



**POUVOIR JUDICIAIRE
GERICHTSBEHÖRDEN**

ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

**Tribunal cantonal TC
Kantonsgericht KG**

Rue des Augustins 3, case postale 1654, 1701 Fribourg

T +41 26 304 15 00
tribunalcantonal@fr.ch
www.fr.ch/tc

605 2017 287

Arrêt du 3 décembre 2018

1^e Cour des assurances sociales

Composition

Président :

Marc Boivin

Juges :

Daniela Kiener, Marc Sugnaux

Greffière :

Angelika Spiess

Parties

A. _____, recourant

contre

SUVA, autorité intimée, représentée par Me Antoine Schöni, avocat

Objet

Assurance-accidents (lien de causalité)

Recours du 28 novembre 2017 contre la décision sur opposition du
7 novembre 2017

considérant en fait

A. A. _____, né en 1962 et domicilié à B. _____, a travaillé comme peintre en bâtiment pour le compte de la société C. _____ SA à B. _____.

Lors d'une chute de sa hauteur, survenue selon la déclaration d'accident en août 2010 à son domicile, il a subi une déchirure du ligament scapho-lunaire du poignet gauche, nécessitant une intervention chirurgicale.

A la fin du traitement médical, la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: SUVA) a alloué à l'assuré pour les suites de cet accident une rente d'invalidité de 14% à partir du 1^{er} septembre 2012.

B. Le 3 septembre 2014, l'assuré s'est soumis à une cure chirurgicale d'un syndrome de tunnel carpien gauche. La SUVA a considéré que cette atteinte était en lien avec l'accident et en a pris en charge les frais.

C. En raison de douleurs au coude gauche, l'assuré a consulté des spécialistes début 2017, qui ont diagnostiqué une neuropathie ulnaire de probable origine compressive.

La SUVA a soumis le dossier au médecin d'arrondissement qui a estimé, dans sa prise de position du 7 juin 2017, que les troubles du coude n'étaient pas en relation de causalité à tout le moins probable avec l'accident de 2010.

Par décision du 9 août 2017, la SUVA a informé l'assuré qu'il ne lui serait pas alloué de prestations pour la pathologie du coude gauche, faute de lien de causalité probable avec l'accident de 2010.

Suite à l'opposition formée par l'assuré, la SUVA a de nouveau soumis le dossier à son médecin d'arrondissement. Ce dernier a confirmé, dans son appréciation du 30 octobre 2017, les conclusions antérieures, soulignant, notamment, que l'assuré ne s'était pas blessé au coude lors de l'accident en 2010.

Par décision sur opposition du 7 novembre 2017, la SUVA a rejeté l'opposition au motif qu'il n'existe pas de lien de causalité entre l'accident de 2010 et les problèmes actuels au niveau du coude gauche. Elle a relevé aussi que la caisse-maladie n'avait pas contesté la décision.

D. Le 28 novembre 2017, l'assuré a interjeté recours contre cette décision sur opposition auprès de la SUVA, qui l'a transmis au Tribunal cantonal comme objet de sa compétence.

Le recourant s'oppose, en substance, au fait que la SUVA ne prenne pas en charge les frais de l'attelle, traitement pourtant considéré comme nécessaire par ses médecins pour la pathologie du coude. A l'appui de son recours, il produit un rapport médical confirmant le diagnostic d'une neuropathie ulnaire.

Dans ses observations du 20 février 2018, la SUVA, représentée par Me Antoine Schöni, conclut au rejet du recours, sous suite de frais et dépens. Elle fait valoir, pour l'essentiel, qu'il n'y a pas d'éléments remettant en cause l'appréciation du médecin d'arrondissement, selon laquelle il n'y a pas de causalité entre l'accident et l'atteinte au coude.

Dans ses contre-observations du 15 mars 2018, le recourant produit un nouveau rapport médical, évoquant une compression discrète du nerf cubital. Quant au reste, le recourant campe sur ses positions.

Dans ses ultimes remarques du 23 avril 2018, la SUVA observe que le recourant n'apporte pas d'élément nouveau à l'appui de sa position et confirme ses conclusions.

Aucun autre échange entre les parties n'a eu lieu.

Il sera fait état des arguments, développés par les parties à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants de droit du présent arrêt, pour autant que nécessaire à la solution du litige.

en droit

1.

Le recours a été interjeté en temps utile et dans les formes légales. Déposé initialement auprès de la SUVA, il a été transmis au Tribunal cantonal comme autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière (l'art. 58 al. 3 de la loi fédérale 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 de la loi du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents [LAA; RS 832.20]).

Le recourant est directement touché par la décision querellée et a dès lors un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit, cas échéant, annulée ou modifiée. Il est précisé que l'enjeu de la décision contestée porte sur l'obligation pour l'assurance-accidents de prendre en charge les prestations en lien avec l'atteinte au coude gauche. L'objet de contestation ne se limite dès lors pas aux frais de l'attelle, invoqués par le recourant devant l'Instance de céans.

Cela ayant été précisé, le recours est recevable.

2.

2.1. En vertu de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

D'après l'art. 4 LPGA, 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.

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). Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que

déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (*statu quo sine*) (RAMA 1992 p. 75 consid. 4b). Enfin, admettre l'existence d'un lien de causalité au seul motif que des symptômes sont apparus après un accident revient à se fonder sur l'adage "après l'accident, donc à cause de l'accident" ("*post hoc ergo propter hoc*"), lequel ne permet pas d'établir l'existence d'un tel lien (arrêt TF 8C_6/2009 du 30 juillet 2009 consid. 3; 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).

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).

2.3. Les prestations d'assurance sont également versées en cas de rechutes et de séquelles tardives; les bénéficiaires de rentes d'invalidité doivent toutefois remplir les conditions posées à l'art. 21 LAA relatif à la prise en charge du traitement médical après la fixation de la rente (art. 11 de l'ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents [OLAA; RS 832.202]).

Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même atteinte qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent. Les rechutes et les séquelles tardives se rattachent par définition à un événement accidentel. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 123 V 137 consid. 3a; 118 V 293 consid. 2c et les références).

En cas de rechutes ou de séquelles tardives, il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre la nouvelle atteinte et l'accident. A cet égard, la jurisprudence considère que plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, et plus les exigences quant à la preuve, au

degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (arrêts TF 8C_796/2013 du 30 septembre 2014 consid. 3.2; 8C_560/2017 du 3 mai 2018, consid. 4.2).

3.

3.1. Dans le domaine des assurances sociales, 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, c'est à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. 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 360 consid. 5b; 125 V 195 consid. 2 et les références; ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3).

3.2. En matière d'appréciation des preuves, le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (arrêt TF 8C_456/2010 du 19 avril 2011 consid. 3 et la référence citée).

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).

4.

Est litigieux, en l'espèce, le droit du recourant aux prestations de l'assurance-accidents pour l'atteinte au coude gauche, signalée et diagnostiquée en 2017, lequel dépend de l'existence d'un lien de causalité avec l'accident en 2010.

Il s'agit de se référer au dossier.

4.1. Lors d'une chute à son domicile le 10 août 2010 (déclaration d'accident, dossier SUVA, doc. 1), le recourant a subi une déchirure du ligament scapho-lunaire au poignet gauche ainsi qu'un décalage de la radio-cubitale inférieure (doc. 6), qui a nécessité, le 1^{er} février 2011, une suture du ligament déchiré (doc. 28).

Le médecin d'arrondissement a retenu, lors de son examen effectué le 21 septembre 2011, qu'une réinsertion professionnelle ou un reclassement dans une activité n'exigeant pas le port de charges supérieures à 5 kg ou des sollicitations répétitives du poignet gauche paraissait indiquée. Il met en exergue aussi ce qui suit: "*Sur le plan médical, on peut encore s'attendre à une légère amélioration de la fonction et des troubles douloureux pendant les mois qui viennent. Il faudra cependant s'attendre à la persistance d'un déficit fonctionnel résiduel du poignet gauche. On ajoutera que l'on constate déjà sur les radiographies pratiquées dans le décours de l'accident,*

quelques altérations morphologiques du poignet vraisemblablement consécutives à la fracture survenue dans l'enfance" (doc. 63/77/178).

Le Dr D. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, traumatologie et chirurgie de la main, a évoqué dans son rapport du 5 mai 2014, la "*persistance de douleurs à la face dorsale de la palette métacarpienne, plus sur le territoire d'innervation du nerf radial que sur le poignet lui-même*" (doc. 153).

En juin 2014, un syndrome du tunnel carpien à gauche est diagnostiqué (doc. 158), pour lequel la SUVA admet alors un lien de causalité probable avec l'accident (doc. 160). La cure chirurgicale a eu lieu le 3 septembre 2014 (doc. 169).

Le médecin d'arrondissement a considéré en mai 2015 qu'il n'y a pas de péjoration notable par rapport à son examen en 2011, le syndrome du tunnel carpien évoluant favorablement depuis l'intervention (doc. 182). Ce point de vue est alors partagé par le médecin de famille (doc. 193).

4.2. Plus tard, alors que l'assuré sollicitait une nouvelle prise en charge pour cause de rechute, le Dr E. _____, spécialiste en neurologie, a diagnostiqué dans son rapport médical du 11 mai 2017 une neuropathie ulnaire gauche compressive au passage au coude, discrète, avec hypoesthésie des doigts IV et V de la main gauche (doc. 249).

Dans son rapport médical du 15 mai 2017, le Dr F. _____, médecin praticien, a relevé que l'examen clinique ainsi que l'ENMG ont confirmé une compression du nerf ulnaire au niveau du sulcus nervi ulnaris ainsi qu'une légère altération et récurrence du tunnel carpien du côté gauche (doc. 234).

Le rapport médical du 3 juillet 2017 du Dr D. _____ a corroboré ce diagnostic, en précisant que l'assuré présente une brachialgie un peu diffuse avec un syndrome de tunnel carpien très léger et une compression du nerf cubital discrète, améliorée lors du port d'une bande de compression (doc. 245).

Dans sa prise de position du 30 octobre 2017, le médecin d'arrondissement Dr G. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué que l'atteinte au coude gauche, relevée en 2017 seulement, n'était pas en lien de causalité avec l'accident de 2010, le coude gauche n'ayant pas été touché lors de l'évènement initial.

5.

5.1. Sur la base de ce qui précède, il convient de remarquer que l'accident de 2010 a engendré, d'une part, la déchirure du ligament scapho-lunaire du poignet gauche et a, d'autre part, contribué au syndrome du tunnel carpien à gauche. Ceci dit, les pièces médicales établies suite à l'accident ne relèvent pas, même simplement en passant, que des problèmes auraient été évoqués ou des douleurs rapportées au niveau du coude gauche. Le recourant, quant à lui, ne prétend par ailleurs pas dans ses écritures avoir éprouvé de douleurs au coude après l'accident.

De fait, une suspicion de cette pathologie n'est évoquée, pour la première fois, qu'en février 2017. Notons aussi qu'aucun des spécialistes (par ailleurs concordants au niveau du diagnostic de neuropathie ulnaire gauche) n'évoque une origine traumatique pour cette atteinte, ni n'émet l'hypothèse d'un éventuel lien avec l'accident de 2010. De plus, dans son appréciation du

30 octobre 2017, le médecin d'arrondissement expose de façon intelligible les raisons pour lesquelles la pathologie au coude n'est en l'espèce pas d'origine traumatique.

Le recourant, quant à lui, n'apporte aucun élément permettant de mettre en doute ce point de vue. Au contraire, les rapports médicaux qu'il produit (sur lesquels se fonde par ailleurs l'appréciation du médecin d'arrondissement) n'évoquent en rien un traumatisme pour cause mais semblent se rallier, en principe, à l'optique d'une origine malade de cette atteinte.

Dans l'ensemble, l'appréciation du médecin d'arrondissement, lui-même spécialisé dans le domaine concerné ici, s'avère concordante avec les éléments ressortant du dossier et concluante dans son raisonnement. Remplissant ainsi toutes les conditions requises par la jurisprudence visant à déterminer la valeur probante d'un rapport médical, elle emporte dès lors la conviction de la Cour.

5.2. Notons, finalement, qu'au vu du temps écoulé entre l'accident de 2010 et la neuropathie ulnaire gauche diagnostiquée en 2017, un lien de causalité paraît de ce point de vue aussi peu probable.

Par ailleurs, le seul fait que le problème au coude gauche soit apparu après un accident survenu au niveau du poignet gauche ne suffit pas à faire penser qu'il existe, sur le principe, un lien entre ces deux événements ("post hoc, ergo propter hoc") (cf. consid. 2.2).

5.3. En résumé, la Cour considère qu'il n'est pas établi de manière probante que l'atteinte au coude gauche soit d'origine traumatique, de sorte que l'existence d'un lien de causalité, à tout le moins probable, entre cette atteinte spécifique et l'accident de 2010 ne saurait être admise.

Il s'ensuit que c'est à juste titre que la SUVA a nié le droit du recourant à des prestations de l'assurance-accidents découlant de l'atteinte au coude gauche.

6.

Partant, le recours, mal fondé, doit être rejeté.

7.

La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'est pas perçu de frais de justice.

Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA).

Il n'est pas non plus alloué de dépens à l'autorité intimée, chargée de tâches de droit public (cf. arrêts TF 8C_552/2009 du 8 avril 2010 consid. 6; 9C_312/2008 du 24 novembre 2008 consid. 8 et la référence citée).

la Cour arrête :

- I. Le recours est rejeté.
- II. Il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué d'indemnité de partie.
- III. 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 3 décembre 2018/asp

Le Président :

La Greffière :