



**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 2018 2

Arrêt du 21 août 2019

1^e Cour des assurances sociales

Composition

Président :

Marc Boivin

Juges :

Marianne Jungo, Yann Hofmann

Greffier :

Alexandre Vial

Parties

A. _____, recourant

contre

B. _____ SA, autorité intimée, représentée par
Me Jean-Marie Favre, avocat

Objet

Assurance-accidents; fin de traitement

Recours du 3 janvier 2018 contre la décision sur opposition du
7 décembre 2017

considérant en fait

A. A. _____, né en 1980, domicilié à C. _____, exerce la profession de gendarme auprès de D. _____.

Le 31 janvier 2016, l'assuré a, lors d'un match de hockey sur glace, reçu une charge d'un joueur adverse. Il se plaint depuis lors de douleurs au bas du dos.

Cette accident non professionnel a été pris en charge par B. _____ SA (ci-après: l'assureur-accidents).

Par décision du 10 octobre 2017, puis décision sur opposition du 7 décembre 2017, l'assureur-accidents a mis fin à ses prestations d'assurances avec effet au 14 septembre 2016, motif pris qu'il n'existerait plus de rapport de causalité entre l'accident du 31 janvier 2016 et les lombalgies dont se plaint l'assuré (dossier de l'assureur-accidents pce n° 18).

B. En date du 3 janvier 2018, A. _____ interjette recours auprès du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision sur opposition du 7 décembre 2017 et conclut implicitement à son annulation. Le recourant fait en substance valoir que les douleurs ressenties ne s'apparentent pas à celles d'une protrusion discale ou d'une arthrose. Il précise n'avoir jamais eu de problème de dos avant la survenance de l'événement assurée.

Dans ses observations du 12 avril 2018, l'assureur-accidents, représenté par Me Jean-Marie Favre, avocat, conclut, sous suite de dépens, au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition attaquée. Il considère, en substance, en se fondant pour l'essentiel sur la prise de position de son médecin-conseil, que la problématique de santé présentée par l'assuré ne serait qu'une aggravation passagère de l'état préexistant de lombalgies et que, dès lors, l'événement du 31 janvier 2016 a cessé de déployer des effets à la date de l'IRM du 13 septembre 2016.

C. Dans ses contre-observations du 21 mai 2018, l'assuré signifie avoir subi une opération du dos, soit une stabilisation dynamique L5/S1 avec décompression interspinale des deux côtés, en date du 23 mars 2018. Il précise ne plus ressentir de lombalgies à ce jour.

Par écriture ampliative du 25 mai 2018, l'assureur-accidents confirme son argumentation et réitère ses conclusions.

D. Aucun autre échange d'écritures n'a été ordonné entre les parties.

Il sera fait état des arguments de ces dernières, développés par elles à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants en droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige.

en droit

1.

Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par un assuré directement touché par la décision attaquée, le recours est recevable.

2.

En vertu de l'art. 6 al. 1 de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA; RS 832.20), 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.

Selon l'art. 4 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 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 entraîne la mort.

3.

3.1. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, 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. Pour admettre l'existence d'un lien de causalité naturelle, il n'est en revanche pas nécessaire 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 (arrêt TF 8C_135/2014 du 24 février 2015 consid. 3 et les références citées; ATF 129 V 177 consid. 3.1 et 4.3).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé 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. 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 (ibidem). La seule possibilité que l'accident soit en lien de causalité ne suffit pas pour fonder le droit aux prestations (RAMA 1997 p. 167 consid. 1a; ATF 119 V 335 consid. 1; 118 V 286 consid. 1b et les références citées). En particulier, le principe « *après l'accident, donc à cause de l'accident* » (« *post hoc, ergo propter hoc* ») ne saurait être considéré comme un moyen de preuve et ne permet pas d'établir un lien de causalité naturelle au degré de la vraisemblance prépondérante exigé en matière d'assurance-accidents (ATF 119 V 341 consid. 2b/bb).

3.2. Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. 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 consid. 3.2 et 402 consid. 2.2; 125 V 456 consid. 5a et les références citées).

L'examen du rapport de causalité adéquate est superflu lorsque, sur la base de l'appréciation médicale, le lien de causalité naturelle entre l'événement assuré et les troubles signalés n'a pas été prouvé à tout le moins selon le critère de la vraisemblance prépondérante (arrêt TF U 297/01 du 8 août 2002 consid. 3.3; ATF 119 V 335 consid. 4c).

3.3. Comme rappelé ci-avant, la responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré.

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 naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état malade 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*). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (*statu quo ante* ou *statu quo sine*) sur le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (arrêt TF U 220/02 du 6 août 2003 consid. 2.3).

Le droit aux prestations pour une lésion assimilée à un accident prend fin lorsque le retour à un *statu quo ante* ou à un *statu quo sine* est établi, c'est-à-dire lorsque l'état de santé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident ou à celui qui serait survenu même sans l'accident par la suite d'un développement ordinaire. De telles lésions sont assimilées à un accident aussi longtemps que leur origine malade ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, n'est pas clairement établie (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).

4.

4.1. 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. Il ne peut écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante. Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, 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'art. 44 LPG ou une expertise judiciaire (arrêt TF 8C_456/2010 du 19 avril 2011 consid. 3 et la référence citée).

En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux 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 médicales soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu. S'agissant du médecin traitant, il faut tenir compte du fait d'expérience qu'il est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées).

4.2. Enfin, lorsqu'il est constaté que la cause n'est pas suffisamment instruite sur le 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).

5.

Est en l'espèce litigieuse la question de savoir si c'est à juste titre que l'assureur-accidents a mis fin aux prestations d'assurance avec effet au 14 septembre 2016.

Il s'agit dès lors d'examiner s'il existe un lien de causalité, naturelle et adéquate, entre l'accident du 31 janvier 2016 et les lombalgies dont souffrait l'assuré. Le dossier médical doit ainsi être examiné.

5.1. Les pièces suivantes figurent au dossier médical du recourant:

- Le rapport d'IRM de la colonne lombaire du 14 septembre 2016 du Dr E. _____, médecin spécialiste en radiologie, qui a conclu à l'existence d'une « *discrète protrusion discale médiane latéralisée à gauche en L4-L5 au contact de la racine à son émergence et pouvant être à l'origine d'une irritation radiculaire. Important état inflammatoire de l'articulation interfacettaire L3-L4 gauche pouvant être à l'origine de la symptomatologie chez ce patient* » (dossier de l'assureur-accidents pce n° 5).

- Le rapport médical du 15 septembre 2016 du Dr F. _____, médecin spécialiste en neurologie, qui n'a constaté qu'une irritation, inflammation facettaire, L3-L4, mais pas de hernie (dossier de l'assureur-accidents pce n° 6).

- Le rapport médical du 1^{er} février 2017 du Dr G. _____, médecin spécialiste en médecine physique et médecine du sport, qui a diagnostiqué des lombalgies post-traumatiques gauches persistantes, des points gâchette myofasciaux du multifidus gauche et une arthrose interfacettaire étagée plus marquée en L3-L4 gauche. Le médecin a conclu en ces termes: « *Je pense donc que l'on a une surcharge musculaire locale qui se fait à hauteur de la zone où l'on a pu trouver une implication facettaire (il reste ouvert si cette implication facettaire est primaire ou secondaire au*

problème musculaire dans la mesure où le patient n'était pas connu pour des lombalgies chroniques) » (dossier de l'assureur-accidents pce n° 9).

- La prise de position du 19 septembre 2017 du Dr H. _____, médecin spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, ainsi que médecin-conseil de l'assureur-accidents, qui a retenu les diagnostics de contusion lombaire, de protrusion discale et d'arthrose interfacettaire L3-L4. Le médecin a estimé que, en l'absence de lésion structurelle démontrée à l'imagerie imputable à l'événement du 31 janvier 2016 et en présence d'un état antérieur maladif/dégénératif, l'événement annoncé avait cessé de déployer ses effets à la date de l'IRM du 13 septembre 2016 (dossier de l'assureur-accidents pce n° 12).

- Le rapport médical du 20 septembre 2017 des Drs I. _____ et J. _____, médecins spécialistes en neurochirurgie, qui ont diagnostiqué un lumbago gauche en extension et rotation avec irritation de la facette L5-S1 (5^{ème} vertèbre lombaire – 1^{ère} vertèbre sacrée), lombalisation de S1 et asymétrie de la facette L5-S1. Ils ont mentionné une exacerbation après un match de hockey. Les médecins ont apprécié la situation clinique de leur patient ainsi: « *Les douleurs lombaires à gauche sont expliquées par une asymétrie des petites articulations au niveau L4/L5. Cette configuration est héritée et la rotation et l'extension en derrière de la colonne vertébrale lombaire peuvent provoquer les irritations/inflammations* » (dossier de l'assureur-accidents pce n° 13).

- Le rapport médical du 31 janvier 2018 des Drs I. _____ et J. _____, qui ont confirmé leurs diagnostics et mentionné une exacerbation après un match de hockey avec traumatisme de surcharge des facettes L5-S1. Ils ont proposé une stabilisation dynamique L5-S1 prévue en mars 2018 (dossier de l'assureur-accidents pce n° 10).

- Des documents non pertinents pour la présente procédure (dossier de l'assureur-accidents pces n° 7, 8)

Les pièces médicales suivantes ont été produites dans le cadre de la présente procédure de recours:

- La prise de position du 18 mai 2018 du Dr H. _____, qui a exposé que « *Dans le cas spécifique de ce patient, l'étiologie dégénérative/maladive et congénitale des lésions est clairement établie et, en l'absence de lésion structurelle imputable à l'événement, sous forme de fracture de vertèbre et d'une fracture ou d'une luxation des éléments de l'arc postérieur, une étiologie traumatique ne peut pas être retenue. Le Pr J. _____ a complété les investigations, entre autres, par la réalisation de radiographies fonctionnelles, il a précisé les diagnostics et il a proposé un traitement par stabilisation chirurgicale L5-S1. Cependant, il n'a pas apporté d'élément concret permettant de retenir que l'événement le 31.01.2016 a provoqué ou aggravé structurellement les lésions lombaires et de la jonction lombo-sacrée qui ont notamment induit une instabilité vertébrale nécessitant la stabilisation chirurgicale. Une fracture vertébrale ou une luxation traumatique des articulaires postérieures lombaires n'aurait d'ailleurs pas permis au patient de continuer à patiner et elle aurait induit une incapacité de travail dans les suites immédiates de l'événement, ce qui n'a pas été le cas. Dans une situation d'atteinte contusive lombaire, les effets de l'accident sont habituellement résolus dans les 3 mois qui suivent, les réactions inflammatoires s'étant estompées après ce délai. Cependant, il est admis qu'en présence d'un état dégénératif/maladif préexistant, ce délai peut être plus long et prolongé jusqu'à 6-9 mois et, dans des cas exceptionnels, jusqu'à 12 mois de l'accident. La date du 13.09.2016*

correspond au délai moyen compris entre les 6 à 9 mois habituellement admis dans ce contexte contusif et, de plus, elle coïncide avec la date de l'IRM qui a permis d'exclure la présence d'une lésion traumatique ». Le médecin en conclut que « L'événement du 31.01.2016 a vraisemblablement occasionné une contusion lombaire, sans lésion structurelle qui lui serait imputable. Il a aggravé de manière passagère l'état antérieur dégénératif/maladif et congénital démontré et il a cessé de déployer ses effets 7.5 mois après ».

- Le rapport médical du 3 mai 2018 des Drs I. _____ et J. _____, qui ont fait état d'une opération du dos, soit une stabilisation dynamique L5/S1 avec décompression interspinale des deux côtés, réalisée en date du 23 mars 2018. Ils ont noté ce qui suit: « *Die sehr starken belastungsabhängigen Rückenschmerzen von Herrn K. _____ sind postoperativ vollständig verschwunden. Die Beschwerden bestanden über ein Jahr lang. Die präoperativen Abklärungen zeigen eindeutig, dass durch den Unfall eine Mikroinstabilität ausgelöst wurde. Diese ist nun mit dem dynamischen Stabilisationssystem kontrolliert. Es bestehen keinerlei Hinweise für eine degenerative Problematik. Aufgrund dessen empfehle ich dem Unfallversicherer (B. _____ Versicherung) die Unfallkosten als solche anzuerkennen und zu übernehmen* ».

5.2 En l'espèce, l'autorité intimée a retenu, en se fondant sur l'appréciation de son médecin-conseil que la problématique de santé présentée par l'assuré ne serait qu'une aggravation passagère de l'état préexistant de lombalgies et que, dès lors, l'événement du 31 janvier 2016 a cessé de déployer des effets 7 mois et demi après, soit à la date de l'IRM du 13 septembre 2016. Dans sa prise de position du 18 mai 2018, le Dr H. _____, se déterminant sur un rapport des Drs I. _____ et J. _____, a exposé qu'ils n'avaient pas apporté d'élément concret permettant de retenir que l'événement le 31 janvier 2016 avait provoqué ou aggravé structurellement les lésions lombaires et de la jonction lombo-sacrée qui ont notamment induit une instabilité vertébrale nécessitant la stabilisation chirurgicale.

Toutefois, dans leur rapport médical du 3 mai 2018 – certes postérieur au dernier avis du Dr H. _____ –, les Drs I. _____ et J. _____ ont noté que les investigations préopératoires démontraient de manière univoque (« *eindeutig* ») que la micro-instabilité à l'origine des lombalgies avait été générée par l'accident du 31 janvier 2016. Ces médecins, spécialistes en neurochirurgie, ont encore précisé que rien n'indiquait la présence d'une problématique dégénérative et ont ainsi estimé que l'assureur-accidents devait prendre les coûts de l'opération du 23 mars 2018 en charge.

Certes ce dernier rapport n'est pas assez détaillé pour permettre de trancher le litige en faveur du recourant. Il n'en demeure pas moins que les Drs I. _____ et J. _____ se sont fondés sur un élément concret, la micro-instabilité, découverte lors de leurs investigations préopératoires pour émettre leur appréciation et que celle-ci est claire et univoque.

Sur le vu de ce qui précède, la Cour de céans considère toutefois que les documents à disposition, par trop succincts et contradictoires, ne permettent pas de porter un jugement valable sur le droit litigieux (cf. *supra* consid. 4.1).

5.3. Il convient donc de renvoyer la cause à l'autorité intimée, afin qu'elle requiert l'appréciation motivée d'un médecin indépendant. Celui-ci se déterminera en particulier sur la cause la plus vraisemblable des lombalgies dont souffrait l'assuré et qui ont conduit à l'intervention chirurgicale du 23 mars 2018. Une explicitation de leur appréciation sera au besoin requise des Drs I. _____ et J. _____.

Un tel complément d'instruction tombe précisément dans les exceptions aménagées par le TF permettant un renvoi (cf. *supra* consid. 4.2.).

6.

6.1. Partant, le recours doit être admis au sens des considérants, la décision sur opposition querellée annulée et la cause renvoyée à l'autorité intimée pour instruction complémentaire puis nouvelle décision.

6.2. En application du principe de la gratuité de la procédure valant en la matière (cf. art. 61 let. a LPGA), il n'est pas perçu de frais de justice.

6.3. Le recourant n'étant pas représenté, il n'a pas droit à des dépens.

la Cour arrête :

I. Le recours est admis au sens des considérants.

Partant, la décision sur opposition du 7 décembre 2017 est annulée et la cause renvoyée à B._____ SA afin qu'elle procède à une instruction complémentaire et rende une nouvelle décision, dans le sens des considérants.

II. Il n'est pas perçu de frais de justice.

III. Il n'est pas alloué de dépens.

IV. 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 21 août 2019 /yho

Le Président :

Le Greffier :