

NE_GERICHTE CDP.2017.314 vom 20. Juni 2018

NE Tribunal cantonal, 2018-06-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne_gerichte_CDP.2017.314

FR: NE_GERICHTE CDP.2017.314 du 20 juin 2018

IT: NE_GERICHTE CDP.2017.314 del 20 giugno 2018

Erwägungen

E. 1

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

E. 2

Le recourant se plaint d'une violation de son droit d'être entendu dès lors que le dépôt au dossier du rapport médical complémentaire du Dr E. _____ du 18 juillet 2017 n'a pas été porté à sa connaissance et qu'il n'a pas pu s'exprimer à ce sujet avant le prononcé de la décision attaquée. a) Garanti par l'article 29 al. 2 Cst. féd., le droit d'être entendu est à la fois une institution servant à l'instruction de la cause et une faculté de la partie, en rapport avec sa personnalité, de participer au prononcé de décisions qui touchent à sa situation juridique (ATF 135 II 286 cons. 5.1). Il englobe donc tous les droits qui doivent être attribués à une partie pour qu'elle puisse faire valoir efficacement son point de vue dans une procédure (ATF 132 II 485 cons. 3.2). Il a pour corollaire que l'autorité, avant de rendre une décision touchant la situation juridique d'une partie, doit en informer cette dernière et lui donner l'occasion de s'exprimer préalablement sur le sujet (ATF 126 V 130 cons. 2b; arrêt du TF du 20.08.2013 [9C_181/2013] cons. 3.3). L'article 42 LPGA rappelle en outre le droit d'être entendu des parties dans le cadre d'une procédure administrative en matière d'assurances sociales. Le droit d'être entendu implique aussi le droit pour la partie d'être informée du dépôt de toute nouvelle pièce au dossier de manière à ce qu'elle puisse s'exprimer à son propos, le cas échéant, et ce indépendamment de l'importance que peut revêtir son contenu pour l'issue de la procédure. En tant que garantie constitutionnelle de nature formelle, la violation du droit d'être entendu doit en principe entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès au fond (ATF 135 I 187 cons. 2.2). Pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière, la violation du droit d'être entendu peut être réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen, respectivement du même pouvoir d'examen que l'autorité inférieure. La réparation d'un vice éventuel ne doit toutefois avoir lieu qu'exceptionnellement (ATF 137 I 195 cons. 2.3.2; 135 I 279 cons. 2.6.1). Une telle réparation dépend de la gravité et de l'étendue de l'atteinte portée au droit d'être entendu (ATF 126 I 68 cons. 2). Elle peut également se justifier en présence d'un vice grave lorsque le renvoi constituerait une vaine formalité et causerait un allongement de la procédure incompatible avec l'intérêt de la partie lésée à ce que sa cause soit tranchée dans un délai raisonnable (ATF 137 I 195 cons. 2.3.1 et 2.3.2). b) En l'espèce, le rapport du Dr E. _____ du 18 juillet 2017 a été déposé au dossier suite à des compléments d'informations sollicités par la CNA postérieurement à l'opposition de l'assuré à la décision du 2 mars 2017. Il ne fait pas de doute que ce document devait être communiqué à l'assuré de manière à lui permettre d'exercer un éventuel droit de réplique. En s'abstenant de le faire, la CNA a violé son droit d'être entendu. Cela étant, il convient de constater que le

recourant a pu s'exprimer en pleine connaissance de cette pièce dans le cadre de son recours, interjeté devant une autorité judiciaire possédant le même pouvoir d'examen que la CNA, non seulement en fait et en droit mais également en opportunité (ATF 137 V 71 cons. 5.2) et que la violation n'est pas grave. Dans ces circonstances, la Cour de céans retient que la violation constatée peut dès lors être considérée comme ayant été guérie.

E. 3

a) L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel et non professionnel (art. 6 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 qui entraîne la mort (art. 4 LPGA). La notion d'accident telle qu'elle ressort de l'article 4 LPGA se décompose en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable, le caractère soudain de l'atteinte, le caractère involontaire de l'atteinte, le facteur extérieur de l'atteinte, enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident. Pour être dommageable, l'atteinte à la santé doit nécessiter un traitement médical (ou pour le moins une mesure diagnostique) ou provoquer une incapacité de travail. Toutefois, il n'est pas nécessaire que le traitement ait lieu immédiatement après l'événement dommageable car l'atteinte à la santé peut parfois survenir seulement ultérieurement. L'atteinte au corps humain est soudaine à deux conditions : l'atteinte doit tout d'abord être unique et non consister en des troubles continus ou à répétition, par exemple des microtraumatismes quotidiens qui finissent par entraîner une atteinte à la santé nécessitant un traitement. L'atteinte doit en outre se produire pendant un laps de temps relativement court et pouvoir être rattachée à un événement unique (ATF 140 V 220 cons. 5.1). Jusqu'à maintenant, la jurisprudence n'a pas fixé de durée maximale. La soudaineté se rapporte au facteur extérieur qui est à l'origine de l'atteinte, mais non aux conséquences provoquées par celle-ci, qui peuvent se produire seulement à un stade ultérieur. Ainsi, dans l'hypothèse où la victime d'un accident de la circulation routière présente quelques heures plus tard des maux de tête, le critère de la soudaineté de l'atteinte sera rempli (Frésard-Fellay, Kahil-Wolff, Perrenoud , in : Droit suisse de la sécurité sociale Volume II, p. 333 ss, en particulier p. 337-338, ch. 63-64). b) Le droit aux prestations suppose par ailleurs un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, cependant, en cas d'atteinte à la santé physique, la causalité adéquate se recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle (ATF 118 V 286 cons. 3a p. 291). Un rapport de causalité naturelle est donné 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 que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question 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 (ATF 142 V 435 cons. 1 et les arrêts cités). 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. A cet égard, 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 ; ATF 119 V 335 cons. 2b/bb; RAMA 1999 n o U 341, p. 408 ss, cons. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

E. 4

a) Le litige porte sur le droit du recourant à des indemnités journalières de l'assurance-accidents en relation avec l'incapacité de travail subie dès le 21 mars 2016. Conformément à l'article 16 al. 1 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler au sens de l'article 6 LPGA à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière. Cette disposition implique que la seule survenance d'un accident n'est pas suffisante pour l'octroi d'indemnités journalières; il faut en plus que l'événement ayant valeur d'accident (art. 4 LPGA) ait entraîné une incapacité de travail. Il ressort du dossier que, au cours de la journée du 21 mars 2016, le recourant a subi deux atteintes à la santé successives. Chronologiquement, il a tout d'abord été victime d'un blocage du dos en voulant soulever un paquet de carrelage. Ensuite, il est tombé sur les genoux. La CNA a considéré que le blocage du dos n'était pas la conséquence d'un accident mais découlait d'un état maladif/dégénératif préexistant au niveau du dos, pour lequel elle n'avait pas à intervenir. Cette appréciation n'est pas critiquable et n'est du reste pas remise en question par l'intéressé, qui déclare expressément dans son recours n'avoir " jamais fondé ses prétentions sur des douleurs dorsales ". S'agissant de l'atteinte à la santé consécutive à la chute sur les genoux, la CNA a reconnu son caractère accidentel. Cela n'est pas encore en soi suffisant pour l'octroi d'indemnités journalières. Comme relevé ci-dessus, outre le caractère accidentel de la chute sur les genoux, il est nécessaire – mais pas encore suffisant (cf. cons. 4b) – que cet événement ait aussi entraîné une incapacité (totale ou partielle) de travail. La CNA retient que l'incapacité de travail constatée dès le 21 mars 2016 est consécutive aux douleurs dorsales de sorte qu'elle n'en répond pas et qu'elles n'ouvrent pas le droit à des indemnités journalières. Le recourant soutient pour sa part que cette incapacité de travail est due à son problème au genou droit, de sorte qu'elle donne droit aux indemnités journalières. Il convient d'examiner ce qu'il en est. b) Selon les pièces au dossier, le recourant s'est rendu aux urgences de l'HJB le 21 mars 2016. Le rapport médical du 1^{er} juin 2016 concernant cette visite mentionne une lombalgie aiguë et cruralgie suite au port d'une charge lourde et il pose le diagnostic de hernie discale L1-L2 entraînant une incapacité de travail totale. Il n'est fait nulle mention d'un problème au genou. L'HJB a confirmé que le jour en question, l'assuré n'avait aucune plainte concernant le genou droit, de sorte que l'incapacité de travail prescrite était uniquement en rapport avec le traumatisme rachidien. Le médecin traitant, dans son rapport initial du 23 mai 2016, a rapporté une lombalgie aiguë et a constaté une colonne lombaire tuméfiée et douloureuse avec une protrusion discale globale L5-S1; il a attesté une incapacité de travail totale, précisant ultérieurement que l'assuré ne lui avait jamais parlé d'une atteinte au genou droit et que les incapacités de travail attestées étaient toutes en relation avec le problème vertébral. Ces éléments penchent en faveur d'une incapacité de travail due, à tout le moins initialement, uniquement aux douleurs dorsales. Le recourant conteste cette appréciation et considère comme établi que l'incapacité de travail – intervenue dès le 21 mars 2016 et qui s'est prolongée jusqu'à la date du recours – est une conséquence des lésions au genou droit

survenues le jour de l'accident. Il fait valoir que cette lésion ne lui a pas permis de reprendre une activité dans sa profession ou son domaine d'activité et qu'elle était du reste d'une telle gravité et tellement invalidante qu'elle a nécessité une opération ayant eu lieu le 27 février 2017. En résumé, il affirme qu'il n'a jamais fondé ses prétentions sur des douleurs dorsales et que l'incapacité de travail totale subie dès le 21 mars 2016 est due uniquement aux lésions de son genou droit. Il explique que si tant l'HJB que le Dr B. _____ ont omis de mentionner ces douleurs, c'est en raison du fait qu'il ne parle presque pas le français et qu'il a des difficultés à s'exprimer autrement qu'en italien. A ce propos, deux observations s'imposent. Tout d'abord, et à l'instar de l'intimée, la Cour de céans ne peut pas suivre l'argumentation du recourant : c'est une évidence qu'à l'occasion d'un examen médical, quiconque peut facilement montrer l'endroit où il a mal même sans maîtriser la langue de l'examineur. Cela étant, les rapports de l'HJB et du Dr B. _____ permettent de retenir au degré de la vraisemblance prépondérante que l'intéressé a subi une incapacité de travail totale dès le 21 mars 2016 en raison de ses problèmes dorsaux. En deuxième lieu, et compte tenu de ce qui précède, il est indifférent de savoir si les lésions au genou droit étaient propres à entraîner dès le 21 mars 2016 une incapacité de travail. En effet, dès lors que les professionnels de la santé étant intervenus le 21 mars 2016 ont conclu à une incapacité de travail totale découlant des douleurs dorsales de l'intéressé, que cette incapacité de travail est antérieure à une éventuelle incapacité de travail découlant des lésions au genou droit et qu'elle n'est pas du ressort de l'assurance-accidents – ce qui est du reste admis par le recourant, ainsi que cela a été mentionné plus haut (cf. cons. 4a) –, il n'y a de toute manière pas de lien de causalité entre les lésions au genou et l'incapacité de travail. En effet, aussi longtemps que subsiste une incapacité de travail totale préalable dont ne répond pas l'assurance-accidents, une incapacité de travail due à un accident ne peut pas donner lieu à des indemnités journalières, faute de lien de causalité entre l'accident et l'incapacité de travail (arrêt du TF du 07.07.2016 [8C_942/2015]).

E. 5

Le recourant insiste sur le fait que les douleurs au genou ont été immédiates suite à l'accident du 21 mars 2016. Il étaye ses dires en évoquant les déclarations d'accident remplies par son employeur et par lui-même, où il est fait mention d'une chute sur les genoux ayant entraîné des lésions au genou droit. Comme rappelé ci-dessus, le caractère accidentel de la chute sur les genoux est admis et n'est pas litigieux (cf. cons. 4a). Il est par ailleurs indifférent de savoir si ces lésions au genou droit ont, pour elles-mêmes, entraîné une incapacité de travail dès le 21 mars 2016. En effet, une telle incapacité de travail ne peut déboucher sur des indemnités journalières qu'à partir du moment où une incapacité de travail pour des lésions antérieures – et pour lesquelles l'assurance-accidents n'a pas à intervenir – diminue ou cesse.

E. 6

Il convient d'examiner si l'incapacité de travail due aux douleurs dorsales a diminué ou a cessé et, dans l'hypothèse d'une réponse positive à cette interrogation, à partir de quand cette modification est intervenue. En résumé, il s'agit de savoir si, et le cas échéant à partir de quelle date, une incapacité de travail découlant des lésions au genou aurait remplacé une incapacité de travail liée aux troubles dorsaux pour le motif que cette dernière se serait totalement ou partiellement résorbée. a) Dans un certificat médical du 21 mars 2016, l'HJB a attesté d'une incapacité de travail totale jusqu'au 25 mars 2016. Le Dr B. _____ quant à lui a attesté une incapacité totale de travail du 21 mars au 12 juin 2016. Le nouveau

médecin traitant, le Dr E. _____, a ensuite attesté une incapacité de travail continue dès le 1^{er} juin 2016 et jusqu'au 31 janvier 2017, sans toutefois se prononcer sur l'origine (douleurs dorsales ou au genou droit) de cette incapacité. Par courrier du 22 juin 2017, l'intimée a demandé au Dr E. _____ d'indiquer si l'incapacité de travail attestée dès le 1^{er} juin 2016 concernait les troubles du rachis et du genou droit, seulement les troubles du rachis ou seulement les troubles du genou droit; d'indiquer quel pourcentage il retenait pour quelle affection et depuis quelle date; de se déterminer sur la date de fin d'incapacité de travail liée aux troubles du rachis, dans l'hypothèse où il estimait que l'incapacité de travail dès le 1^{er} juin 2016 n'était consécutive qu'aux troubles du genou droit. Dans sa réponse, ce médecin s'est limité à indiquer que l'incapacité de travail dès le 1^{er} juin 2016 concernait le genou, sans se prononcer sur la fin de l'incapacité de travail liée aux douleurs dorsales. b) Dans ce contexte, force est de constater que le dossier ne permet pas d'établir si, et le cas échéant à partir de quand, l'incapacité de travail n'était plus liée aux douleurs dorsales. Or, ce point est d'importance puisque, comme relevé plus haut, si les douleurs dorsales tombent en tant que cause de l'incapacité de travail, alors une incapacité de travail causée par les lésions au genou droit peut entraîner le droit aux indemnités journalières. L'intimée nourrissait des doutes à ce sujet, comme l'indique la démarche entreprise auprès du Dr E. _____. Or, la formulation choisie par le médecin est ambiguë : il atteste dans un premier paragraphe que les douleurs étaient dues au genou et au dos entre mars et juin 2016; dans un paragraphe séparé, il mentionne que l'incapacité de travail dès juin 2016 concerne le genou. Aucun élément ne vient préciser la relation entre ces deux paragraphes. En l'absence de tout terme d'opposition (par exemple : " Toutefois , l'incapacité de travail dès le 1^{er} juin 2016 concerne uniquement le genou... "), il n'est pas possible de retenir au degré de la vraisemblance prépondérante que dès le mois de juin 2016, l'incapacité de travail était due aux seules douleurs au genou, à l'exclusion des douleurs lombaires. Confrontée à cette formulation ambiguë qui ne fournit aucune réponse exploitable aux questions pertinentes posées par l'intimée, celle-ci ne pouvait pas s'en contenter et il lui incombait de poursuivre l'instruction, ne serait-ce qu'en sollicitant les précisions utiles du Dr E. _____. En ne le faisant pas, elle a manqué à son obligation d'établir les faits d'office. Il convient enfin de relever que la formulation ambiguë du médecin traitant, si elle ne permet pas d'établir à satisfaction de droit que l'incapacité de travail dès juin 2016 serait due aux seules douleurs au genou, ne permet pas non plus de retenir sans autre que l'incapacité de travail liée aux douleurs dorsales aurait persisté au-delà de juin 2016. Elle soulève à cet égard un doute suffisamment important pour ne pas permettre de retenir en l'état et sans instruction complémentaire que " aucun médecin n'a attesté que les troubles au dos ne sont plus incapacitants... ".

E. 7

Les considérants qui précèdent amènent à l'admission du recours. La décision attaquée est annulée et la cause est renvoyée à l'intimée, à laquelle il incombera d'entreprendre les mesures d'instruction nécessaires pour permettre de déterminer l'évolution de l'incapacité de travail due aux problèmes lombaires et l'évolution de l'incapacité de travail due au genou droit.

E. 8

La procédure est gratuite. Le recourant, 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 TFrais), la

Cour de céans fixera les dépens sur la base du dossier (art. 66 al. 2 TFrais). L'activité déployée par le mandataire, qui représentait déjà l'assuré dans le cadre de la procédure devant l'intimée, peut être estimée à 5 heures au regard du litige. Eu égard au tarif appliqué par la Cour de céans depuis le 1 er janvier 2018, de l'ordre de 280 francs de l'heure, des débours à raison de 10 % des honoraires (art. 65 TFrais) et de la TVA de 8 % (l'activité ayant été déployée avant le 1 er janvier 2018), l'indemnité de dépens sera fixée au montant de 1'663.20 francs. L'octroi des dépens rend la demande d'assistance judiciaire sans objet.

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