

NE_GERICHTE CDP.2016.221 vom 28. Februar 2017

NE Tribunal cantonal, 2017-02-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne_gerichte_CDP.2016.221

FR: NE_GERICHTE CDP.2016.221 du 28 février 2017

IT: NE_GERICHTE CDP.2016.221 del 28 febbraio 2017

Erwägungen

E. 1

Interjeté dans les formes et délai légaux, le recours est recevable.

E. 2

a) Selon l'article

E. 6

al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. La première 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 (ATF 129 V 177 cons. 3.1; 402 cons. 4.3.1; 119 V 335 cons. 1, p. 337; 118 V 286 cons. 1b et les références). En matière de lésions du rachis cervical par accident de type "coup du lapin", de traumatisme analogue ou de traumatisme cranio-cérébral sans preuve d'un déficit fonctionnel organique, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain doit en principe être reconnue en présence d'un tableau clinique typique présentant de multiples plaintes (maux de têtes diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité, troubles de la vue, irritabilité, dépression, modification du caractère, etc.). Encore faut-il que l'existence d'un tel traumatisme et de ses suites soit dûment attestée par des renseignements médicaux fiables (ATF 119 V 335 cons. 1, 117 V 359 cons. 4b). La jurisprudence a posé récemment diverses exigences sur les mesures d'instruction nécessaires de ce point de vue. Elle a considéré, en particulier, qu'une expertise pluridisciplinaire est indiquée si l'état de santé de l'assuré ne présente ou ne laisse pas espérer d'amélioration notable relativement rapidement après l'accident, c'est-à-dire dans un délai d'environ six mois (ATF 134 V 109 cons. 9). La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience 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 cons. 3.2; 402 cons. 2.2; 125 V 456 cons. 5a et les références). En cas d'atteinte à la santé physique, ce rapport de causalité adéquate est généralement admis sans autre examen, dès lors que le rapport de causalité naturelle est établi (cf. ATF 127 V 102 cons. 5b/bb, 117 V 365 cons. 5d). En revanche, en cas d'atteinte à la santé sans preuve de déficit organique consécutive à un traumatisme de type "coup du lapin" à la colonne cervicale, un traumatisme analogue ou un traumatisme crânio-cérébral, la jurisprudence a dégagé des critères objectifs permettant de juger du caractère adéquat du lien de causalité. Le Tribunal fédéral a classé les accidents en trois catégories en fonction de leur

déroulement : si l'accident est insignifiant ou de peu de gravité, le lien de causalité adéquate doit en règle générale être nié; s'il est grave, il doit au contraire être d'emblée admis. S'il est de gravité moyenne, la jurisprudence prescrit l'examen de critères supplémentaires. 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. En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération lors de cet examen un certain nombre de critères, établis d'abord par l'ATF 117 V 359 (appliquant par analogie la méthode développée à propos des troubles psychiques) puis précisés par l'ATF 134 V 109 , qui sont désormais formulés de la manière suivante : les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident (inchangé); la gravité ou la nature particulière des lésions physiques (inchangé); l'administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible (formulation modifiée); l'intensité des douleurs (formulation modifiée); les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident (inchangé); les difficultés apparues en cours de guérison et les complications importantes (inchangé); l'importance de l'incapacité de travail en dépit des efforts reconnaissables de l'assuré (formulation modifiée). Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 115 V 133 cons. 6c/aa, 403 cons. 5c/aa). b) Le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective et décider s'ils permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre. En particulier, le juge ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans s'être penché sur toutes les preuves disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. Il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient bien motivées . Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que 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 et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'article 44 LPG ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 , arrêt du TF du 3.07.2013 [9C_1021/2012] cons. 2.2). 3. Les experts du CEMed attestent de l'existence d'une lésion traumatique objectivable d'un point de vue organique sans la nommer. Parmi les diagnostics retenus, seule l'atteinte plexuelle brachiale radiculaire droite semble en l'occurrence pouvoir constituer une telle lésion. Le Dr D., après avoir pratiqué une électro-neuro-myographie, avait retenu le même diagnostic (rapport du 18.10.2013). Les experts indiquent : " Compte tenu de l'ensemble des éléments à notre

disposition, il ne fait guère de doute, sur le plan neurologique, que X. a été victime le 16.01.2013, d'un traumatisme crânio-cérébral ainsi que d'une atteinte cervicale ou plexuelle brachiale. Parallèlement, X. signale depuis l'événement accidentel et encore actuellement, paraissant être le facteur limitatif essentiel de sa capacité de travail, des troubles de la mémoire et de la concentration, des troubles de l'équilibre entraînant un ralentissement et une perte de rendement, notamment pour le travail sur ordinateur. L'évolution neurologique de X. est à considérer comme normalement favorable, notamment en ce qui concerne l'atteinte du membre supérieur droit où l'on n'observe plus actuellement que quelques troubles sensitifs distaux. Ces derniers ne représentent visiblement pas une cause d'incapacité de travail dans l'activité professionnelle. ... Sur le plan thérapeutique, il convient de poursuivre le traitement actuel, qui paraît tout à fait adapté. Il n'y a pas d'incapacité de travail persistante pour cause neurologique." Si les experts relèvent l'absence d'incapacité de travail d'un point de vue neurologique, tel n'est pas le cas sur le plan neuropsychologique. A cet égard, ils relèvent une dissociation entre la modalité verbale et visuelle, au détriment de cette dernière, et mentionnent que l'expertisé semble gêné par sa vision comme en témoigne notamment son incapacité à dénommer rapidement des couleurs ou à lire des mots. Ils en concluent que "il n'est pas possible de se prononcer définitivement sur les troubles neuropsychologiques résiduels, la relation de causalité et l'atteinte à l'intégrité" et ajoutent : " Concernant la capacité de travail, le manque du mot n'entraîne pas de limitation sur la reprise professionnelle (mais l'expertisé a dû s'adapter en préparant désormais les supports de cours, alors qu'auparavant il pouvait parler librement). Actuellement, toute tâche cognitive appliquant la vision est susceptible de ralentir le rythme de travail, d'engendrer une fatigue, et par là même de diminuer les capacités de concentration, et de ce fait la mémorisation peut en être affaiblie. En conséquence la capacité de travail paraît être celle adaptée au rythme de l'expertisé actuellement, soit un 40 %." et " La seule incapacité partielle est neuropsychologique, car toute tâche cognitive impliquant la vision est susceptible de ralentir le rythme de travail, d'engendrer une fatigue, et par la même de diminuer les capacités de concentration, et de ce fait la mémorisation peut en être affaiblie. En conséquence, la capacité de travail paraît être celle adaptée au rythme de l'expertisé actuellement, soit un 40 %. La capacité peut être améliorée suite au traitement de physiothérapie par stimulation optocinétique." Si l'expertise du CEMed a pleine valeur probante concernant les plans neurologiques, orthopédiques, ORL et psychiques, elle n'est pas suffisamment précise concernant les troubles neuropsychologiques. En effet, les experts estiment d'abord qu'il n'est pas possible de se prononcer définitivement sur lesdits troubles, la relation de causalité et l'atteinte à l'intégrité pour ensuite, après avoir mentionné le diagnostic de troubles cognitifs, indiquer que les troubles constatés lors du bilan et dans les suites immédiates/différées de l'événement accidentel sont en relation "en causalité certaine avec l'accident". L'expertise ne comporte aucune discussion motivée et accessible au juge propre à démontrer, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'une lésion, et le cas échéant laquelle, est responsable des troubles neuropsychologiques dont se plaint le recourant. On ne peut dès lors déterminer si les symptômes encore présents sont objectivables d'un point de vue organique. De plus, l'estimation de la capacité de travail relative est floue dans la mesure où il est mentionné que "la capacité de travail paraît être adaptée au rythme de l'expertisé actuellement, soit un 40%. Par ailleurs, l'opinion exprimée par le médecin-conseil dans son avis du 11 novembre 2015, sans procéder à un examen médical final de l'assuré, ne revêt aucune force probante, étant donné qu'il ne remplit aucune des conditions auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel

document (étude circonstanciée des points litigieux, prise en considération des plaintes exprimées par le recourant, pleine connaissance de l'anamnèse et du dossier médical, conclusions motivées et convaincantes, etc.). De plus, il ne retient aucune lésion organique sans en expliquer les motifs. 4. La décision entreprise doit dès lors être annulée en tant qu'elle confirme la décision du 12 février 2016 qui ne reconnaît plus d'incapacité de travail pour les suites de l'accident du 16 janvier 2013. Par contre, l'allocation d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité et le refus de prise en charge des frais de traitement liés aux troubles psychiques au 29 février 2016 ne font pas l'objet du litige puisque le recourant ne les conteste pas. Il se justifie de renvoyer la cause à l'intimée pour nouvelle décision après complément d'instruction par les moyens qu'elle jugera idoines. Le médecin-conseil veillera par ailleurs à rendre un avis médical dûment motivé. 5. La procédure est gratuite. La recourante, qui obtient gain de cause, a droit à des dépens, qui seront fixés d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA). Le mandataire n'ayant pas déposé un état des honoraires et des frais (art. 66 al. 1 du décret du Grand Conseil du 6.11.2012 fixant les tarifs des frais, des émoluments de chancellerie et des dépens en matière civile, pénale et administrative, ci-après : TFrais), la Cour de céans fixera les dépens sur la base du dossier (art. 66 al. 2 TFrais). L'activité déployée par le mandataire ne peut avoir excédé quelque 5 heures, au regard du litige et dans la mesure où il a représenté la recourante en procédure d'opposition et devait avoir pour cette raison une connaissance approfondie du dossier. Eu égard au tarif usuellement appliqué par la Cour de céans, de l'ordre de 250 francs de l'heure, des débours à raison de

E. 10

% des honoraires (art. 65TFrais) et la TVA de 8 %, l'indemnité de dépens sera fixée au montant de 1'485 francs.

Par ces motifs, la Cour de droit public

1. Admet le recours.

2. Annule la décision sur opposition du 26 mai 2016 en tant qu'elle ne reconnaît plus d'incapacité de travail à X. pour les suites de son accident du 16 janvier 2013, et renvoie la cause à AXA Assurances SA pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

3. Statue sans frais.

4. Alloue au recourant une indemnité de dépens de 1'485 francs à charge de l'intimée.

Neuchâtel, le 28 février 2017

1 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.

2 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:

- a. les fractures;
- b. les déboîtements d'articulations;
- c. les déchirures du ménisque;
- d. les déchirures de muscles;

- e. les élongations de muscles;
- f. les déchirures de tendons;
- g. les lésions de ligaments;
- h. les lésions du tympan.¹

³L'assurance alloue en outre ses prestations pour les lésions causées à l'assuré victime d'un accident lors du traitement médical (art. 10).

¹Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 25 sept. 2015 (Assurance-accidents et prévention des accidents), en vigueur depuis le 1er janv. 2017 (RO20164375;FF20084877,20147691).

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