

FR_GERICHTE 605 2020 187 vom 1. Juli 2021

FR Kantonsgericht, 2021-07-01, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2020_187

FR: FR_GERICHTE 605 2020 187 du 1 juillet 2021

IT: FR_GERICHTE 605 2020 187 del 1 luglio 2021

Regeste

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

Erwägungen

E. 14

septembre 2020, concluant implicitement au versement d'indemnités journalières à un taux de 100% pour les mois de février, mars, avril et mai 2020 et 80% à partir du mois de juin 2020 ainsi qu'à la prise en charge des frais de son traitement médical postérieurs au 7 octobre 2019 et des frais psychiatriques. De plus, elle requiert la restitution de l'effet suspensif et l'octroi de l'assistance judiciaire.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 16 A l'appui de son recours, la recourante conteste premièrement la stabilisation de son état de santé, affirmant qu'il l'empêche d'exercer toute activité, ce qui rend le versement d'une rente d'invalidité de 25% seulement insuffisante. En outre, elle reproche à la SUVA d'avoir instruit la cause de manière lacunaire en ne tenant pas compte des derniers rapports médicaux, à savoir celui du 3 avril 2020 du médecin traitant et celui du 23 juin 2020 du Service d'anesthésiologie et réanimation de l'Hôpital fribourgeois. Par ailleurs, elle soutient que les atteintes psychiques dont elle souffre actuellement sont en lien de causalité avec son accident et elle estime que les critères jurisprudentiels en matière de troubles psychiques sont remplis. Dans ses observations du 16 septembre 2020, l'autorité intimée conclut au rejet du recours. A l'appui de sa position, elle confirme que l'état de santé de la recourante peut être considéré comme stabilisé depuis le 31 janvier 2020. Elle ajoute que les troubles psychiques ne sont pas en lien de causalité adéquate avec l'accident du 6 janvier 2016 et que l'incapacité de travail alléguée par la recourante depuis le mois de février 2020 ne peut pas être mise à la charge de l'assurance-accidents dans une mesure supérieure au taux de 25% fixé pour la rente d'invalidité allouée dès cette date. Quant aux frais médicaux, elle indique qu'ils concernent des démarches d'investigation et ne peuvent pas être qualifiés de nécessaires à la guérison. Enfin, elle conclut au rejet de la requête de restitution de l'effet suspensif et s'en remet à la justice sur l'octroi de l'assistance judiciaire. 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 cela soit utile à la solution du litige.

en droit 1. Recevabilité. Interjeté en temps utile, compte tenu de la suspension des délais durant l'été, et dans les formes légales auprès l'autorité judiciaire compétente par une assurée directement touchée par la décision sur opposition attaquée, le recours est recevable. 2. Règles relatives à la preuve. 2.1. 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).

Tribunal cantonal TC Page 4 de 16 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 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). 2.2. 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). 2.3. 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 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales

(LPGA; RS 830.1) (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6).

Tribunal cantonal TC Page 5 de 16 3. Règles relatives au lien de causalité. En vertu de l'art. 6 de la loi 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 LPGA, applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 LAA, est réputée 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.

3.1. 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. La condition du lien de causalité naturelle 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. 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 (ATF 129 V 181 consid. 3.1; 406 consid. 4.3.1; 119 V 335 consid. 1; 118 V 289 consid. 1b et les références). Enfin, admettre l'existence d'un lien de causalité au seul motif que des symptômes sont apparus après un accident revient à se fonder sur l'adage "après l'accident, donc à cause de l'accident" ("post hoc ergo propter hoc"), lequel ne permet pas d'établir l'existence d'un tel lien (arrêt TF 8C_6/2009 du 30 juillet 2009 consid. 3; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 s. consid. 3b).

3.2. 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 générale de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un 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; 129 V 401 consid. 2.2; 125 V 456 consid. 5a et les références). En tant que principe répondant à la nécessité de fixer une limite raisonnable à la responsabilité de l'assureur-accidents social, la causalité adéquate n'a pratiquement aucune incidence en présence d'une atteinte à la santé physique en relation de causalité naturelle avec l'accident, du moment que dans ce cas l'assureur répond aussi des atteintes qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (arrêt TF 8C_420/2013 du 30 mai 2014 consid. 5.1; ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références). En revanche, il en va autrement lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un événement accidentel, ne sont pas objectivables du point de vue organique. Dans ce cas, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (arrêt TF 8C_108/2015 du 4 août 2015 consid. 4.1; ATF 117

Tribunal cantonal TC Page 6 de 16 V 359 consid. 6; 117 V 369 consid. 4; 115 V 133 consid. 6; 115 V 403 consid. 5). En présence de troubles psychiques apparus après un accident, on examine les critères de la causalité adéquate en excluant les aspects psychiques

(ATF 115 V 133 consid. 6c/aa; 403 consid. 5c/aa), tandis qu'en présence d'un traumatisme de type "coup du lapin" à la colonne cervicale (ATF 117 V 359 consid. 6a), d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale (SVR 1995 UV no 23 p. 67) ou d'un traumatisme crânio-cervical (ATF 117 V 369 consid. 4b), on peut renoncer à distinguer les éléments physiques des éléments psychiques (sur l'ensemble de la question cf. ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et SVR 2007 UV no 8 p. 27 consid. 2 et les références). 3.3. En vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique, la jurisprudence a posé plusieurs critères (sur l'ensemble de cette problématique cf. ATF 115 V 133; 115 V 403). Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement: les accidents insignifiants ou de peu de gravité, les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même. Lorsque l'accident est insignifiant (l'assuré s'est par exemple cogné légèrement la tête ou s'est fait marcher sur le pied) ou de peu de gravité (il a été victime d'une chute banale), l'existence d'un lien de causalité adéquate entre cet événement et d'éventuels troubles psychiques peut, en règle générale, être d'emblée niée. Selon l'expérience de la vie et compte tenu des connaissances actuelles en matière de médecine des accidents, on peut en effet partir de l'idée, sans procéder à un examen approfondi sur le plan psychique, qu'un accident insignifiant ou de peu de gravité n'est pas de nature à provoquer une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. L'événement accidentel n'est ici manifestement pas propre à entraîner une atteinte à la santé mentale sous la forme, par exemple, d'une dépression réactionnelle. On sait par expérience que de tels accidents, en raison de leur importance minimale, ne peuvent porter atteinte à la santé psychique de la victime. Dans l'hypothèse où, malgré tout, des troubles notables apparaîtraient, on devrait les attribuer avec certitude à des facteurs étrangers à l'accident, tels qu'une prédisposition constitutionnelle. Dans ce cas, l'événement accidentel ne constituerait en réalité que l'occasion pour l'affection mentale de se manifester. Lorsque l'assuré est victime d'un accident grave, il y a lieu, en règle générale, de considérer comme établie l'existence d'une relation de causalité entre cet événement et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. D'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, un accident grave est propre, en effet, à entraîner une telle incapacité. Dans ces cas, la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique se révélera la plupart du temps superflue. Sont réputés de gravité moyenne les accidents qui ne peuvent être classés dans l'une ou l'autre des catégories décrites ci-dessus. Pour juger du caractère adéquat du lien de causalité entre de tels accidents et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique, il ne faut pas se référer uniquement à l'accident lui-même. Il sied bien plutôt de prendre en considération, du point de vue objectif, l'ensemble des circonstances qui sont en connexion étroite avec l'accident ou qui apparaissent comme des effets directs ou indirects de l'événement assuré. Ces circonstances constituent des critères déterminants dans la mesure où, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, elles sont de nature, en liaison avec l'accident, à entraîner ou à aggraver une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique.

Tribunal cantonal TC Page 7 de 16 Les critères les plus importants sont les suivants: • les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident; • la gravité ou la nature particulière des lésions physiques compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des

troubles psychiques; • la durée anormalement longue du traitement médical; • les douleurs physiques persistantes; • les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident; • les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes; • le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques. Il n'est toutefois pas nécessaire que soient réunis dans chaque cas tous ces critères à la fois. Suivant les circonstances, un seul d'entre eux peut être suffisant pour faire admettre l'existence d'une relation de causalité adéquate entre l'accident et une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. Il en est ainsi lorsque l'accident considéré apparaît comme l'un des plus graves de la catégorie intermédiaire ou que l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Un seul critère peut en outre suffire lorsqu'il revêt une importance particulière, par exemple dans le cas où l'incapacité de travail due aux lésions physiques est particulièrement longue en raison de complications apparues au cours de la guérison. Lorsque, en revanche, aucun critère ne revêt à lui seul une importance particulière ou décisive, il convient de se fonder sur plusieurs critères. Cela d'autant plus que l'accident est de moindre gravité. Ainsi, lorsqu'un accident de gravité moyenne se trouve à la limite de la catégorie des accidents peu graves, les autres circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité puisse être admis. L'appréciation de l'événement accidentel en fonction de ces critères objectifs permet d'affirmer ou de nier l'existence du lien de causalité adéquate (ATF 115 V 133 consid. 6; 115 V 403 consid. 5). En cas d'accidents de gravité moyenne dans la zone médiane, au minimum trois des critères doivent être remplis pour admettre la causalité adéquate si aucun d'entre eux ne revêt une intensité particulière (arrêt TF 8C_897/2009 du 29 janvier 2010 publié in SVR 2010 UV no 25 100). Dans les accidents de gravité moyenne mais à la limite des accidents de peu de gravité, quatre critères doivent en revanche être remplis au moins parmi les sept consacrés par la jurisprudence ou l'un des critères doit se manifester avec une intensité particulière (arrêts TF 8C_566/2013 du 18 août 2014 consid. 6.1; 8C_622/2010 du 3 décembre 2010 consid. 4.1 et les références). 4. Discussion sur le lien de causalité entre l'accident et les atteintes à la santé. En l'espèce, la SUVA a d'emblée retenu que les troubles de l'épaule droite dont souffre la recourante sont en lien de causalité avec l'accident du 6 janvier 2017. Ce point n'est dès lors pas litigieux.

Tribunal cantonal TC Page 8 de 16 En revanche, en 2017 déjà, puis en 2018, la SUVA a nié que les cervicalgies avec irradiation étaient dues à l'accident du 6 janvier 2016 (voir sur ce point notamment l'ancien rapport datant du 26 février 2015 et le rapport du 12 avril 2017 de la Dresse C._____ qui suffisent à établir que ces troubles étaient déjà présents avant 2016). Ces prises de position de l'assureur-accidents, non contestées, ne pouvaient dès lors plus l'être ni dans le cadre de la procédure d'opposition contre la décision du 7 avril 2020 allouant une rente d'invalidité de 25% suite à la fin du droit aux indemnités journalières au 31 janvier 2020, ni dans le cadre de la présente procédure de recours (voir à cet égard décision sur opposition du 30 juillet 2020, consid. 2g et 3c). Quant à l'éventualité d'autres atteintes, d'origine neurologique, elle a été évoquée pour tenter d'expliquer les douleurs dont fait état la recourante. Cette hypothèse a toutefois été exclue par la réalisation d'examen médicaux. Sous l'angle du lien de causalité, le litige porte ainsi uniquement sur la question de l'existence d'un tel lien entre l'accident du 6 janvier 2016 et les troubles psychiques de la recourante. 4.1. Evénement accidentel du 6 janvier 2016. Il ressort de la déclaration d'accident du 12 janvier 2016 que la recourante manipulait un sac de gobelets vides de 15 kg lorsque celui-ci est tombé d'un mètre de hauteur. Par réflexe, elle a essayé de rattraper le sac dans sa chute. 4.2. Atteintes à la santé. Par IRM du 8 février 2016, une

aggravation d'une déchirure transfixiante du tendon du sus-épineux a été mise en évidence, opérée le 9 mars 2016. L'évolution étant difficile et la fonction de l'épaule droite restant limitée, une seconde opération a été réalisée le 12 janvier 2017. Si une diminution des douleurs et une amélioration de la mobilité ont été observées, des cervicalgies se sont manifestées. Le 12 avril 2017, la Dresse C. _____ souligne que la recourante présentait déjà des cervicalgies avant 2016. Elle établit une légère uncarthrose C5-F6 et C6-C7. Le Dr D. _____, dans un courrier du 28 avril 2017, note des douleurs de la colonne vertébrale, rebelles aux traitements conservateurs et un rétrécissement modéré du trou de conjugaison C5-C6 droit en raison d'une ostéophytose. Dans un rapport du 17 août 2017, le Dr E. _____ relève une uncarthrose modérée C5-C6 et une atteinte possible du plexus brachial. Par la suite, il précise que les douleurs sont essentiellement le fait du conflit à l'épaule. Dans son courrier du 10 octobre 2017, le Dr D. _____ soutient que ni le traitement de la cervicarthrose C6 ni le traitement chirurgical de l'épaule n'ont apaisé les douleurs présentes depuis l'accident. Selon lui, l'état de santé demeure instable et la capacité de travail incomplète. Le 4 décembre 2017, le médecin-conseil nie toute lésion du plexus brachial. Dans un rapport du 24 avril 2018, le Dr F. _____, ne parvenant pas à donner une explication à la diminution globale de la force du MS droit et signalant que le rétrécissement du trou de conjugaison C5-C6 droit serait asymptotique, propose l'intensification du traitement antalgique.

Tribunal cantonal TC Page 9 de 16 Dans un courrier du 14 mai 2018, le Dr D. _____ réaffirme que l'évolution est défavorable et le traitement inachevé, cela malgré la reprise par la recourante d'une activité de 100%. Selon lui, les douleurs résiduelles et les faiblesses musculaires sont la conséquence du problème à l'épaule. Du 22 janvier au 26 février 2019, la recourante effectue un séjour au sein de la CRR au terme duquel, les bilans échographique et orthopédique s'avèrent rassurants. Sur le plan psychiatrique, il est constaté que la recourante éprouve une irritabilité et une tension permanente mais que l'ampleur des symptômes n'est pas assez importante pour déterminer un trouble psychiatrique. En outre, des incohérences entre l'importance des douleurs, dont la recourante a une cotation élevée, et le handicap perçu par cette dernière et les lésions organiques objectivables sont relevées. Il est retenu que la situation médicale est proche d'être stabilisée. D'après les investigations, la capacité de travail de la recourante serait de 100% dans une activité sans port de charges répété de plus de 2.5 kg ou travail prolongé avec le membre supérieur droit au-dessus du plan des épaules, activité nécessitant de la force ou des mouvements répétés du membre supérieur droit, position en porte à faux prolongée, mais sans limitation dans les travaux fins. Dans un rapport du 6 mai 2019, le médecin conseil estime qu'au vu du rapport de réhabilitation à la CRR, l'accident étant survenu 3 ans auparavant et 2 opérations ayant été réalisées, la situation médicale est désormais stabilisée. Dans un courrier du 18 décembre 2019, le Dr G. _____ soutient que la recourante souffre d'omalgies neuropathiques consécutives à son accident du 6 janvier 2016. Il affirme que l'évolution est non favorable et que la situation n'est pas du tout stabilisée. Le 3 avril 2020, par courrier adressé à la SUVA, le Dr H. _____ retient que la recourante, patiente douloureuse chronique au parcours difficile, nécessite une prise en charge globale par un centre anti-douleur et une prise en charge psychiatrique car la douleur chronique a des répercussions sur les dimensions psychologiques et sociales. Dans un courrier du 23 juin 2020, le Dr G. _____ réaffirme que l'évolution de l'état de santé de la recourante est défavorable depuis la fin de l'année 2019. Application des critères jurisprudentiels. 4.3. Pour examiner si la condition de la causalité adéquate entre les troubles psychiques et l'accident du 6 janvier 2016 est remplie,

en application de la méthode préconisée par le Tribunal fédéral, il est d'abord nécessaire d'apprécier le degré de gravité de l'accident. 4.3.1. La recourante manipulait un sac de gobelets vides de 15 kg lorsque celui-ci est tombé. En le rattrapant durant sa chute, elle a immédiatement ressenti des douleurs à l'épaule droite. Souffrant d'une inflammation de l'épaule et du dos droits, le corps médical lui diagnostique peu après une aggravation d'une déchirure transfixiante du tendon sus-épineux. A l'évidence, un tel événement doit être considéré comme un accident de peu de gravité et n'est pas de nature, en tant que tel, à entraîner la survenance de troubles psychiques, en l'absence de circonstances particulières, non réalisées en l'espèce. L'existence d'un lien de causalité adéquate peut dès lors d'emblée être niée.

Tribunal cantonal TC Page 10 de 16 Au demeurant, même si l'on considérait cet événement comme un accident de moyenne gravité (à la limite des accidents de la catégorie inférieure), le lien de causalité adéquate devrait également être nié. 4.3.2. En particulier, quand bien même les circonstances concomitantes de l'accident invoquées par la recourante sont certes regrettables (faute d'un tiers), l'accident n'a pas eu un caractère particulièrement dramatique ou impressionnant. Par ailleurs, les lésions physiques dont la recourante a été victime ne revêtent pas une gravité particulière ou propre, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques. En outre, le dossier médical de la recourante ne contient aucune mention d'une erreur de traitement ayant entraîné une aggravation des séquelles ou ayant impliqué un traitement plus long et plus lourd que ce qui est habituellement le cas, en présence d'une déchirure transfixiante du tendon sus-épineux. Quant aux douleurs alléguées par la recourante ou à la durée de son incapacité de travail, ces seuls critères ne seraient quoi qu'il en soit pas suffisants, à eux seuls, pour reconnaître un rapport de causalité entre l'accident et les troubles psychiques allégués. Au vu de son déroulement, l'accident n'est manifestement pas propre à entraîner une atteinte à la santé psychique de la victime. Cet événement ne peut pas être tenu pour la cause adéquate des troubles psychiques dont se plaint la recourante. Partant, c'est à bon droit que la SUVA a retenu que les affections psychiques n'engageaient pas sa responsabilité. 5. Règles relatives à la fin du droit à l'indemnité journalière. 5.1. L'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPG) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (art. 16 al. 1 LAA). Le droit naît le troisième jour qui suit celui de l'accident ; il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA). De même, les conditions du droit à la prise en charge des frais de traitement médical diffèrent selon que l'assuré est ou n'est pas au bénéfice d'une rente (ATF 116 V 45 consid. 3b). 5.2. 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). 5.3. 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

Tribunal cantonal TC Page 11 de 16 31 août 2004 et U 89/95 du 21 novembre 1995; MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2e éd. 1989, p. 274). 6. Discussion sur la stabilisation de l'état de santé. En l'espèce, est litigieuse la fin du paiement de l'indemnité journalière pour la seule atteinte en lien de causalité avec l'accident, soit les troubles à l'épaule droite. Cela implique d'examiner la question de la stabilisation de l'état de santé sous cet angle. La recourante soutient que l'état de son épaule ne serait pas stabilisé. Elle s'appuie pour cela sur le courrier du Dr G. _____ du 18 décembre 2019, sur le rapport du Dr H. _____ du 3 avril 2020 ainsi que sur le rapport du Service d'anesthésiologie et réanimation de l'Hôpital fribourgeois du 23 juin 2020 et sur le courrier du 18 décembre 2019 du Dr G. _____. Comme précisé ci-dessus, du point de vue de l'assurance-accidents, la stabilisation signifie qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Les médecins traitants concluent tous que l'évolution est difficile, soit qu'il n'y a pas d'amélioration significative de sa situation et cela depuis la dernière opération en date du 12 janvier 2017, conformément au rapport du 6 mai 2019 du médecin conseil. De même, le Dr D. _____ établit dans un courrier du 28 avril 2017 que les douleurs de la recourante sont rebelles aux traitements conservateurs. Le traitement à cette date visait donc déjà à maintenir l'état de santé de la recourante. Cet avis va clairement dans le sens de l'absence d'évolution de l'état de santé depuis janvier 2017, partant, d'une stabilisation de celui-ci. Les avis des différents médecins consultés ne font que confirmer ce qu'a retenu la SUVA dans sa décision sur opposition. Par ailleurs, il convient de rappeler que la notion d' « état stabilisé », sur le plan du droit de l'assurance-accidents, signifie que les conséquences de l'état de santé de l'assuré sur sa capacité de gain sont stabilisées, mais non que son état de santé ne saurait plus jamais évoluer. L'avis du médecin-conseil selon lequel l'état de santé est considéré comme stable en 2019 est convaincant et doit être suivi. Partant, c'est à raison que la SUVA a annoncé mettre fin au paiement des soins médicaux, hormis la médication antalgique, et au versement de l'indemnité journalière. 7. Règles relatives à la rente d'invalidité. 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. 7.1. Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

Tribunal cantonal TC Page 12 de 16 Il découle de cette notion d'invalidité que ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée; ce sont bien plutôt les conséquences économiques de celle-ci, c'est-à-dire une incapacité de gain qui sera probablement permanente ou du moins de longue durée (ATF 127 V 294). A teneur de l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. 7.2. 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. En d'autres termes, le degré d'invalidité résulte de la comparaison du revenu d'invalidé, soit ce que l'assuré est encore capable de gagner en utilisant sa capacité résiduelle de travail dans toute la mesure que l'on est en droit d'attendre de lui, avec le revenu sans invalidité, à savoir ce qu'il pourrait gagner si l'invalidité ne l'entravait pas (RCC 1963 p. 365). C'est l'application de la méthode ordinaire de comparaison des revenus. Cette comparaison s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus (RCC 1985 p. 469). Pour la comparaison des revenus, 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 no 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). L'appréciation de la question de l'exigibilité donnée par le médecin permet de déterminer les activités qui entrent encore en considération pour l'assuré malgré les limitations dues à l'accident. 7.3. En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence). 7.4. En ce qui concerne le revenu d'invalidé, on tient compte de la perte de gain effective si on peut admettre que la personne assurée utilise au mieux sa capacité résiduelle de travail et si le revenu obtenu est en adéquation avec la prestation fournie. On se fonde sur un revenu hypothétique lorsque la personne assurée ne met pas – ou pas pleinement – à profit sa capacité de travail après l'accident (Frésard-Fellay, Droit suisse de la sécurité sociale, Vol. II, 2015, § 286 p. 421). Si 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'invalidé peut être évalué notamment sur la base des données salariales publiées

Tribunal cantonal TC Page 13 de 16 par l'Office fédéral de la statistique (ci-après : l'OFS); arrêt TF 9C_25/2011 du 9 août 2011 consid. 6.2). Il est également possible de recourir à une enquête menée par la SUVA auprès des 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). La détermination du revenu d'invalidé sur la base de ces fiches – appelées DPT – suppose en sus de la production d'au moins cinq d'entre elles, 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. Si la SUVA n'est pas en mesure de satisfaire à ces exigences de procédure, on ne peut pas se référer aux DPT. En revanche, si les DPT satisfont aux conditions formelles précitées, la CNA peut et même doit s'y référer pour fixer le revenu d'invalidé. En pareils cas, il n'est pas nécessaire d'effectuer un calcul de contrôle à l'aide des statistiques salariales de l'Enquête suisse sur la structure

des salaires de l'Office fédéral de la statistique (arrêt TF 8C_790/2009 du 27 juillet 2010 consid. 4.3). Il n'en va pas différemment si un tel calcul était favorable pour l'assuré (arrêt TF 8C_525/2010 du 21 septembre 2010 consid. 3.2.2.3). Lorsque le revenu d'invalidé est déterminé sur la base des DPT, une réduction de salaire, eu égard au système même des DPT, n'est ni justifiée, ni admissible (ATF 129 V 472 consid. 4.2.2). 7.5. Le taux d'invalidité étant une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, et pas une notion médicale, il ne se confond donc pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 122 V 418). Toutefois, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, 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. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 et 114 V 310 consid. 3c). 8. Discussion sur le taux de la rente. Dans le cadre du droit à la rente, est litigieuse la question de la capacité de travail de l'assuré, laquelle dépend d'une appréciation médicale de son état de santé, ainsi que le taux d'invalidité qui en découle. La recourante fait état de douleurs continues et elle estime que sa situation l'empêche d'effectuer toute activité et qu'en conséquence, la rente accordée par la SUVA à hauteur de 25% est insuffisante. Il sied de relever que, suite à la dernière opération en date du 12 décembre 2016, des taux de capacité de travail de 50% étaient attestés dès le 3 mars 2017, puis à nouveau de 100% dès le

E. 16

août 2017, puis de 30% dès le 15 octobre 2018, puis à nouveau 100% dès le 17 janvier 2019,

Tribunal cantonal TC Page 14 de 16 puis 20% dès le 1er avril 2019, puis 50% dès le 1er mai 2019, puis à nouveau 100% dès le

E. 17

juin 2019. Dans la même ligne, le rapport de la CRR fait ressortir que la capacité de travail de la recourante est de 100% dans une activité sans port de charges répétés de plus de 2.5 kg ou travail prolongé avec le membre supérieur droit au-dessus du plan des épaules, activité nécessitant de la force ou des mouvements répétés du membre supérieur droit, position en porte à faux prolongée, mais sans limitation dans les travaux fins. De plus, les auteurs du rapport relèvent un certain dramatisme ou catastrophisme et une importante sous-estimation de ses capacités fonctionnelles chez la recourante qui resterait centrée sur ses douleurs. Cela étant, au vu du port de charge jusqu'à 15 kg y compris au-dessus des épaules qu'implique l'ancien poste de travail de la recourante, il est évident que son activité professionnelle doit être adaptée contenu de ses limitations fonctionnelles. C'est dès lors à raison que la SUVA a fixé le revenu encore exigible en se basant sur celui que la recourante pourrait obtenir dans une activité adaptée aux limitations mentionnées ci-dessus, exercée au taux de 100%, mais avec un abattement de 5% pour tenir compte de l'effet que peuvent avoir les limitations fonctionnelles en question sur le salaire effectivement réalisable. Fixé à CHF 52'581.00 en réduisant de 5% le revenu annuel ressortant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), femme, niveau de compétence 1, le revenu d'invalidé peut en conséquence être confirmé, son calcul n'étant par ailleurs pas contesté en tant que tel. Quant

au revenu de valide de CHF 70'140.-, non litigieux également, il peut également être confirmé, de telle sorte que c'est à bon droit que la SUVA a fixé à 25% (CHF 52'581.- / 70'140.-) le taux de la rente d'invalidité octroyée. 9. Frais de traitement après la stabilisation de l'état de santé. La recourante conclut encore à la poursuite de la prise en charge de l'ensemble des traitements qu'elle suit. La SUVA refuse quant à elle cette prise en charge, se référant à l'état de santé désormais stabilisé de son assurée. 9.1. 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. En vertu de l'art. 21 LAA, lorsque la rente a été fixée, les prestations pour soins et remboursement de frais selon les art. 10 à 13 LAA sont accordées à un bénéficiaire lorsqu'il souffre d'une maladie professionnelle (let. a); lorsqu'il souffre d'une rechute ou de séquelles tardives et que des mesures médicales amélioreraient notablement sa capacité de gain ou empêcheraient une notable diminution de celle-ci (let. b); lorsqu'il a besoin de manière durable d'un traitement et de soins pour conserver sa capacité résiduelle de gain (let. c); lorsqu'il présente une incapacité de gain et que des mesures médicales amélioreraient notablement son état de santé ou empêcheraient que celui-ci ne subisse une notable détérioration (let. d). 9.2. En l'occurrence, aucune des hypothèses prévues par l'art. 21 LAA n'est remplie.

Tribunal cantonal TC Page 15 de 16 En particulier, aucun médecin ne suggère de traitement propre à améliorer de façon sensible la capacité de gain de la recourante. 10. Indemnité pour atteinte à l'intégrité. Dans sa décision sur opposition du 30 juillet 2020, la SUVA confirme également l'octroi d'une atteinte à l'intégrité à hauteur de CHF 14'820.-, basée sur un taux de 10%. Cette indemnité n'est pas contestée et n'est dès lors pas visée par la présente procédure. 11. Sort du recours et frais. 11.1. Sur le vu de l'ensemble de ce qui précède, le recours doit être rejeté dans l'ensemble de ses griefs et la décision sur opposition du 30 juillet 2020 confirmée. 11.2. Le présent arrêt rendu sur le fond rend sans objet la requête d'effet suspensif. 11.3. En application du principe de la gratuité de la procédure valant en la matière (voir 61 let. a LPGA dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020, applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 LAA), il n'est pas perçu de frais de justice. 11.4. En l'absence de frais de justice mis à la charge de la recourante qui n'est par ailleurs pas représentée par un mandataire, la demande d'assistance judiciaire est sans objet. 11.5. Il n'est pas alloué de dépens. (dispositif en page suivante)

Tribunal cantonal TC Page 16 de 16 la Cour arrête : I. Le recours est rejeté. Partant, la décision sur opposition du 30 juillet 2020 est confirmée. II. Les requêtes d'effet suspensif et d'assistance judiciaire sont sans objet. III. Il n'est pas perçu de frais de procédure. IV. Il n'est pas alloué de dépens. V. 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 1er juillet 2021/zdu/msu Le Président : La Greffière-stagiaire :

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