

BGer 8C_682/2023 vom 24. April 2024

Bundesgericht, 2024-04-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger_8C_682_2023

FR: TF 8C_682/2023 du 24 avril 2024

IT: TF 8C_682/2023 del 24 aprile 2024

Erwägungen

E. 1

Les deux recours sont dirigés contre un arrêt final (art. 90 LTF) rendu en matière de droit public (art. 82 ss LTF) par une autorité cantonale de dernière instance (art. 86 al. 1 let . d LTF). Ils ont été déposés dans le délai (art. 100 LTF) et dans la forme (art. 42 LTF) prévus par la loi. Ils sont donc recevables. Ils concernent par ailleurs des faits de même nature et portent sur des questions juridiques communes. Il se justifie dès lors de joindre les causes et de statuer sur celles-ci en un seul arrêt (ATF 142 II 293 consid. 1.2; 131 V 59 consid. 1).

E. 2.1

Le litige porte sur la date de stabilisation de l'état de santé de l'assuré, la date de fin du droit au traitement médical et à l'indemnité journalière qui en découle, le droit à une rente d'invalidité ainsi que le taux de l'IPAI.

E. 2.2

Lorsque la décision qui fait l'objet d'un recours concerne l'octroi ou le refus de prestations en espèces de l'assurance-accidents, le Tribunal fédéral n'est pas lié par les faits établis par l'autorité précédente (art. 97 al. 2 et 105 al. 3 LTF). Aussi, lorsque sont en jeu des prestations en espèces et en nature, comme c'est le cas ici, le Tribunal fédéral dispose-t-il d'un pouvoir d'examen étendu en ce qui concerne les faits pertinents pour les prestations en espèces et ceux communs aux deux types de prestations (arrêt 8C_642/2023 du 20 mars 2024 consid. 2.2 et la référence).

E. 3

Dans un premier grief, l'assuré conteste la stabilisation de son état de santé au 31 janvier 2021.

E. 3.1.1

Selon l' art. 19 al. 1 LAA , le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme (première phrase); le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (seconde phrase). Il appartient ainsi à l'assureur-accidents de clore le cas en mettant fin aux frais de traitement ainsi qu'aux indemnités journalières, et en examinant le droit à une rente d'invalidité et à une IPAI (ATF 144 V 354 consid. 4.1; 143 V 148 consid. 3.1.1; 134 V 109 consid. 4.1). L'amélioration de l'état de santé se détermine notamment en fonction de l'augmentation ou de la récupération probable de la capacité de travail réduite par l'accident. L'utilisation du terme "sensible" par le législateur montre que l'amélioration que doit amener une poursuite du traitement

médical doit être significative. Ni la possibilité lointaine d'un résultat positif de la poursuite d'un traitement médical, ni un progrès thérapeutique mineur à attendre de nouvelles mesures - comme une cure thermale - ne donnent droit à sa mise en oeuvre. Il ne suffit pas non plus qu'un traitement physiothérapeutique puisse éventuellement être bénéfique pour la personne assurée. Dans ce contexte, l'état de santé doit être évalué de manière prospective (arrêt 8C_176/2023 du 6 décembre 2023 consid. 3 et les arrêts cités).

E. 3.1.2

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 oeuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPG (RS 830.1) ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6 et 4.7; arrêt 8C_816/2021 du 2 mai 2022 consid. 3.2 et l'arrêt cité).

E. 3.2

Les juges cantonaux ont retenu que la convalescence du pied droit de l'assuré avait été empreinte de plusieurs complications dans un contexte d'un syndrome douloureux régional complexe (SDRC). En janvier 2019, cette affection était toutefois au décours. Ensuite de l'intervention du 15 novembre 2019, les consultations post-opératoires s'étaient révélées rassurantes. En mai 2020, les douleurs avaient largement diminué à la charge et l'arthrodèse sous-talienne était consolidée. La situation s'était cependant une nouvelle fois compliquée, l'assuré ayant développé un remaniement dégénératif au niveau de l'articulation calcanéo-cuboïdienne. La doctoresse C._____ avait réintroduit des séances de physiothérapie et d'ergothérapie, et avait suggéré le port d'une nouvelle chaussure orthopédique. Elle n'avait toutefois pas envisagé une ablation du matériel d'ostéosynthèse.

Lors de l'examen en décembre 2020 de la doctoresse D._____, la fracture était consolidée, la fonctionnalité du pied droit était conservée et la capacité de travail dans une activité adaptée avait été reconnue comme entière. Selon le rapport du 25 juin 2020 du docteur E._____, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA, la situation était inchangée une année après son examen de mai 2019. La doctoresse C._____ avait également fait part d'une situation stationnaire, en estimant que seul un traitement conservateur devait être maintenu et qu'une intervention chirurgicale (ablation du matériel d'ostéosynthèse) n'était pas indiquée. Son traitement était terminé et la consultation de novembre 2021 n'était qu'un simple examen de contrôle. Elle avait repris les limitations fonctionnelles décrites par la doctoresse D._____, en ajoutant que l'assuré ne pouvait pas rester debout plus d'une heure de suite, et n'avait aucunement indiqué que la situation n'était pas stabilisée ou que la capacité de travail était limitée dans une activité adaptée. Le docteur F._____, médecin praticien traitant de l'assuré, ne prétendait pas non plus que la situation médicale de son patient n'était pas stabilisée. Citant lui-même les restrictions fonctionnelles retenues par la doctoresse D._____, il reconnaissait implicitement que bon nombre de métiers restaient à la portée de l'assuré. Les thérapies que celui-ci devait encore suivre au-delà du 12 novembre 2020 se limitaient à des séances de physiothérapie et d'ergothérapie, au port d'une chaussure orthopédique et à un suivi régulier auprès du Centre de traitement de la douleur G._____. Or, on ne voyait pas dans quelle mesure ces

traitements pouvaient améliorer de manière notable l'état de santé de l'assuré. L'instance précédente en a conclu que la situation pouvait être considérée comme stabilisée au 31 janvier 2021, comme retenu par la CNA.

E. 3.3

L'assuré soutient que la doctoresse D. _____, non spécialisée en orthopédie, n'aurait pas pris en considération les suites des quatre interventions chirurgicales qu'il a subies, lesquelles auraient généré des complications. Par ailleurs, elle n'aurait pas indiqué en quoi les mesures thérapeutiques préconisées par la doctoresse C. _____ n'auraient pas été susceptibles d'améliorer notablement l'état de santé. Son rapport se fonderait sur des examens incomplets. L'assuré ajoute que le docteur E. _____ avait, moins de six mois auparavant, estimé que la situation n'était pas stabilisée. La doctoresse D. _____ serait ainsi passée du constat d'une incapacité totale de travail dans toute activité à celui d'une pleine capacité dans une activité adaptée, sans aucune phase de transition. En l'absence de tout nouveau rapport médical versé au dossier entre l'avis des deux médecins d'arrondissement, rien n'aurait permis à la doctoresse D. _____ d'émettre, en décembre 2020, un avis différent de celui du docteur E. _____, rendu en juin 2020. En outre, la doctoresse C. _____, qui a examiné l'assuré en novembre 2020, aurait notamment fait état de douleurs et de difficultés à se déplacer sans moyens auxiliaires. Dans ces conditions, la situation médicale n'aurait pas été stabilisée au 31 janvier 2021.

E. 3.4

Cette critique est mal fondée. L'assuré a subi quatre opérations, la dernière le 15 novembre 2019, qui s'est déroulée sans complications. Dans son rapport du 25 juin 2020, le docteur E. _____ a certes constaté le développement d'une hypoanesthésie dans le territoire du nerf sural droit, avec paresthésies relativement gênantes, ainsi que d'une arthrose calcanéo-cuboïdienne droite; dans l'attente des prochaines consultations et d'une éventuelle arthrodèse calcanéo-cuboïdienne qui avait été évoquée, le cas n'était pas encore stabilisé. Ensuite de cette évaluation, ni la doctoresse C. _____ (cf. ses rapports des 12 novembre 2020 et 16 mars 2021) ni aucun autre médecin n'ont toutefois proposé de pratiquer une nouvelle intervention ou d'introduire un nouveau traitement médical, en dehors de l'utilisation d'une nouvelle chaussure orthopédique conseillée par la doctoresse C. _____, laquelle a, dans son avis du 12 novembre 2020, indiqué ne pas envisager d'ablation du matériel d'ostéosynthèse. Cette spécialiste n'a pas non plus fait état de mesures thérapeutiques susceptibles d'améliorer la capacité de travail de sa patiente, ni, plus généralement, d'éléments médicaux qui auraient été ignorés par la doctoresse D. _____. Celle-ci a du reste rendu un rapport complet et motivé, fondé sur l'ensemble du dossier médical de l'assuré et prenant notamment en compte les avis de la doctoresse C. _____, en particulier celui du 12 novembre 2020. Contrairement à ce que laisse entendre l'assuré, l'appréciation de la doctoresse D. _____ est cohérente avec celle du docteur E. _____ émise six mois auparavant, celui-ci ayant considéré le cas comme non stabilisé au seul motif d'une éventuelle intervention à venir, laquelle n'a finalement pas été réalisée. Dans ces conditions, les premiers juges ont considéré à juste titre que l'état de santé de l'assuré était stabilisé au 31 janvier 2021, étant entendu que la prescription de séances de physiothérapie et d'ergothérapie n'était pas suffisante pour admettre la perspective d'une sensible amélioration de la situation médicale de l'intéressé.

E. 4

Les parties contestent toutes deux le taux d'invalidité fixé par la cour cantonale (soit 10 %), l'assuré concluant à un taux de 40 % et la CNA à la négation d'un droit à la rente.

E. 4.1.1

Selon 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. Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10 % au moins ensuite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA ; méthode ordinaire de la comparaison des revenus).

E. 4.1.2.1

Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'assuré. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS (ATF 148 V 174 consid. 6.2; 139 V 592 consid. 2.3; 135 V 297 consid. 5.2). Aux fins de déterminer le revenu d'invalide, le salaire fixé sur cette base peut à certaines conditions faire l'objet d'un abattement de 25 % au plus (ATF 148 V 174 consid. 6.3; 129 V 472 consid. 4.2.3; 126 V 75 consid. 5b/aa-cc).

E. 4.1.2.2

La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). Il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération. Il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalide, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret (ATF 148 V 174 consid. 6.3; 126 V 75 consid. 5b/bb; arrêt 8C_716/2021 du 12 octobre 2022 consid. 5.3 et les arrêts cités).

E. 4.1.2.3

Le point de savoir s'il y a lieu de procéder à un abattement sur le salaire statistique en raison de circonstances particulières (liées au handicap de la personne ou à d'autres facteurs) est une question de droit qui peut être examinée librement par le Tribunal fédéral (ATF 146 V 16 consid. 4.2; 142 V 178 consid. 2.5.9). En revanche, l'étendue de l'abattement sur le salaire statistique dans un cas concret constitue une question relevant du pouvoir d'appréciation, qui est soumise à l'examen du juge de dernière instance uniquement si la juridiction cantonale a exercé son pouvoir d'appréciation de manière contraire au droit, soit a commis un excès positif ("Ermessensüberschreitung") ou négatif ("Ermessensunterschreitung") de son pouvoir d'appréciation ou a abusé ("Ermessensmissbrauch") de celui-ci (ATF 146 V 16 consid. 4.2; 137 V 71 consid. 5.1), notamment en retenant des critères inappropriés, en ne tenant pas compte de circonstances pertinentes, en ne procédant pas à un examen complet des circonstances pertinentes ou en n'usant pas de critères objectifs (ATF 135 III 179 consid. 2.1; 130 III 176 consid. 1.2).

E. 4.2

L'assuré reproche aux juges cantonaux de ne pas avoir effectué un nouveau calcul du taux d'invalidité par comparaison des revenus, en tenant compte de ses limitations fonctionnelles. Il précise que contrairement à ce qu'ils ont retenu, il aurait contesté le calcul opéré par la CNA, en concluant à l'allocation d'une rente fondée sur un taux de 40 %.

Ce grief tombe à faux. Les premiers juges ont relevé à juste titre qu'en instance cantonale, l'assuré n'avait pas remis en cause le calcul de l'assureur-accidents lui ayant permis de conclure que la perte de gain était nulle. Ils faisaient allusion au revenu sans invalidité (69'004 fr.) et au revenu d'invalidé (69'265 fr. [sans abattement]) issu de l'Enquête suisse sur les salaires (ESS) 2018, TA1_tirage_skill_level, hommes, niveau de compétence 1, tels que fixés par la CNA dans sa décision sur opposition du 31 mars 2021. Considérant que la comparaison des revenus avait été effectuée de manière conforme à la loi et à la jurisprudence, ils ont calculé le taux d'invalidité en se basant sur les revenus avec et sans invalidité fixés par la CNA, en tenant compte - à l'inverse de celle-ci - d'un abattement de 10 % sur le revenu d'invalidé, ce qui conduisait à un taux de 9.65 %, arrondi à 10 %. Dans son recours en matière de droit public, l'assuré n'explique toujours pas en quoi les revenus avec et sans invalidité arrêtés par la CNA, repris par la juridiction cantonale, seraient erronés. Il ne conteste pas non plus disposer d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux restrictions fonctionnelles déterminées par la doctoresse D._____. Il n'expose pas, enfin, comment il parvient à un taux d'invalidité de 40 %. Il n'y a donc pas lieu de s'écarter du revenu sans invalidité et du revenu d'invalidé (avant abattement) pris en compte par l'autorité précédente.

E. 4.3

La CNA estime pour sa part qu'il n'y aurait pas eu lieu de procéder à un abattement sur le revenu d'invalidé.

E. 4.3.1

La cour cantonale a considéré que les limitations fonctionnelles de l'assuré étaient assez classiques et qu'elles avaient déjà été prises en considération dans la détermination des activités adaptées. Cela étant, l'assuré, titulaire d'une autorisation d'établissement (permis C), était de nationalité italienne et était âgé de 59 ans et 10 mois au moment du prononcé de la décision sur opposition du 31 mars 2021. Il présentait des lacunes importantes en français, avait été absent du marché du travail depuis son accident de juillet 2016 et ne disposait d'aucune formation particulière ni expérience professionnelle dans un autre domaine que celui du bâtiment, dans lequel il ne pouvait plus exercer. Le tribunal cantonal a estimé que l'interdépendance de ces facteurs personnels et professionnels devaient conduire à retenir un abattement sur le revenu d'invalidé. Le profil de l'assuré ne lui permettait pas de compenser son handicap et il était vraisemblable que les circonstances personnelles et professionnelles influent sur ses perspectives salariales et entraînaient un net désavantage par rapport à des travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels. Aussi, une déduction de 10 % sur le revenu d'invalidé se justifiait.

La CNA, qui se plaint d'une violation de l'art. 16 LPGA, soutient qu'en application de la jurisprudence, aucun critère relevé par les juges valaisans ne permet d'appliquer le moindre abattement sur le revenu d'invalidé.

E. 4.3.2

C'est à bon droit que la cour cantonale a exclu tout abattement en raison des restrictions fonctionnelles, qui ont déjà été prises en considération pour déterminer la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée à son état de santé. Le niveau de compétence 1 de l'ESS contient en effet de nombreux emplois avec des tâches simples et légères compatibles avec ces restrictions, lesquelles n'apparaissent pas particulièrement sévères (pas de marche prolongée ou en terrain irrégulier, pas de port de charges supérieures à 10-15 kilos de manière répétée, pas d'activité à genoux ou en position accroupie et pas d'utilisation du membre inférieur droit en porte-à-faux).

S'agissant du critère de la nationalité, l'assuré, au bénéfice d'un permis d'établissement, vivait en Suisse depuis plus de 36 ans au moment de la décision sur opposition de la CNA. Au vu des activités simples du niveau de compétence 1, on ne saurait retenir que ses perspectives de gain seraient moindres que celles d'un travailleur ayant la nationalité suisse (cf. ATF 126 V 75 consid. 5a/cc; arrêts 8C_454/2023 du 19 décembre 2023 consid. 5.4; 8C_883/2015 du 21 octobre 2016 consid. 6.3.2; 8C_738/2012 du 20 décembre 2012 consid. 6.2), quand bien même il maîtriserait mal le français et n'aurait pas de formation dans les activités en question, qui ne nécessitent ni formation ni expérience professionnelle spécifiques (cf. arrêts 8C_454/2023 précité consid. 5.4; 8C_659/2021 du 17 février 2022 consid. 4.3.2; 9C_550/2019 du 19 février 2020 consid. 4.3; 9C_898/2017 du 25 octobre 2018 consid. 3.4).

En ce qui concerne l'âge, le Tribunal fédéral n'a pas encore tranché le point de savoir si, dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, ce critère constitue un critère d'abattement ou si l'influence de l'âge sur la capacité de gain doit être prise en compte uniquement dans le cadre de la réglementation particulière de l'art. 28 al. 4 OLAA (RS 832.202) (ATF 148 V 419 consid. 8.3 et les arrêts cités). Autrement dit, le Tribunal fédéral a laissé ouvert le point de savoir si lorsque comme en l'espèce, cette disposition ne trouve pas application, l'âge peut être pris en considération dans la fixation de l'abattement. En l'occurrence, la juridiction cantonale n'a pas exposé - et on ne voit pas - en quoi les perspectives salariales de l'assuré seraient concrètement réduites sur un marché du travail équilibré en raison de son âge, d'autant moins que les emplois non qualifiés (qui correspondent à ceux du niveau de compétence 1) sont, en règle générale, disponibles indépendamment de l'âge de l'intéressé sur un marché du travail équilibré (cf. ATF 146 V 16 consid. 7.2.1; arrêts 8C_559/2022 du 21 mars 2023 consid. 4.2.3; 8C_659/2021 du 17 février 2022 consid. 4.3.2 et la référence citée).

Enfin, l'éloignement du marché du travail depuis l'accident de 2016 ne suffit pas à justifier une déduction sur le revenu d'invalidé, dans la mesure où l'assuré a régulièrement travaillé, auprès de différents employeurs, depuis son arrivée en Suisse en 1984.

E. 4.3.3

Au vu de ce qui précède, la cour cantonale a violé le droit en procédant à un abattement sur le revenu d'invalidé issu de l'ESS. Le grief de la CNA s'avère ainsi bien fondé et le droit de l'assuré à une rente d'invalidité doit être nié.

E. 5

Dans un dernier grief, l'assuré conteste l'IPAI de 15 % au motif qu'en l'absence de toute stabilisation de l'état de santé au 31 janvier 2021, il aurait fallu procéder à une évaluation provisoire de cette indemnité et la réévaluer définitivement une fois la stabilisation acquise.

L'instance précédente ayant retenu à juste titre que la situation médicale était stabilisée au 31 janvier 2021 (cf. consid. 3.4 supra), cette critique est infondée.

E. 6

Compte tenu de ce qui précède, le recours de l'assuré doit être rejeté, alors que le recours de la CNA doit être admis. Par conséquent, l'arrêt cantonal doit être confirmé en tant qu'il porte sur la droit à l'IPAI et annulé pour le surplus. La décision sur opposition du 31 mars 2021 est ainsi confirmée.

E. 7

L'assuré, qui succombe dans les deux procédures, supportera les frais judiciaires (art. 66 al. 1 LTF). La CNA n'a pas droit à des dépens (art. 68 al. 3 LTF).

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