

FR_GERICHTE 605 2020 190 vom 26. Juli 2021

FR Kantonsgericht, 2021-07-26, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2020_190

FR: FR_GERICHTE 605 2020 190 du 26 juillet 2021

IT: FR_GERICHTE 605 2020 190 del 26 luglio 2021

Regeste

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

Erwägungen

E. 1

Le recours a été interjeté en temps utile auprès de l'autorité judiciaire compétente par un assuré directement touché par la décision sur opposition attaquée. Les propos du recourant sont cependant peu clairs. L'intéressé, à la limite de l'insulte, s'attarde en effet longuement et de manière confuse sur des injustices qu'il aurait subies, sans répondre aux arguments soulevés dans la décision attaquée et sans prendre de conclusions formelles. Toutefois, il demande que la Suva – à laquelle il avait initialement adressé le recours – « admette son courrier » et qu'elle « corrige ses erreurs ». On devrait ainsi admettre qu'il conclut à ce que la décision attaquée soit annulée et que, partant, les séances de physiothérapie soient prises en charge. La question de la recevabilité formelle peut cependant rester ouverte au vu du fait que le recours doit être rejeté sur le fond.

E. 2

Selon l'art. 10 al. 1 de la loi du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA ; RS 832.20), l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. Selon la jurisprudence (arrêt TF du 16 mars 2015, 8C_179/2014, consid. 4.1.), le traitement médical n'est alloué qu'aussi longtemps que sa continuation est susceptible d'apporter une amélioration sensible de l'état de l'assuré (art. 19 al. 1, seconde phrase, LAA a contrario), une amélioration insignifiante n'étant pas suffisante. Il n'y a pas d'amélioration sensible de l'état de santé quand la mesure thérapeutique (p. ex. une cure annuelle) ne fait que soulager momentanément des douleurs occasionnées par un état par ailleurs stationnaire (RAMA 2005 n° U 557 p. 388, U 244/04 consid. 3.1). Si une amélioration n'est plus possible, le traitement prend fin et l'assuré peut prétendre à une rente d'invalidité (pour autant qu'il présente une incapacité de gain de 10 pour cent au moins).

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. L'art. 21 al. 1 LAA préconise une telle prise en charge lorsque 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), ou encore, 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). Cela étant, l'assureur peut ordonner la reprise du traitement (art. 21 al. 2 LAA).

Tribunal cantonal TC Page 4 de 10

E. 3.1

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]). En cas de rechute et de séquelles tardives et, de même, si l'assureur ordonne la reprise du traitement médical, le bénéficiaire de la rente peut prétendre non seulement à la rente, mais aussi aux prestations pour soins et au remboursement de frais (art. 21 al. 3 LAA). Dans ce cas, l'assureur-accidents accordera les prestations indépendamment des conditions fixées à l'art. 21 LAA (arrêt TF du 16 mars 2015, 8C_179/2014, consid. 4.1.).

E. 3.2

Cela étant, dans cette dernière affaire, le TF avait estimé que la cour cantonale avait constaté, d'une manière qui liait le Tribunal fédéral, que l'état de santé de l'intimé était stationnaire depuis 2008, en ce sens que l'on ne pouvait plus attendre d'amélioration significative depuis cette date et que le traitement médicamenteux avait pour but d'éviter les insomnies et de soulager les violents maux de tête qui surviennent trois fois par mois environ. Dès lors, force était de constater que le traitement ne faisait que soulager momentanément une symptomatologie occasionnée par un état de santé demeuré par ailleurs stabilisé. Cela suffisait pour nier le droit à la prise en charge de ce traitement en vertu de l'art. 10 al. 1 LAA sans qu'il soit nécessaire de trancher le point de savoir si une mesure permettant seulement d'éviter une péjoration de l'état de santé constituait un traitement médical approprié au sens de cette disposition légale. Au vu de ce qui précédait, la recourante était dès lors fondée à supprimer le droit de l'assuré à la prise en charge du traitement médical avec effet ex nunc et pro futuro. En particulier, elle n'avait pas à établir l'existence d'un motif de révocation (révision procédurale ou reconsidération) d'une décision matérielle d'octroi de prestations (cf. ATF 130 V 380 consid. 2.3.1 p. 384). Par ailleurs, la prise en charge des frais de traitement ne constituant pas une prestation durable au sens de l'art. 17 al. 2 LPGA, les règles présidant à la révision des prestations visées par cette disposition légale (cf. ATF 137 V 424 consid. 3.1 p. 428 et la référence) n'était pas applicables (ATF 133 V 57 consid. 6.7 p. 65).

E. 4

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 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. 4.1

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).

Tribunal cantonal TC Page 5 de 10

E. 4.2

Le simple fait que le médecin consulté soit 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 présomption à l'égard de l'assuré. Ainsi, le juge ne peut écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante. Cela étant, dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes, même faibles, quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis (arrêt du TF 8C_456/2010 du 19.04.2011 consid. 3 et la référence citée). En effet, 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, le juge 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. 5

Est en l'espèce litigieuse la prise en charge de séances de physiothérapie, la Suva considérant en substance que celles-ci ne sont pas susceptibles de conserver la capacité de gain ou d'améliorer l'état de santé. Qu'en est-il ?

E. 6

Accidents en 2009 et en 2011

E. 6.1

Le 26 août 2009, le recourant s'est blessé à l'épaule droite en chutant suite à une glissade dans un talus. Les médecins ont diagnostiqué une « rupture traumatique sus-épineux (100%) et sous-scapulaire (bord supérieur), épaule droite ». Le recourant a été opéré (« arthroscopie diagnostique, suture coiffe des rotateurs, biceps ténotomie et –dèse, acromioplastie » ; rapport opératoire du 21 octobre 2009, doc. 23) et a suivi des séances de physiothérapie (rapport du 14 mai 2010, doc. 57).

E. 6.2

Le 23 juin 2011, il a subi une nouvelle chute suite à un éboulement de terrain, lors de laquelle il s'est retenu avec les deux mains. Il a par la suite ressenti des douleurs aux deux épaules qu'il a notamment soignées par des médicaments et des séances de physiothérapie (rapport du

E. 7

Rechute en 2015 Le 8 septembre 2015, le recourant a fait annoncer une rechute du 2 juillet 2015 (doc. 79). Alors qu'il déplaçait du matériel de chantier, il a ressenti des douleurs (doc. 128).

E. 7.1

Une IRM du 3 septembre 2015 a permis de mettre en évidence une « récurrence de déchirure du tendon sus-épineux droit avec clivage intrinsèque et rupture transfixiante insertionnelle antérieure générant un remaniement important du tendon sur 30 x 28 mm. Déchirure profonde et partiellement transfixiante pré-insertionnelle et insertionnelle haute du sous-scapulaire favorisée par une discrète émergence de vis en intra-articulaire » (rapport du 4 septembre 2015, doc. 95). Le 25 septembre 2015, dans son rapport initial LAA, le Dr B. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a diagnostiqué une « rupture itérative de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite ». Il a prescrit le traitement suivant : « auto-rééducation et rééducation. Physiothérapie. Anti-inflammatoire. Antalgiques » (doc. 132).

E. 7.2

En début d'année suivante, la Dre C. _____, spécialiste en neurochirurgie et médecin d'arrondissement de la Suva, a indiqué que les troubles de l'épaule droite étaient en relation avec l'accident de 2009 (rapport du 4 janvier 2016, doc. 160).

E. 7.3

Au printemps 2016, le Dr B. _____ a attesté d'une évolution stagnante. Réservant le pronostic, il a prescrit de la physiothérapie, indiquant cependant qu'il fallait s'attendre à la persistance de douleurs (rapport du 23 février 2016, doc. 196 ; rapport du 4 avril 2016, doc. 200). En été 2016, il a signalé qu'il n'y avait « pas d'amélioration et pas de péjoration ». Il a constaté que les douleurs, notamment nocturnes, persistaient, et que son patient rencontrait des difficultés à l'élévation du bras. Ainsi, il a à nouveau prescrit de la rééducation et de l'auto-rééducation (rapport du 1er juin 2016, doc. 221). En automne 2016, le Dr B. _____ a une fois encore réservé le pronostic et a continué à prescrire « auto-rééducation et rééducation », répétant qu'il fallait s'attendre à la persistance de douleurs (rapport du 28 octobre 2016, doc. 257). Au printemps de l'année suivante, il a constaté que la situation évoluait défavorablement (rapport du 6 mars 2017, doc. 265).

E. 7.4

Le 24 avril 2017, le recourant a informé la Suva du fait qu'il avait cessé les séances de physiothérapie, celles-ci n'apportant aucun changement (doc. 275). Le même jour, la Dre C. _____ a procédé à l'examen final du recourant. Sur la base du dossier, elle a constaté que la symptomatologie et les douleurs chroniques au niveau de l'épaule droite stagnaient. Elle a dès lors considéré que la situation était stabilisée et que le recourant pouvait travailler à plein temps dans une activité adaptée (doc. 279).

E. 7.5

Le 20 juin 2017, le Dr B. _____, qui a continué à prescrire à son patient un traitement antalgique et anti-inflammatoire, a évoqué une possible intervention chirurgicale (doc. 300). Un mois plus tard, il a encore prescrit des séances de physiothérapie (prescription du 14 juillet 2017, doc. 313).

Tribunal cantonal TC Page 7 de 10 En automne 2017 puis au printemps 2018, le médecin a confirmé la persistance des douleurs et la continuation du traitement anti-inflammatoire et de l'auto-rééducation (rapport du 11 septembre 2017, doc. 325 et rapport du 5 avril 2018, doc. 369).

E. 7.6

Le 12 juillet 2018, le Prof. Dr D. _____, chirurgien orthopédique, interrogé par la Suva, a déconseillé l'intervention chirurgicale évoquée par ses confrères (doc. 420). Quelques jours plus tard, le Dr E. _____, spécialiste en orthopédie auprès de la Suva, a estimé que l'état de santé ne s'était pas péjoré mais qu'il n'y avait aucune d'amélioration à attendre (rapport du 23 juillet 2018, doc. 421).

E. 7.7

Par décision du 18 septembre 2018, confirmée par décision du 12 octobre 2018, la Suva a alloué une rente d'invalidité de 20% dès le 1er avril 2018 et une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10% (doc. 436 et 449). Le Tribunal cantonal a confirmé cette décision dans un arrêt du 18 décembre 2019 (doc. 502), et le Tribunal fédéral a déclaré le recours de l'intéressé irrecevable par arrêt du 25 février 2020 (doc. 512).

E. 7.8

Le 16 octobre 2018, le Dr B. _____ a répondu à un courrier du recourant et a confirmé que les douleurs nocturnes et les difficultés à l'élévation du bras persistaient. S'agissant du traitement, il a indiqué que son patient « prend du Dafalgan » et qu'il « fait de séances de physio à la maison » (doc. 452).

E. 7.9

Suite à une consultation du 5 février 2020, le Dr F. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologique de l'appareil locomoteur, a relevé qu'il n'y avait « apparemment » aucune intervention à faire à l'épaule droite et que les visites mensuelles de son patient au Dr B. _____ avaient pour seul but de prolonger les arrêts de travail. Il allait cependant procéder à divers examens. S'agissant du traitement, il a relevé que le patient avait besoin d'infiltrations de manière occasionnelle, les séances de physiothérapie n'apportant pas d'amélioration (rapport du 2 avril 2020, doc. 539). Suite à une nouvelle consultation du 5 mars 2020, le médecin a diagnostiqué une rupture de tendons et une arthrose modérée acromio-claviculaire. Il a indiqué que les douleurs étaient présentes depuis une dizaine d'années : « Les douleurs qui lui sont restées sont plus ou moins les mêmes depuis

E. 7.10

Le 20 mai 2020, la Dre C. _____ a réexaminé le dossier médical à la demande de la Suva, à la lumière des nouvelles pièces versées au dossier. Elle a estimé que l'état était stabilisé en comparaison avec l'examen qu'elle avait réalisé en 2017 et a soutenu que les troubles constatés n'étaient pas liés à une nouvelle rechute. Elle a estimé que, pour conserver la capacité de gain, des infiltrations et une médication antalgique et

anti-inflammatoire étaient nécessaires. Elle a constaté que son confrère le Dr F. _____ ne recommandait pas la poursuite de la physiothérapie, celle-ci étant restée inefficace. Le cas échéant, les séances pourraient être remplacées par des exercices à domicile (doc. 542).

E. 7.11

Par décision du 18 juin 2020, confirmée par décision du 7 août 2020, la Suva a accordé à son assuré, en plus de la rente, la prise en charge à long terme au niveau de l'épaule droite des

Tribunal cantonal TC Page 8 de 10 infiltrations ainsi que de la médication antalgique et anti-inflammatoire selon prescription médicale. La physiothérapie n'a cependant pas été prise en charge, préconisant des exercices réguliers à faire à domicile (doc. 547 et 555). 8. Discussion 8.1. Sous l'angle de l'art. 21 LAA Au vu de ce qui précède, force est de constater que la physiothérapie n'a aucun effet sur le patient. Elle n'améliore pas sa santé et n'empêche pas même une péjoration. 8.1.1. Le Dr B. _____ a prescrit des séances dès septembre 2015, mais il ressort de ses rapports médicaux successifs que cela n'a apporté aucun changement d'aucune sorte. A ce jour, aucun médecin ne soutient que la physiothérapie aurait des effets bénéfiques. Ni le Dr F. _____, ni la Dre C. _____ ne défendent la poursuite de ce traitement (doc. 542). 8.1.2. Le recourant lui-même a estimé que la physiothérapie était inutile. En effet, en avril 2017, il a indiqué à la Suva qu'il avait cessé les séances au vu de l'absence de résultat (doc. 275). Cette décision n'a visiblement eu aucun impact négatif sur sa santé, les rapports médicaux postérieurs ne faisant état d'aucune péjoration. Il semble de plus que le recourant ait répété au Dr F. _____ que la physiothérapie n'apportait aucun changement. En effet, en 2020, le médecin a pris note dans son rapport du fait que : « la physiothérapie apparemment il en a fait beaucoup et ça n'a jamais apporté grand-chose ». Or, il retranscrivait manifestement les déclarations de son patient (consultation du 5 février 2020, doc. 539). Le médecin a d'ailleurs relevé que celui-ci demandait uniquement un traitement médicamenteux : « tout ce qu'il désire c'est que l'on fasse les prescriptions pour les médicaments, qu'on le voit, environ chaque trois mois, pour renouveler les ordonnances et, de temps en temps, lui faire des infiltrations » (consultation du 5 mars 2020, doc. 538). 8.1.3. Dans ces conditions, on ne voit pas pourquoi la physiothérapie devrait se poursuivre, respectivement être prise en charge par la Suva, au prétexte que celle-ci sert une rente d'invalidité de 20%. Ce traitement n'apporte en effet aucun changement de l'état de santé du recourant, ce que lui-même a reconnu. Partant, la poursuite de la prise en charge de la physiothérapie ne paraît pas répondre aux conditions légales de l'art. 21 LAA, qui préconise une telle prise en charge dans le but de notamment préserver la capacité de gain de l'assuré, qui n'apparaît en l'espèce pas devoir se péjorer si l'on met fin à ce traitement dont l'utilité n'est plus démontrée.

Tribunal cantonal TC Page 9 de 10 8.2. Sous l'angle de l'art. 11 OLAA 8.2.1. Après l'annonce de la rechute de 2015, et malgré la mise en place d'un traitement, les médecins ont rapidement constaté que la situation n'évoluait plus. Ils ont cependant indiqué qu'il fallait s'attendre à l'avenir à une persistance des douleurs. L'état de santé est demeuré le même par la suite, ni le Dr B. _____ ni le Dr F. _____ n'ayant mentionné d'évolution particulière. Dans son rapport du 20 mai 2020, la Dre C. _____ précise pour sa part qu'elle n'a noté aucune évolution depuis la décision de l'octroi de la rente. Admettre dans ces conditions que les douleurs persistantes seraient encore en lien avec l'accident survenu en 2009, dont elles constitueraient une rechute, paraît difficile à établir, aucun rapport médical ne semblant au demeurant attester de l'existence d'un tel lien. En l'absence de tout

lien de causalité, entre cette éventuelle « rechute » et l'accident initial, la poursuite de la physiothérapie ne pourrait non plus se justifier sous l'angle des conditions requises par l'art. 10 OLAA. L'utilité de cette physiothérapie n'étant par ailleurs, comme il vient d'être dit, pas établi, le recourant ne saurait prétendre, là encore, à la poursuite de cette prise en charge. 9. Il découle de tout ce qui précède que le recours, pour autant que qu'on en ait bien saisi le sens des conclusions, doit être intégralement rejeté. La procédure étant gratuite dans la mesure où elle tend à l'octroi de prestations, il n'est pas perçu de frais de justice, quand bien même, par certains aspects, les écritures du recourant semblent à la limite de la témérité, certains de ses propos pouvant en outre apparaître comme déplacés. Aucune indemnité de partie n'est enfin allouée à ce dernier qui succombe.

Tribunal cantonal TC Page 10 de 10 la Cour arrête : I. Le recours est rejeté. II. Il n'est pas perçu de frais de justice. III. Il n'est pas alloué de dépens. IV. Notification. Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite. Fribourg, le 26 juillet 2021/dhe Le Président : La Greffière :

E. 11

ans avec parfois des crises plus importantes ». Il a fait part des souhaits de son patient : « tout ce qu'il désire c'est que l'on fasse les prescriptions pour les médicaments, qu'on le voit, environ chaque trois mois, pour renouveler les ordonnances et, de temps en temps, lui faire des infiltrations » (rapport du 2 avril 2020, doc. 538).

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