

# **NE\_GERICHTE CDP.2015.76 vom 22. Juni 2016**

NE Tribunal cantonal, 2016-06-22, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne\\_gerichte\\_CDP.2015.76](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne_gerichte_CDP.2015.76)

FR: NE\_GERICHTE CDP.2015.76 du 22 juin 2016

IT: NE\_GERICHTE CDP.2015.76 del 22 giugno 2016

## **Erwägungen**

### **E. 1**

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

### **E. 2**

Selon l'article 6 al. 1 de la loi fédérale sur l'assurance-accident du 20 mars 1981 (LAA), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1984, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle, si la loi n'en dispose pas autrement. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire (art. 4 LPGGA). Cette définition est en grandes lignes conforme à celle posée par la jurisprudence en application du droit antérieur (loi fédérale du 13.06.1911 sur l'assurance en cas de maladie et d'accidents [LAMA]). Selon l'article 82 al. 1 LPGGA, les dispositions matérielles de cette loi ne sont pas applicables aux prestations en cours et aux créances fixées avant son entrée en vigueur. Selon la doctrine, cette disposition ne vise que les prestations fixées dans une décision en force pour la période avant l'entrée en vigueur de la LPGGA. Une prestation durable qui se fonde sur une décision prise avant l'entrée en force de la LPGGA doit en principe être adaptée aux dispositions de la LPGGA (SVR 1997 BVG no 64). Il convient d'examiner pour chaque disposition spécifique de cette loi s'il existe un motif particulier de renoncer à cette application (Kieser, ATSG Kommentar, ad art. 82 no 8, p. 1019). Selon la jurisprudence, le droit à la rente d'invalidité doit être examiné selon l'ancien droit s'il est né avant le 1<sup>er</sup> janvier 1984, date d'entrée en vigueur de la LAA. L'on n'est pas en présence d'un nouveau droit à la rente en cas d'augmentation du taux d'invalidité consécutive à une rechute (suites tardives) survenue après le 1<sup>er</sup> janvier 1984. La rente d'invalidité qui continue à être allouée selon l'ancien droit, postérieurement à la rechute, reste soumise aux règles sur la révision de la LAMA (ATF 118 V 293). Le Tribunal fédéral a toutefois précisé dans une jurisprudence ultérieure que les règles sur la révision des rentes prévues à l'article 17 LPGGA s'appliquent en cas de nouvelle fixation du taux d'invalidité globale après plusieurs accidents invalidants (dont le premier survenu avant l'entrée en force de la LPGGA; ATF 139 V 28). Cette distinction n'est pas déterminante en l'espèce, l'article 80 LAMA permettant la révision de la rente lorsque la CNA est intervenue lors d'une annonce de rechute ou de suite tardive, ce qui est le cas lorsque l'aggravation de santé annoncée cause une diminution accrue et durable de la capacité de gain ou si l'assuré souffre de douleurs insupportables, ce qui permet la révision, tout comme l'aurait permis l'article 17 LPGGA. Les dispositions de procédure de la LPGGA s'appliquent à tous les cas dès son entrée en vigueur.

### **E. 3**

a) Le droit aux prestations suppose, tout d'abord, un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. Cette condition est réalisée 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 à la lumière de 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 ( ATF 129 V 402 cons. 4.3.1 et les références citées, 129 V 177 cons. 3.1; arrêt du TF du 22.11.2011 [8C\_1003/2010] cons. 1.1). 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 no 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. b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose, ensuite, un rapport de causalité adéquate. L'existence d'un lien de causalité adéquate est une question de droit qui doit être tranchée par l'administration ou le juge à l'aune d'une appréciation juridique ( ATF 107 V 173 cons. 4b). 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 402 cons. 2.2 et les références citées, 129 V 177 cons. 3.2; arrêt du TF du 06.10.2010 [8C\_92/2010] cons. 2) . 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 ( ATF 127 V 102 cons. 5b/bb, 117 V 365 cons. 5d). c) La responsabilité de l'assureur-accident s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également versées en cas de rechutes ou de séquelles tardives (art. 11 OLAA , et pour le droit antérieur ATF 126 V 319 ). d) Selon la jurisprudence, il y a rechute lorsqu'une atteinte présumée guérie récidive, de sorte qu'elle conduit à un traitement médical ou à une (nouvelle) incapacité de travail. En revanche, on parle de séquelles ou de suites 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 ( ATF 123 V 137 cons. 3a; arrêt du TF du 28.04.2014 [8C\_533/2013] cons. 3.2 et les références citées). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accident (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 118 V 293 cons. 2c et les références citées; RAMA 1994 no U 206, p. 326 cons. 2; arrêt du TF du 05.10.2010 [8C\_745/2009] cons. 2). A cet égard, il incombe à l'assuré

d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'accident (arrêts du TF des 03.08.2011 [8C\_562/2010] cons. 5.2 et 19.04.2011 [8C\_456/2010] cons. 2.2. La jurisprudence considère que plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (arrêts du TF du 30.09.2014 [8C\_796/2013] cons. 3.2 et les références citées et du 06.10.2010 [8C\_92/2010] cons. 2).

#### **E. 4**

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 du praticien soient bien motivées ( ATF 133 V 450 cons. 11.1.3, 125 V 351 cons. 3a et les références citées; arrêt du TF du 13.09.2010 [8C\_85/2010] cons. 6.1). Il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant dans la mesure où celui-ci est généralement enclin, en raison de la relation de confiance qui l'unit à son patient, à prendre parti pour lui en cas de doute ( ATF 125 V 351 cons. 3b/cc et les références citées; arrêt du T F du 12.06.2007 [4A \_ 45/2007] cons. 5.1 in fine). On ajoutera que les rapports établis par les médecins internes à l'assureur social n'ont pas la même valeur probante qu'une expertise recueillie, en application de l'article 44 LPGa, auprès d'un spécialiste externe ou qu'une expertise judiciaire. Ils doivent cependant être pris en considération . Mais , en l'absence d'une expertise externe, s'il existe un doute, même faible, sur leur fiabilité et leur pertinence, il conviendra d'ordonner des investigations complémentaires ( ATF 135 V 465 cons. 4.6, arrêt du TF du 19.04.2011 [8C\_456/2010] cons. 3) . 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 353 cons. 5b, 125 V 193 cons. 2 et les références citées; cf. également ATF 130 III 321 cons. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré ( ATF 126 V 319 cons. 5a; cf. également arrêt du TF du 19.06.2012 [8C\_922/2011] cons. 5) .

#### **E. 5**

a) En l'espèce, pour rappel, l'assuré a été victime le 19 août 1973 d'un accident de la circulation routière qui a entraîné des lésions à la colonne vertébrale (paraplégie incomplète de type Asia D, niveau moteur L4 droit, L3 à gauche, de niveau sensitif L3 des deux côtés).

En 1974 a eu lieu la résection d'une lithiase urinaire vésicale sur infection à répétition liée à l'accident. Après que son état fut stabilisé, l'assuré a été mis au bénéfice d'une rente d'invalidité de la CNA calculée sur un taux d'incapacité de gain de 33,3 % dès le 30 novembre 1975 (décision du 20.01.1976), réduite à 20 % lorsque, au terme d'une reconversion professionnelle, il a pris un emploi de programmeur (décision du 22.11.1978 avec effet au 01.12.1978). Cette rente a été servie sans changement nonobstant plusieurs rechutes qui constituent, en partie, des interventions nécessaires pour pallier des conséquences négatives du premier événement et, pour d'autres, des lésions consécutives à un accident ultérieur, pour lesquelles des indemnités journalières ont été versées. Le descriptif "rechute dans l'énumération des événements accidentels" se reporte à la classification du dossier de l'intimée. b) Une première prise en charge (1 ère rechute; 1982) porte sur une double arthrodèse du pied gauche pour stabiliser l'avant-pied et corriger un varus équin et le steppage à la marche. La seconde prise en charge (2 ème rechute, 1985) concerne une opération sur le gros orteil gauche. La troisième intervention (3 ème rechute; 1986) vise le traitement de la douleur post arthrodèse par neurolyse de la petite branche du nerf saphène externe du membre inférieur gauche. En 1992, l'assuré a chuté sur la glace et subi un traumatisme rachidien, que l'assureur-accident de son employeur, Helvetia Patria, a refusé de couvrir en raison des atteintes préexistantes. Il a considéré que la situation était la conséquence de l'accident de 1973 et l'intimée a pris en charge les frais. Il a été procédé à une spondylodèse postérieure L4-L5 (greffe) à l'Hôpital orthopédique de la Suisse romande à Lausanne (4 ème rechute, opération le 18.01.1995). En raison de douleurs au niveau du rachis (5 ème rechute, 1996; lombosciatalgies droites), une incapacité de travail a été annoncée de septembre 1996 à décembre 1996. La 6 ème rechute, en 2003, a donné lieu à un examen radiographique par l'IRN en raison d'une hanche droite douloureuse. Le registre "7 ème rechute" est vide. Il ressort d'autres pièces du dossier que l'assuré a subi, en 2005, une splénectomie par laparotomie médiane suite à une chute à son domicile, puis, en 2006, une opération pour remédier à une éventration péri-ombilicale avec mise en place d'un filet. Ces événements ne sont pas classés comme "rechutes" au dossier. c) En raison de lombocentralgies importantes, le recourant n'a plus exercé d'activité lucrative depuis septembre 2009 a subi divers examens et traitements dès 2009, qui n'ont pas amené de soulagement durable. Il a été décidé en 2011 de procéder à une intervention chirurgicale à visée décompressive et stabilisatrice du rachis au niveau L2-L3 par laminectomie, pour canal étroit secondaire en regard du site de la fracture initiale. Il a été procédé à une neurolyse de la queue de cheval, à la mise en place d'une dérivation sous arachnoïdienne et à une duroplastie pour arachnoïdite. L'intervention, effectuée à l'hôpital orthopédique de Lausanne le 5 juillet 2011, a entraîné des complications importantes nécessitant plusieurs reprises en raison d'une fistule de liquide céphalo-rachidien puis d'une infection (reprise les 13 juillet, 21 juillet, 27 juillet, 29 juillet et 7 décembre 2011). Ces interventions et traitements ont été pris en charge par l'intimée. d) Le recourant a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (CRR) du 3 juillet au 7 août 2012. Les diagnostics de coxarthrose, de troubles génito-sexuels et de la vessie ont été posés, les diagnostics de paraplégie de type Asia D au niveau sensitif L3, niveau moteur L4 à droit, L3 à gauche, confirmés. Une incapacité de travail totale a été attestée par la CRR dans l'activité d'informaticien du 3 juillet au 8 septembre 2012 (rapport du 31.07.2012). Dans un rapport du 9 août 2012, le Service de neurochirurgie du CHUV a noté une "évolution lentement favorable" (Dr C.). Le médecin traitant du recourant a attesté le 17 octobre 2012 une incapacité totale de travail du 1 er octobre 2012 au 30 novembre 2012 (Dr D.). e) Le médecin d'arrondissement de

l'intimée (Dr A.) a procédé à un examen médical de l'assuré et établi le bilan final le 22 novembre 2011. L'assuré avait préalablement été informé que l'intimée envisageait de mettre fin aux indemnités journalières et de passer au régime de la rente. Lors de cet examen, l'assuré s'est plaint de douleurs persistantes importantes et a déclaré devoir prendre des analgésiques pour assurer un périmètre de marche évalué à un maximum de 300 mètres, bénéficier de séances hebdomadaires de physiothérapie et de physiothérapie en piscine. Des douleurs étaient apparues à la cheville gauche, une fracture de fatigue au niveau du scaphoïde était discutée. Il rencontrait par ailleurs des problèmes urinaires. Le Dr A. a estimé que dans l'exercice d'une activité en position assise, sans déplacement, sans port de charge, en utilisant des outils informatiques, on pourrait s'attendre à une activité à 50 % au maximum, compte tenu des difficultés pour se déplacer, des complications urinaires et du temps nécessaire pour effectuer quelques pas pour se dérouiller ainsi que du fond douloureux permanent. Dans un rapport du 22 novembre 2012, il a estimé globalement l'atteinte à l'intégrité à 59 %. Aucune décision n'a été rendue dans l'immédiat. f) En janvier 2013, la présence de métastases osseuses ayant été évoquée, des examens complémentaires ont été ordonnés. Le diagnostic d'un cancer dans le lobe supérieur droit du poumon avec métastases osseuses dans l'os ilion gauche et le corps vertébral de S1 a été posé en mai 2013 (Dr E.). Dans l'intervalle, un rapport du service de neurochirurgie du CHUV mentionne un status neurologique stable, mais propose de revoir le patient dans les six mois vu les douleurs actuelles, avec d'éventuelles investigations complémentaires si péjoration notable (Dr C.; rapport du 07.02.2013). Un rapport ultérieur fait état de douleurs lombaires inchangées et constate que le status neurologique des membres inférieurs est inchangé (Dr C.; rapport du 09.09.2013). g) Après un traitement en oncologie, qui n'a pas interrompu l'évolution de la maladie, le recourant s'est vu mettre à disposition un fauteuil roulant par l'intimée. Des prestations pour impotence ont été requises de l'OAI. Le recourant a séjourné à deux reprises dans le service de radiologie et médecine nucléaire de La Source (10.02.2014 et 02.05.2014). Il n'y a pas de rapports médicaux ultérieurs au dossier.

## **E. 6**

Avant de rendre la décision du 6 octobre 2014, le collaborateur en charge du dossier auprès de l'intimée a demandé au médecin-conseil, le 13 janvier 2014, d'examiner la capacité de travail de l'assuré en donnant une réponse claire sur le taux de présence et le rendement possibles. Celui-ci a renvoyé à l'examen final du 21 novembre 2012. La décision du 6 octobre 2014 a donc été prise sur la base du bilan final au 21 novembre 2012. Il convient d'examiner si le rapport du 21 novembre 2012 satisfait aux conditions posées par la jurisprudence pour être retenu. Ce rapport se fonde sur un examen personnel du recourant, évoque les plaintes exprimées, mais ses conclusions sont sommaires et ne reposent pas sur un examen approfondi de toutes les pièces médicales au dossier. D'une part, il n'a pas été tenu compte de la présence, au dossier, d'un certificat médical du médecin traitant du 17 octobre 2012 qui attestait une incapacité totale de travail jusqu'à fin novembre 2012; en tous les cas, son appréciation n'a pas été discutée et aucun rapport additionnel n'a été requis de ce praticien. C'est d'autre part à tort que l'intimée voit l'opinion du Dr A. confirmée a posteriori par les certificats médicaux établis par le service de neurologie du CHUV (Dr C.) selon lesquels l'état se maintient "sans changement". Ces documents ne précisent pas à quelle situation de départ ils se réfèrent et on relèvera que le recourant s'est plaint de douleurs intenses lors de l'établissement du bilan final (déclarant "c'est l'horreur"), que l'on ne peut sans autre qualifier de "fonds douloureux permanent" qui est demeuré "sans changement" en se référant aux rapports neurologiques subséquents du Dr C. Le recourant a présenté

depuis 2009 des douleurs qui ont entraîné une incapacité de travail totale depuis le 1<sup>er</sup> septembre. L'intervention au CHUV de juillet 2011 fait suite à l'échec des traitements proposés. Ont été constatés à cette occasion un rétrécissement modéré du canal central en raison d'une arthrose facettaire postérieure et d'un épaississement des ligaments jaunes, lié à l'accident de 1973 (Dr F., rapport du 25.03.2010), sur lequel les infiltrations se révélaient sans effet, ce qui imposait une décompression chirurgicale (Dr N., rapport du 19.05.2010). Après l'opération, d'importantes douleurs post-opératoires ont été signalées, plusieurs reprises effectuées, occasionnant des pathologies connexes (escarres, dépression). Une coxarthrose avancée à gauche et débutante à droite a été mise en évidence dans l'avis de sortie de la CRR (Dr. G.; rapport du 07.09.2012), causant une gêne modérée (Dr H., rapport du 31.07.2012, qui déconseille une nouvelle intervention chirurgicale à ce stade). Le service de neurologie du CHUV mentionne que le patient ressent toujours des douleurs dans le dos, que ses jambes sont faibles depuis l'hospitalisation et qu'un ENMG a mis en évidence une polyneuropathie de soins (Dr C., rapport du 09.08.2012). Au niveau chirurgical, le rapport précité du Dr H. recommande à fin juillet 2012 de laisser le patient se stabiliser de tout son parcours chirurgical énorme et d'examiner si on arrive à lui rétablir une capacité partielle de travail avant d'envisager une nouvelle mesure chirurgicale. Le rapport du 31 juillet 2012 de la CRR fait aussi état d'une évolution depuis les interventions de 2011 lentement favorable, marquée par des douleurs nécessitant un traitement de palier 3. Du point de vue ostéo-articulaire, il est relevé que le recourant se plaint de douleurs lombaires lors de la verticalisation dont l'intensité est estimée entre 3 et 7/10 sur l'EVA. L'incapacité de travail dans l'activité d'informaticien est fixée du 3 juillet au 8 septembre 2012 par la CRR, les médecins notant que la situation médicale n'est pas complètement stabilisée et qu'on peut encore s'attendre à une amélioration de la force, de l'endurance et de l'autonomie dans les prochaines semaines. Ils ajoutent que le bilan urologique doit être complété, mais qu'une fois la situation médicalement stabilisée, une reprise de l'activité d'informaticien devrait être possible (Dr I., J. et G., rapport du 27.08.2012), sans toutefois en chiffrer le pourcentage ni le calendrier. Il est également relevé dans le cadre du séjour à la CRR que du point de vue neurologique, le patient se plaint de douleurs localisées à la face postérieure et inférieure de la cuisse droite, avec diminution de la sensibilité allant jusqu'à la face postérieure de la cuisse et jusqu'au genou, d'évolution favorable, et une disparition des douleurs inguinales droites et nette amélioration des douleurs dans le pli inguinal gauche depuis l'opération, avec mention d'une éventuelle polyneuropathie des soins dont l'évolution est lentement favorable (Dr K.; rapport du 26.07.2012). Le rapport du 17 juillet 2012 de l'institut de radiologie de Sion, visant à déterminer la situation en raison de la persistance d'une douleur irradiant au niveau de la face antérieure de la cuisse à gauche, après une IRM lombosacrée et médullaire, mentionne, en sus de signes de coxarthrose, la présence d'une fracture ostéochondrale de la tête fémorale gauche pouvant également expliquer les symptômes douloureux. Le rapport du 25 juillet 2012 de l'Hôpital du Valais fait état d'une coxarthrose bilatérale modérée à droite, sévère à gauche (Dr L., département d'imagerie diagnostique et interventionnelle). Le rapport de l'institut de radiologie de Sion du 27 juillet 2012 fait état d'une recherche de compression partielle du tronc sciatique à droite, et propose, à l'issue d'un examen s'inscrivant dans les limites de la norme, d'étendre l'exploration sur la portion inférieure du nerf sciatique ainsi que sur le nerf tibial, en s'interrogeant sur la présence d'un conflit rétro-articulaire au genou (Dr M.). Lors de l'entretien du 16 août 2012 avec l'assuré, le représentant de la SUVA a noté que les douleurs dans le dos et les jambes restaient quotidiennes et l'obligeaient à prendre encore

beaucoup de médicaments (Nebilet, Targin, Pontazal, Dafalgan, Duodart). Il indiquait que malgré un séjour très bénéfique à la CRR, il lui était encore impossible d'envisager de reprendre un travail. Dans ce contexte, force est de constater qu'en fixant la capacité de travail du recourant à 50 % sans évaluation précise de l'impact des douleurs persistant après l'opération, alors même que l'incapacité de travail totale était confirmée jusqu'en août par la CRR, puis dès lors par le médecin traitant, le médecin d'arrondissement a rendu un avis insuffisamment motivé. Enfin, en retenant une médication standard pour un "fonds douloureux" permanent, alors que les médecins de la CRR parlent d'un traitement lourd, et sans motiver cette appréciation, le médecin d'arrondissement s'écarte d'éléments figurant au dossier. L'impact des médicaments anti-douleurs sur la capacité de travail doit également être examinée. Le rapport du Dr B. du 1<sup>er</sup> juin 2016 représente une appréciation du dossier, sans examen du patient, et a de ce fait valeur d'allégué de l'intimée. Il postule sans justification approfondie que l'augmentation des douleurs ressenties par le recourant doit, à ce stade, être mise à la charge de l'affection oncologique uniquement. L'absence de chronologie précise permettant de situer le point de départ de l'état "sans changement" face à une problématique qui a perduré depuis 2009, l'absence de tout rapport médical du médecin traitant depuis l'établissement du certificat d'incapacité de travail, la contradiction entre l'appréciation du médecin d'arrondissement et le dernier certificat médical de ce praticien, amènent à la constatation d'une lacune d'instruction de la part de l'intimée. Il y a lieu d'admettre le recours pour cette raison et de renvoyer le dossier à la CNA pour qu'elle complète l'instruction par les moyens qu'elle jugera idoines, afin de déterminer dans quelle mesure l'incapacité de travail a évolué depuis le mois de novembre 2012, nonobstant la survenance d'un cancer métastasé diagnostiqué en mai 2013.

#### **E. 7**

Compte tenu de cette conclusion, il n'y a pas lieu à ce stade d'entrer en matière sur la détermination du salaire sans invalidité et du salaire d'invalidé pris en considération.

#### **E. 8**

Aux termes de l'article 24 al. 1 LAA, l'assuré qui, par suite de l'accident souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (IPAI). Selon l'article 36 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (ci-après : OLAA), une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité, pendant toute la vie. En cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité physique, mentale ou psychique, dues à un ou plusieurs accidents, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée d'après l'ensemble du dommage (al. 3). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité a pour but de compenser le dommage subi par un assuré du fait d'une atteinte grave à son intégrité corporelle ou mentale due à un accident et à le caractère d'une indemnité pour tort moral (Message du Conseil fédéral à l'appui d'un projet de loi sur l'assurance-accidents, FF 1976 III, p. 171). Elle vise à compenser le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence etc.) qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant ( ATF 133 V 224 cons. 5.1). L'évaluation incombe avant tout aux médecins, qui doivent, d'une part, constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et, d'autre part, estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (arrêt du TF du 25.09.2009 [8C\_703/2008] cons. 5.1). Pour cette indemnité, le Dr A. a retenu un taux de 60 % pour lésions médullaires; cette appréciation, qui reprend les valeurs de la table 21, peut

correspondre à une paralysie incomplète de type ASIA D en L2-L3, qui est fixée à 70 % en cas de paraplégie à ce niveau et oscille entre 40 et 70 % en cas de syndrome de la queue de cheval. L'appréciation de 15 % en cas d'arthrose sous-astragaliennne, comme pour l'arthrodèse au niveau de la cheville, correspond à une arthrose moyenne. Pour l'ablation de la rate, l'intimée a retenu un taux de 10 %, confirmant l'IPAI déjà versée antérieurement. La clé de pondération qui permet d'aboutir, d'un taux de 85 % à un taux final retenu de 59 % (dont 10 % déjà indemnisés) n'est pas détaillée et n'est pas aisément reconstituable. Le médecin d'arrondissement déclare avoir pris en compte "la date de l'événement antérieur à la LAA et du deuxième événement survenu" sans préciser duquel il s'agit (le dossier mentionne sept rechutes et deux accidents sont survenus sans être qualifiés de tels), et la réduction de 26 % effectuée n'est pas expliquée. Pour cette raison également, le dossier doit être renvoyé à l'intimée à charge pour elle d'effectuer une appréciation détaillée.

## **E. 9**

a) La procédure est gratuite et vu l'issue du litige, le recourant a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA; ATF 135 V 473 ). Ceux-ci seront évalués sur la base du dossier en l'absence d'un mémoire d'honoraires de la mandataire (art. 66 al. 1 et 2 du décret du Grand Conseil du 06.11.2012 fixant les tarifs des frais, des émoluments de chancellerie et des dépens en matière civile, pénale et administrative, ci-après : TFrais). L'activité déployée par la mandataire ne peut avoir excédé quelque 6 heures, dans la mesure où elle représentait le recourant depuis la procédure d'opposition et devait avoir pour cette raison une connaissance approfondie du dossier. Eu égard au tarif usuel de l'ordre de 250 francs de l'heure, des débours à raison de 10 % des honoraires (art. 65 TFrais) et de la TVA de 8 %, l'indemnité de dépens sera fixée au montant de 1'782 francs, tout compris. b) Compte tenu de l'issue du litige, la requête d'assistance judiciaire devient sans objet.

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