

FR_GERICHTE 605 2020 83 vom 27. Mai 2021

FR Kantonsgericht, 2021-05-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2020_83

FR: FR_GERICHTE 605 2020 83 du 27 mai 2021

IT: FR_GERICHTE 605 2020 83 del 27 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, désormais 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).

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

Tribunal cantonal TC Page 4 de 8 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 lésion 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. 2.4

Enfin, l'art. 6 al. 2 LAA prescrit que l'assurance alloue aussi ses prestations pour les lésions corporelles suivantes, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie: les fractures (let. a), les déboîtements d'articulations (let. b); les déchirures du ménisque (let. c); les déchirures de muscles (let. d); les elongations de muscles (let. e); les déchirures de tendons (let. f); les lésions de ligaments (let. g); les lésions du tympan (let. h). Lorsqu'une lésion corporelle comprise dans la liste est diagnostiquée, l'assureur-accidents est tenu à prestations aussi longtemps qu'il n'apporte pas la preuve que cette lésion est due de manière prépondérante, c'est-à-dire à plus de 50 % de tous les facteurs en cause, à l'usure ou à une maladie. Dans le cadre de cette preuve libératoire, la question de savoir s'il y a eu un événement initial reconnaissable et identifiable est déterminante pour délimiter les obligations respectives de l'assureur-accidents et de l'assureur-maladie. Lorsque l'assureur-accidents fournit la preuve qu'un accident au sens de l'art. 4 LPGA n'est pas, même très partiellement, en relation de causalité avec une lésion corporelle de la liste et qu'il n'existe pas d'indice qu'un événement survenu après l'accident pourrait constituer une cause possible de cette lésion, la preuve que celle-ci est due de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie est par là-même rapportée (ATF 146 V 51 consid. 8 et 9 et les références). Cette disposition n'est applicable qu'aux accidents survenus après le 1er janvier 2017, soit après l'entrée en vigueur de la modification du 25 septembre 2015 (alinéa 1 des dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015 de la LAA).

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).

Tribunal cantonal TC Page 5 de 8 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 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 immanquablement 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).

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 à percevoir des prestations de l'assurance- accidents au-delà du 12 décembre 2018, 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 du 13 septembre 2019 du Dr D. _____, médecin-conseil. Dans ce rapport, le généraliste indique ce qui suit: "La lésion complexe du ménisque interne sans lésion sous-chondrale est très probablement d'origine dégénérative et ne peut être mise en relation de causalité pour le moins probable, mais simplement possible, avec l'événement du 18.05.2018. Une lésion méniscale traumatique est en général associé[e] à un œdème osseux. L'événement du 18.05.2019 a aggravé un état antérieur de manière passagère. Décompensation passagère d'une arthrose médial préexistante avec une lésion complexe du ménisque interne. Une arthrose décompensé[e] se calme en général après 6 à 8 semaines. Donc un Status quo à poser à

E. 4.2

Les projections du médecin-conseil ne sont par ailleurs pas confirmées par le Dr G. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Le 6 février 2019, ce spécialiste a procédé à une "arthroscopie diagnostique". A cette occasion, il a notamment observé ce qui suit au niveau de l'articulation fémoro-tibiale interne: "déchirure instable de la corne postérieure du ménisque interne avec un lambeau méniscal luxé dans le récessus postérieur, chondropathie stade III du condyle fémoral interne en zone de charge. Absence de chondropathie" (protocole opératoire du 6 février 2019, bordereau Bâloise II, pièce 20). Cette observation a conduit ce médecin à retenir que son présentait "une déchirure traumatique de la corne postérieure du ménisque interne" (rapport du 2 juillet 2019, bordereau Bâloise II, pièce 17) et à souligner que "la lésion observée [et] traitée durant l'arthroscopie est de manière certaine, en lien avec l'accident subi au mois de mai 2018" (rapport du 11 mai 2020, annexe aux contre-observations du 26

août 2021).

Tribunal cantonal TC Page 7 de 8 C'est d'une manière argumentée et sur la base d'une connaissance complète du dossier de son patient que le Dr G. _____ constate l'existence d'un lien de causalité entre les troubles allégués et l'accident du 18 mai 2018. Cet avis est par ailleurs convaincant, bien que lapidaire, quant au rôle des différentes atteintes malades et accidentelles dans le cas examiné. Face aux rapports de ce spécialiste, les conclusions du Dr D. _____, émises par un généraliste et basées sur la seule lecture d'un dossier incomplet, ne font manifestement pas le poids.

E. 4.3

Conformément au degré de vraisemblance prépondérante applicable en matière d'assurance sociale, il apparaît ainsi que les troubles dont le recourant demande la prise en charge étaient toujours en lien de causalité naturelle avec l'accident du 18 mai 2018 au moment où l'autorité a rendu la décision litigieuse. Au surplus, en présence d'une atteinte au niveau du ménisque, lésion assimilée à un accident au sens de l'art. 6 al. 2 let. a LAA, il appartenait à l'assurance-accidents de prouver que l'atteinte à la santé était due de manière prépondérante à l'usure ou à la maladie pour pouvoir se libérer de son obligation de prester. Ainsi qu'il a été constaté ci-avant, tel n'est manifestement par le cas. La fin des prestations fondée sur le seul constat que la condition de la causalité naturelle ne serait plus remplie donc pas convaincante et ne peut pas être confirmée par la Cour de céans. Il n'appartient néanmoins pas celle-ci de substituer son appréciation à celle de la Bâloise dans l'examen des autres conditions du droit aux prestations, de sorte qu'il convient de lui renvoyer le dossier. 5. 5.1. La décision sur opposition litigieuse doit dès lors être annulée et la cause renvoyée à l'autorité intimée pour qu'elle statue sur le droit aux prestations du recourant. 5.2. Il n'est pas perçu de frais de procédure. 5.3. Ayant obtenu gain de cause, le recourant, représenté par une protection juridique, a droit à une équitable indemnité de partie. Celle-ci est fixée ex aequo et bono à CHF 1'000.-, éventuelle TVA comprise, compte tenu de l'importance et de la difficulté de l'affaire (art. 11 al. 2 du Tarif du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative (Tarif JA, RSF 150.12). Ce montant est mis à la charge de l'autorité intimée qui succombe. 5.4. Vu l'issue du recours, la Bâloise n'a pas droit à une indemnité de partie. (dispositif en page suivante)

Tribunal cantonal TC Page 8 de 8 la Cour arrête : I. Le recours est admis. Partant, la décision sur opposition du 6 avril 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. Un montant de CHF 1'000.-, éventuelle TVA comprise, est alloué au recourant à titre d'indemnité de partie partielle et mise à la charge de la Bâloise Assurances SA. 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 à compter de 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 27 mai 2021/pte Le Président :
Le Greffier-rapporteur :

E. 8

semaines de l'événement. [...] L'intervention du 06.02.2019 n'est pas en relation pour le moins probable, mais simplement possible avec l'événement du 18.05.2018" (rapport du

E. 13

septembre 2019, bordereau Bâloise II, pièce 5). A voir le dossier produit le 30 mars 2021 – censé contenir la totalité des pièces numérotées chronologiquement (cf. courriers du 18 mai et du 31 mars 2021) –, les conclusions de ce médecin- conseil sont fondées sur la seule étude d'une IRM datée du 7 juin 2018, soit une imagerie réalisée trois semaines après l'accident du 18 mai 2018. Il s'agit par ailleurs du seul document cité par le médecin dans son rapport. Partant, le médecin-conseil n'avait aucune autre pièce à disposition en lien avec l'intervention dont il devait examiner la pertinence, en particulier un quelconque rapport médical ou protocole opératoire rédigé par l'intervenant. La valeur probante du rapport du Dr D._____ apparaît de ce fait d'emblée réduite. Dans un tel contexte, le rapport du médecin-conseil peut, tout au plus, être compris comme une indication quant à l'évolution habituelle des troubles de ce type. En aucun cas il ne s'agit d'une réelle appréciation du cas du recourant.

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