 LPGA, l'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable.

E. 5.1

Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits (ATF 115 V 314 consid. 4a/cc).

E. 5.2

L'assureur n'a toutefois pas la faculté de reconsidérer, pour le motif qu'elle serait erronée, une décision sur laquelle un juge s'est prononcé matériellement (TF, arrêt 9C_975 /2010 du 21 juin 2011 consid. 3.2.). Cette solution est notamment induite par le principe de la séparation des pouvoirs, de la sécurité du droit et de l'effet dévolutif du recours (ATF 107 V 87 consid. 1; 109 V 119).

E. 6

De manière générale, en droit des assurances sociales, il n'existe pas un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré. Le défaut de preuve va au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé (ATF 126 V 319 et les références citées). 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).

E. 6.1

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de

Tribunal cantonal TC Page 5 de 10 porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 125 V 351).

E. 6.2

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 (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351).

E. 7

Est en l'espèce litigieuse la prise en charge, au titre de la rechute, de l'opération subie par le recourant en 2019 ainsi que le droit rétroactif à la rente et au versement d'une IPAI, toutes ces prestations en lien, selon lui, avec l'accident qu'il avait subi en 2006. Le recourant demande, à cet égard, la révision, respectivement la reconsidération d'une décision rendue à l'époque et qui mettait fin aux prestations au 31 mars 2017. Qu'en est-il ?

E. 7.1

Accident de 2006 et suites Le recourant, né en 1965, ouvrier dans la construction, avait été victime d'un accident sur un chantier le 23 août 2006, recevant des barres de fer heurtée par un camion, qui l'avaient blessé au niveau des vertèbres cervicales (dossier SUVA pièce 3). Une description plus précise des faits figure dans les rapports médicaux de l'époque : « un morceau de rail de chemin de fer d'une longueur d'un demi-mètre, poussé par un camion passant, est tombé sur le patient qui travaillait dans un trou de 2 mètres et l'a frappé sur la tête et à la nuque puis à la région lombaire » (rapport du 7 octobre 2006 du Dr B. _____ généraliste FMH, dossier SUVA, pièce 10).

E. 7.1.1

Dans le cadre des examens réalisés à l'époque, des troubles dégénératifs avaient été mis en évidence au niveau L4/L5 : « Pincement à prédominance postérieure de l'espace intersomatique en L4/L5 avec anomalie du signal évoquant des phénomènes de dessiccation du nucléus pulposus. A ce niveau, il existe une protusion paramédiane droite du noyau pulpeux appuyant discrètement sur le bord antérolatéral du fourreau dural et en contact étroit avec l'émergence radiculaire L5 droite, sans signe de souffrance radiculaire notable toutefois. (...) Conclusion : Protrusion paramédiane droite du disque intervertébral L4-L5 sur discopathie dégénérative. Séquelles dystrophiques avec herniations intra-spongieuses encochant les plateaux supérieurs de D12, L1 et L5. Pas d'anomalie dimensionnelle canalaire » (rapport IRM du

E. 7.1.2

Ces lésions lombaires dégénératives n'étaient pas considérées comme étant en lien avec l'accident : « une nouvelle imagerie lombaire faite au mois de septembre 2006 montre une discopathie L4-L5 qui n'est pas en relation avec l'accident » (rapport du 28 novembre 2006 du service de rhumatologie de l'Hôpital cantonal, dossier SUVA, pièce 34). Mandaté comme expert par le recourant, le Dr C. _____, du département de médecine spécialisée auprès de l'Hôpital de Châtel-St-Denis, le confirmera de manière plutôt claire et détaillée : « tous les examens radiologiques effectués jusqu'ici et notamment le scanner du rachis cervical et du rachis lombaire ainsi que l'IRM lombaire effectués durant les quelques 2-3 semaines après l'accident, ne montrent pas de fracture ni de compression médullaire ou nerveuse pouvant expliquer les plaintes actuelles, à savoir les douleurs intenses, irradiations dans les membres et diminution de la force, surtout au niveau des MI avec sensation de déroboement. L'IRM lombaire met en évidence des signes d'ordre dégénératifs, ce qui n'est guère étonnant vu les diverses activités professionnelles exercées depuis l'âge de 12 ans. Ces signes visibles à l'IRM lombaire ne sont pas en lien avec l'accident » (rapport du 11 septembre 2007, dossier SUVA, pièce 70, p. 10). Ce dernier spécialiste précisait encore : « durant l'expertise, je me suis basé sur les rapports des radiologues et non sur les images qui n'étaient pas disponibles. Par ailleurs, je ne pense pas que d'autres investigations radiologiques soient nécessaires » (rapport précité, p. 10).

E. 7.1.3

L'ensemble des médecins ont commencé à évoquer la présence d'un trouble somatoforme douloureux, l'un d'entre eux relevant : « au status j'étais en présence d'un patient inexaminable, démonstratif, manifestant une crispation importante sans déficit moteur des MI, sans syndrome vertébral net à la palpation, sans signe de Lasègue. Dès lors je suspecte un trouble somatoforme douloureux chronique révélé par l'accident décrit » (rapport du 21

mars 2007 du Dr D. _____, spécialiste en médecine interne et maladie rhumatismales, dossier SUVA, pièce 53).

E. 7.2

Décisions de la SUVA et jugement de la Cour de céans entrés en force

E. 7.2.1

Par décision du 15 mars 2007, confirmée sur opposition le 25 juin 2007, la SUVA a mis fin aux prestations au 31 mars 2007 (dossier SUVA, pièce 64), relevant notamment « il n'est pas contestable que l'accident du 23 août 2006 n'a pas causé de lésion osseuse ou ligamentaire ni de rétrécissement canalaire et qu'il a été documenté des lésions dégénératives préexistantes à l'accident au niveau de la colonne lombaire. (...) De nombreuses investigations médicales ont été mises en œuvre pour déterminer l'origine des douleurs alléguées. (...) Il ressort [du rapport du service de rhumatologie] qu'il ne présente aucun substrat somatique pouvant expliquer l'ensemble des douleurs, ces médecins suspectant un syndrome de somatoforme douloureux. (...) Les [spécialistes] officiant auprès de la Clinique romande de réadaptation ont aussi affirmé qu'il y a une discordance entre les douleurs alléguées et les constatations cliniques objectives ». Elle estimait encore que les éventuels troubles psychiques présentés par le recourant n'engageaient pas non plus sa responsabilité.

E. 7.2.2

La Cour de céans a intégralement confirmé cette dernière décision, tant au plan psychique qu'au plan physique.

Tribunal cantonal TC Page 7 de 10 Concernant ces derniers troubles, elle disait ceci : « il est patent que ceux-ci se trouvaient, dans un premier temps, en relation de causalité naturelle avec l'accident du 23 août 2006, mais que rapidement, le corps médical a relevé l'impossibilité d'expliquer de façon objective l'origine des douleurs décrites par l'assuré ainsi que la discordance entre les plaintes alléguées et les constatations médicales. En particulier, l'expert mandaté par le recourant confirme ne pas disposer d'éléments lui permettant d'invalider la décision de la CNA qui, se fondant sur l'avis de son médecin d'arrondissement, considère que l'incapacité subsistant au-delà du 31 mars 2007 n'est plus la conséquence de l'accident, et renvoie à l'examen de la composante psychique, la seule selon lui encore capable d'expliquer l'origine des troubles dont souffre l'assuré. Il est vrai, comme le recourant le relève, que l'origine exacte des douleurs alléguées n'a pas pu être établie par la CNA. Toutefois, cette dernière a démontré, de manière vraisemblable selon l'Instance de céans, que lesdites douleurs ne pouvaient plus être imputées à l'évènement du 23 août 2006. La seule atteinte ayant pu être objectivée est une discopathie L4-L5, dont le rapport avec l'accident a rapidement été écarté par différents spécialistes (Dresse E. _____ dans son rapport du 25 septembre 2006, Dr F. _____ et Dr. G. _____ dans leur rapport du 28 novembre 2006), repris ensuite par l'expert mandaté par le recourant (p. 8 de l'expertise du 11 septembre 2007). Les rapports établis le 20 février et le 1er juin 2007 par la Dresse H. _____ ne sauraient convaincre dès lors qu'ils se bornent à attester d'une complète incapacité de travail, sans explication aucune. Quant à son rapport du 28 février 2007, il est certes plus étoffé, mais la doctoresse semble plus faire état de ses doutes (par ex. "Insgesamt sind sowohl Anamnese wie auch die Untersuchung nicht ganz einfach durchzuführen", "habe ich das Gefühl", "habe ich dringenden Verdacht", "ist mir im Moment nicht ganz klar") que de fournir une réelle appréciation médicale. En ce sens, elle

rejoint ses confrères qui, comme on l'a expliqué plus haut, peinent à trouver une explication rationnelle aux douleurs invoquées et s'orientent vers une composante psychique » (dossier SUVA, pièce 82, p. 10). Pour enfin conclure : « Il découle de ce qui précède que la position de l'autorité intimée résiste à la critique. La disparition du lien de causalité naturelle entre l'accident et les troubles physiques après le 31 mars 2007 rend superflu l'examen de la causalité adéquate, puisque les deux aspects de la causalité doivent être remplis cumulativement pour qu'un lien puisse être retenu ».

E. 7.3

Nouveaux éléments Dans le cadre du présent recours, le recourant se prévaut essentiellement de l'avis du Dr I. _____ et du Prof. J. _____, tous deux spécialistes en neurochirurgie, à Berne. Dans un premier rapport du 6 février 2019, ces derniers annonçaient que le recourant allait devoir être opéré au niveau des lombaires L5-S1, en raison de fortes douleurs. Ils laissaient entendre, dans leur diagnostics, que celles-ci étaient en tous les cas générées par une atteinte causée par l'accident, soit en raison du choc même, soit d'une distorsion subie au cours de cet événement : « Arbeitsunfall am 23.8.2006 : Schlag auf Kopf und Rücken durch ein Stück Metall mit traumatischer Spondylolyse L5 bds./ Distorsion mit Ruptur einer vorbestehenden Lyse L5 bds. Persistierende Lumbago bei Spondylolyse L5 bds. Seit 2006. (...) Die starken Rückenbeschwerden sind auf die beidseitige Lyse L5 zurückzuführen ». De nouvelles radiographies laisseraient même entrevoir des séquelles de fractures: « Die neuen Röntgenbilder bestätigen den recht grossen Abstand zwischen den Frakturfragmenten ».

Tribunal cantonal TC Page 8 de 10 La solution chirurgicale proposée était de procéder à la fusion du segment L5-S1: « Eine direkte Lysezone-Verschraubung kommt nicht infrage. Aufgrund des chronischen Verlaufs habe ich dem Patienten eine Fusion des Segmentes L5-S1 empfohlen » (dossier SUVA, pièce 108). Les deux spécialistes ont confirmé tout cela le 5 juillet 2019, évoquant à nouveau, soit une fracture directe de la lyse isthmique, soit une distorsion causée par l'accident survenu en 2006, laquelle aurait aggravé une atteinte préexistante: « beim Patienten liegt ein entweder direkte Traumatisierung mit Fraktur des Isthmus von L5 in der Folge des Arbeitsunfalles vom 23.08.2006 vor, oder alternativ ist es zu einer Traumatisierung also Distorsion der schon vorbestehenden Lyse LWK5 durch den Arbeitsunfall gekommen » (dossier SUVA, pièce 130).

8. Discussion Au vu des éléments qui précèdent, la décision sur opposition rendue à l'époque par la SUVA ne saurait manifestement être révisée ou reconsidérée aujourd'hui sur la base de cette dernière opinion médicale. Cela, pour plusieurs raisons.

8.1. Dans un premier temps, force est de constater que la voie juridique d'une révision ou d'une reconsidération formelle n'entre pas en ligne de compte dans la mesure où la décision de la SUVA a été confirmée par une autorité judiciaire, dont le jugement est entrée en force en 2010 pour acquérir autorité de chose jugée ne sachant être remise en cause sans heurter les grands principes du droit et tout particulièrement celui de la sécurité du droit (= principe du droit qui a pour objectif de protéger les citoyens contre les effets secondaires négatifs du droit, en particulier les incohérences ou la complexité des lois et règlements, ou leurs changements trop fréquents [insécurité juridique]).

8.2. Par ailleurs, rien ne permettrait de dire que la décision de mettre fin aux prestations à l'époque (pour le motif que la responsabilité de l'assurance-accidents n'était plus engagée au-delà du 31 mars 2007 vis-à-vis des troubles présentés) aurait été erronée, cela sur la seule base d'avis médicaux déclamatoires et particulièrement peu étayés, émis qui plus est 15 ans après l'accident survenu en 2006. Il paraît, d'une part, tout à

fait improbable que des « fragments d'une fracture » n'aient jamais été vus, ni même évoqués, au cours des semaines ou des mois qui ont suivi cet accident. D'autre part, une fracture de « lyse isthmique », qui correspond à une fracture de fatigue de la jonction entre les articulations supérieure et inférieure d'une vertèbre lombaire, le plus souvent au niveau de la L5, serait, selon la doctrine médicale, très rarement causée par un traumatisme aigu (www.cfidos.com/spondylolisthesis-par-lyse-isthmique). Une telle atteinte serait au contraire favorisée par la pratique régulière de certaines activités sportives, comme la gymnastique ou la natation et, sur ce point, l'hypothèse déjà signalée à l'époque d'une atteinte dégénérative causée par des années d'un labeur exercé depuis l'âge de

E. 12

ans, comme l'avait indiqué l'expert choisi par le recourant lui-même, paraît beaucoup plus vraisemblable (7.1.2).

Tribunal cantonal TC Page 9 de 10 8.3. La « rechute » annoncée doit ainsi être assimilée dans les faits à la manifestation nouvelle d'une atteinte dégénérative ancienne, certes aujourd'hui aggravée, mais cela ne saurait nullement avoir pour conséquence, comme le souhaite le recourant, de faire rétroactivement renaître un lien de causalité entre celle-ci et l'accident survenu en 2006, lien nié à juste titre à l'époque. Ni, encore moins, de pareillement rouvrir un droit aux prestations, et notamment pas un droit à la rente, aucune incapacité de travail - laquelle aurait dès lors été présente sans interruption depuis tant d'années - ne sachant se déduire des seules nouvelles explications médicales qui ne visaient probablement qu'à faire prendre en charge l'opération subie par le recourant. Le droit à une rente de l'assurance-invalidité avait du reste également été nié à l'époque par la présente Cour de céans dans un second jugement, dans le cadre duquel elle avait eu l'occasion de relever enfin la présence d'un certain nombre d'éléments extra-médicaux, qui sont autant de facteurs étrangers à l'accident, pouvant expliquer la persistance des plaintes : « (discordance entre les troubles objectivables et les plaintes annoncées, exagération, crispation, facteurs extra- médicaux) » (jugement du 10 avril 2010, 605 2008 419). 8.4. Il va de soi que la révision formelle du précédent jugement rendu par la Cour en matière d'assurance-accidents n'entre à l'évidence pas non plus en ligne de compte, pour les mêmes raisons qui précèdent, quant au fond. Sur la forme, une telle demande serait même irrecevable, car déposée plus de nonante jours après la découverte du « fait nouveau » invoqué, à savoir le premier rapport du Dr I. _____ et du Prof. J. _____, rédigé au mois de février 2019 (art. 106 CPJA). 9. Il s'ensuit le rejet du recours, manifestement infondé. 10. La requête d'assistance judiciaire est également rejetée, un tel recours paraissant d'emblée voué à l'échec pour un plaideur raisonnable, dans le droit sens de l'art. 142 al. 2 CPJA. 11. La demande d'une rente rétroactive plus de 15 ans après l'accident subi, ceci alors même qu'aucune incapacité de travail durable n'a été attestée pour toute cette période et que le recourant n'avait plus donné signe de vie à l'assureur intimé, donne clairement à penser que ce dernier a fait preuve de témérité en interjetant un recours manifestement infondé et, bien que la procédure en assurance-accidents soit en principe gratuite, il se justifie enfin de lui faire supporter des frais de justice d'un montant de CHF 400.- (art. 61 let a LPGA in fine). (dispositif en page suivante)

Tribunal cantonal TC Page 10 de 10 la Cour arrête : I. Le recours (605 2019 209) est rejeté. II. La requête d'assistance judiciaire (605 2019 210) est écartée. III. Des frais de justice de CHF 400.- sont mis à la charge du recourant qui succombe. 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 30 avril 2020 /mbo Le Président : La Greffière-stagiaire:

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