

FR_GERICHTE 605 2020 255 vom 25. Mai 2021

FR Kantonsgericht, 2021-05-25, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2020_255

FR: FR_GERICHTE 605 2020 255 du 25 mai 2021

IT: FR_GERICHTE 605 2020 255 del 25 maggio 2021

Regeste

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

Erwägungen

E. 1

Recevabilité Le recours a été interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière. Le recourant, dûment représenté, est en outre directement atteint par la décision querellée et a dès lors un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit, cas échéant, annulée ou modifiée. Partant, le recours est recevable.

E. 2

Dispositions relatives au droit aux prestations

E. 2.1

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

E. 2.2

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence 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. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 119 V 335 consid. 1; 118 V 286 consid. 1b; 117 V 369 consid. 3a; 117 V 359 consid. 5a). Cependant, le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement "post hoc, ergo propter hoc"; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n. U 341 p. 408 s., consid. 3b). Le droit aux prestations de l'assurance-accidents suppose, outre un rapport de causalité naturelle, un rapport de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. Pour que cette

condition soit remplie, il faut que, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré soit 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 (arrêt TF 8C_336/2008 du 5 décembre 2008 consid. 3.1; ATF 129 V 177 consid. 3.2; 117 V 359 consid. 4b).

Tribunal cantonal TC Page 4 de 8

E. 2.3

Si le rapport de causalité avec l'accident est établi avec la vraisemblance requise, l'assureur n'est délié de son obligation d'octroyer des prestations que si l'accident ne constitue plus la cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé, c'est-à-dire si cette dernière repose seulement et exclusivement sur des facteurs étrangers à l'accident. C'est le cas soit lorsqu'est atteint l'état de santé (maladif) tel qu'il se présentait directement avant l'accident (statu quo ante), soit lorsqu'est atteint l'état de santé, tel qu'il serait survenu tôt ou tard, indépendamment de l'accident, selon l'évolution d'un état maladif antérieur (statu quo sine). L'administration et, le cas échéant, le juge tranchent la question de la rupture du lien de causalité en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante. La simple possibilité de cette rupture ne suffit pas (RAMA 1994 p. 326 consid. 3b et les références citées). Cependant, pour les lésions assimilées à un accident, on ne se fondera pas simplement sur le degré de vraisemblance prépondérante pour admettre l'évolution d'une telle atteinte vers un statu quo sine; l'origine malade ou dégénérative des lésions doit être manifeste pour exclure toute cause accidentelle (cf. arrêts TF 8C_347/2013 du 18 février 2014 consid. 3.2; 8C_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 4.2; 8C_551/2007 du 8 août 2008 consid. 4.1.2; 8C_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 2).

E. 3

Dispositions relatives à l'appréciation des preuves

E. 3.1

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

E. 3.2

Pour statuer, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin d'informations que seul le médecin est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c). En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une

Tribunal cantonal TC Page 5 de 8 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 du médecin soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157).

E. 3.3

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 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6). La jurisprudence attire l'attention sur la relation de confiance qui s'établit inmanquablement entre le médecin traitant et son patient, ainsi que sur l'indépendance présumée d'un médecin lié à un assureur par un rapport de travail, mais n'en déduit pas pour autant une quelconque règle de préséance (arrêt TF 9C_843/2007 du 28 juillet 2008 consid. 3).

E. 3.4

Lorsqu'il est constaté que la cause n'est pas suffisamment instruite au plan médical, les tribunaux cantonaux devront, en règle générale, ordonner une expertise judiciaire, à la charge de l'assureur, lorsqu'ils estimeront qu'un état de fait médical nécessite des mesures d'instruction sous forme d'expertise ou lorsqu'une expertise administrative n'a pas de

valeur probante sur un point juridiquement déterminant. Un renvoi à l'assureur demeure néanmoins possible lorsqu'il est justifié par une question nécessaire demeurée jusqu'ici non éclaircie ou lorsque certaines affirmations d'experts nécessitent des éclaircissements, des précisions ou des compléments (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).

Tribunal cantonal TC Page 6 de 8

E. 4

Discussion quant à l'appréciation des preuves Est litigieux en l'espèce le droit de l'assuré à continuer de percevoir des prestations de l'assurance- accidents – en l'espèce la prise en charge de séances de physiothérapie – au-delà du 9 janvier 2020, lequel découle notamment de l'existence d'un lien de causalité entre l'accident et l'atteinte à la santé.

E. 4.1

La Bâloise nie l'existence d'un tel lien de causalité (naturelle) en se fondant sur un rapport sur dossier du 11 juillet 2019 du Dr C. _____, médecin-conseil. Dans ce rapport, celui-ci estime que "les plaintes au niveau du poignet [gauche] ne sont plus en relation de causalité avec l'accident", de sorte que "le traitement de physiothérapie actuel n'est pas en relation de causalité avec l'accident du 25.4.2018" mais à charge de l'assureur-accidents d'un accident de 1997 (rapport du 11 juillet 2019, dossier Bâloise, pièce 11). Pour arriver à cette conclusion, le médecin-conseil se réfère à un rapport du Dr E. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, du 18 juillet 2018. Celui-ci y indique que "l'accident d'avril 2018 a apporté une réactivation des douleurs au poignet [gauche] sur des séquelles des anciennes fractures de l'avant-bras. Le radius est légèrement raccourci, ce qui amène à la variante ulna+ et au conflit ulno-carpien. Cliniquement le tendon est en bonne force et n'est pas luxé. Pas d'indication chirurgicale" (dossier Bâloise, pièce 10). Ces différents rapports donneraient certes à penser que l'accident du 25 avril 2018 n'a fait que raviver de plus anciennes blessures.

E. 4.2

Cependant, force est de constater que tant le Dr C. _____ que le Dr E. _____ n'examinent les problématiques médicales qu'au niveau du poignet gauche. Or, lors de l'événement du 25 avril 2018, l'assuré n'a pas été blessé à ce seul poignet. Outre l'atteinte au poignet gauche, le Dr F. _____, spécialiste en médecine interne générale, évoque ainsi des atteintes au niveau des côtes, aux deux genoux, à la cuisse droite et à la cheville gauche (rapports du 6 juin 2018, du 22 juin 2018 et du 18 juin 2019, dossier Bâloise, pièces 4, 6 et 8). Dans un rapport du 15 décembre 2020, ce médecin a précisé ce qui suit: "Les traitements de physiothérapie ont bien entendu porté sur les avant-bras, compte tenu des lésions complexes sur les poignets, et particulièrement sur les genoux ainsi que le dos et les côtes qui ont bien souffert dans l'aventure. La cheville gauche a également été traitée comme nous le savons, les lésions articulaires sont les plus longues à guérir, surtout les genoux et les poignets" (annexé à l'intervention du 17 décembre 2020). Pour sa part, G. _____, physiothérapeute, souligne ce qui suit: "Dans un premier temps, nous avons cherché à diminuer les douleurs de toutes les articulations lésées et de résorber l'hématome de la cuisse droite du patient par des drainages. Dans un deuxième temps, nous avons travaillé à améliorer la mobilité, la stabilité et la force des membres inférieurs. Les problèmes liés au poignet ont évolué favorablement et assez rapidement. Toutefois, il restait des douleurs et gênes résiduelles en charges (appui sur les mains). Par la suite, nous nous sommes davantage occupé à traiter les membres inférieurs gauche et droite qui le limitai[en]t pour

ses activités quotidiennes (monter/descendre les escaliers, se baisser, faire du sport)" (annexé à l'intervention du 17 décembre 2020).

Tribunal cantonal TC Page 7 de 8 Du reste, les différentes prescriptions de physiothérapie ne se limitent pas au traitement du poignet gauche, mais bien au traitement des deux poignets, des deux genoux, du gril costal droit, de la cuisse droite, de la jambe droite et de la cheville gauche (dossier Bâloise, pièce 17). Au vu de ce qui précède, la Cour constate que, même si, vu les avis médicaux, l'on doit douter de l'existence d'un lien de causalité naturelle entre les atteintes au poignet gauche et l'accident du 25 avril 2018, aucun élément au dossier ne permet en revanche de nier un tel rapport entre les autres troubles et ce même accident. Au contraire, dans leurs différents rapports, le Dr F._____ et G._____ soutiennent que l'ensemble des autres atteintes traitées par physiothérapie étaient causées par cet accident.

E. 4.3

Force est dès lors de retenir qu'il n'a pas été rendu vraisemblable que l'ensemble des atteintes dont souffrait le recourant après le 9 janvier 2019 et ayant justifié la poursuite des séances de physiothérapie n'étaient alors plus en lien de causalité avec l'accident du 25 avril 2018. La fin des prestations à partir du 9 janvier 2019 sur la base de la négation de la causalité naturelle entre l'accident et les seules douleurs persistantes au poignet gauche n'apparaît donc pas convaincante et ne peut pas être confirmée par la Cour de céans. Il n'appartient néanmoins pas à la cour de se substituer à La Bâloise dans l'examen des autres conditions du droit aux prestations, de sorte qu'il convient de lui renvoyer le dossier pour éventuelle instruction complémentaire et nouvelle décision. Dans la mesure où l'ensemble de son argumentation fait l'impasse sur les autres atteintes de l'assuré, il n'est pas nécessaire de revenir sur les différents arguments présentés par La Bâloise. Il y a néanmoins lieu de souligner que le fait d'avoir ignoré les arguments du recourant – lequel soulignait déjà dans son opposition du 23 janvier 2020 (dossier Bâloise, pièce 15) que la physiothérapie concernait l'ensemble de ses atteintes et non le seul poignet gauche – pourrait être assimilé à une violation du droit d'être entendu, laquelle justifierait aussi un renvoi.

E. 5.1

La décision sur opposition litigieuse doit dès lors être annulée et la cause renvoyée à la Bâloise pour qu'elle examine les autres conditions de la prise en charge du traitement médical.

E. 5.2

Il n'est pas perçu de frais de procédure.

E. 5.3

Ayant obtenu gain de cause, le recourant a droit à une équitable indemnité de partie. Le 18 janvier 2021, son mandataire a transmis sa liste de frais, d'un montant total de CHF 2'244.11, à savoir CHF 1'908.29 au titre d'honoraires (7:38 heures à CHF 250.-), CHF 175.40 au titre de frais et CHF 160.42 au titre de la TVA (7.7%). Toutefois, cette liste de frais fait état de frais d'ouverture du dossier à hauteur de CHF 53.85, lesquels doivent être écartés car ne faisant pas partie de l'indemnité prévue à l'art. 61 let. g LPGA (arrêt TF 9C_688/2009 du 19 novembre 2009 consid. 5.3). Ce montant est donc déduit des frais. Partant, l'indemnité de partie est fixée à un montant total de CHF 2'186.15, à savoir à CHF 1'908.30 au titre d'honoraires, CHF 121.55 au titre de frais et CHF 156.30 au titre de la

TVA (7.7%). Ce montant est mis à la charge de l'autorité intimée qui succombe.

E. 5.4

Compte tenu de l'issue du recours, La Bâloise n'a pas droit à une indemnité de partie.

Tribunal cantonal TC Page 8 de 8 la Cour arrête : I. Le recours est admis. Partant, la décision sur opposition du 4 novembre 2020 est annulée et la cause renvoyée à l'autorité intimée pour nouvelle décision. II. Il n'est pas perçu de frais de procédure. III. Une indemnité de partie de CHF 2'186.15, dont CHF 156.30 au titre de la TVA (7.7%), est allouée au recourant. Elle est mise à la charge de la Bâloise Assurances SA et sera versée directement à Me Charles Guerry. IV. La Bâloise Assurances SA n'a pas droit à une indemnité de partie. 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 25 mai 2021/pte Le Président : Le Greffier-rapporteur :

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