

VD_FINDINFO AA 133/07 - 46/2009 vom 9. Juli 2009

VD Tribunal cantonal, 2009-07-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AA_133_07_-_46_2009

FR: VD_FINDINFO AA 133/07 - 46/2009 du 9 juillet 2009

IT: VD_FINDINFO AA 133/07 - 46/2009 del 9 luglio 2009

Regeste

ACCIDENT, ACCIDENT DE GRAVITÉ MOYENNE, ACCIDENT DE PEU DE GRAVITÉ, AFFECTION PSYCHIQUE, RENTE TRANSITOIRE, LIEN DE CAUSALITÉ | 18 LAA, 6 LAA

Erwägungen

E. 1

a) A teneur de la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2009), applicable aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), les causes pendantes devant les autorités administratives et de justice administratives à l'entrée en vigueur de la présente loi sont traitées selon cette dernière. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est donc compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD). b) Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée, le recours est recevable en la forme (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1]).

E. 2

En l'espèce, sont litigieux la question de savoir si la Zurich était fondée à mettre un terme aux prestations avec effet au 31 décembre 2005, ainsi que le droit de la recourante à une rente.

E. 3

a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents, RS 832.20), à moins que la présente loi en dispose autrement, les prestations d'assurance sont en principe allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Au titre des prestations d'assurance allouées en cas d'accident professionnel ou non professionnel et de maladie professionnelle, l'assuré a notamment droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 LAA) et, en cas d'incapacité totale ou partielle de travail consécutive à un accident, à une indemnité journalière (art. 16 LAA). Selon la jurisprudence, une personne est considérée comme incapable de travailler lorsque, à la suite d'une atteinte à la santé physique et/ou psychique due à un accident, elle ne peut plus exercer son activité habituelle ou ne peut l'exercer que d'une manière limitée ou encore qu'avec le risque d'aggraver son état, ou n'est pas en mesure de pratiquer une autre activité adaptée à son état de santé (ATF 115 V 403, consid. 2). b) Pour que le droit à des prestations de l'assurance-accidents soit reconnu, il faut qu'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'accident et l'état de l'assuré à l'origine de la demande de prestations. Selon la jurisprudence constante, le lien de causalité naturelle est

établi lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'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 338, consid. 1; ATF 117 V 359; ATF 115 V 403, spéc. consid. 3; ATF 113 V 307, spéc. consid. 3a). 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 de la vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans le domaine des assurances sociales (ATF 121 V 204, consid. 6b; ATF 119 V 7, consid. 3c). Au demeurant, 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 125 V 456, consid. 5a et les références citées). L'examen du rapport de causalité adéquate est superflu lorsque, sur la base des appréciations médicales, 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. En effet, la causalité adéquate entre l'atteinte à la santé et l'événement incriminé présuppose la causalité naturelle. c) 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. Les prestations sont donc également versées en cas de rechutes ou de séquelles tardives (art. 11 OLAA [ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents, RS 832.202]; TF U 82/02 du 1^{er} mai 2003, consid. 2). 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 incapacité de travail (ATF 118 V 293, consid. 2c). Toutefois, 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 vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (TFA U 386/99 du 22 août 2000, consid. 4; RAMA 1997, n° U 275, p. 188, consid. 1c). d) En ce qui concerne plus spécialement les troubles psychiques consécutifs à un accident, la jurisprudence a précisé que, pour se prononcer sur le caractère adéquat du lien de causalité, il convient d'apprécier l'ensemble des circonstances, en particulier la gravité de l'accident, son caractère plus ou moins impressionnant, les circonstances concomitantes, la gravité des lésions somatiques et leurs caractéristiques, la durée du traitement médical et les douleurs qu'il a entraînées, la diminution de la capacité de travail et la durée de cette incapacité, ainsi que la personnalité que l'assuré présentait avant l'accident. En outre, il s'agit d'évaluer la manière dont l'assuré a assumé l'accident sur le plan psychique, la pression psychique qu'il a subie, laquelle suppose toujours un événement marquant ou une influence prolongée qui se situe en dehors de l'expérience de tous les jours. L'évolution après l'accident doit donc être appréciée par comparaison avec la personnalité de l'assuré avant l'accident, c'est-à-dire au regard de son psychisme antérieur, des maladies subies (notamment d'ordre psychosomatique), ainsi que de la capacité de travail et de gain qu'il présentait précédemment. Le résultat de cette comparaison doit permettre à l'administration et au juge de se prononcer sur le caractère adéquat du lien de causalité. A cet effet, la règle suivante peut servir de ligne directrice: plus la personnalité de l'assuré antérieure à l'accident l'emporte et relègue au second plan

l'événement accidentel et les circonstances concomitantes, moins le lien de causalité peut être qualifié d'adéquat (ATF 113 V 321, cons. 2b). Cela étant, le principe d'égalité de traitement et l'exigence de la sécurité du droit nécessitent que l'on recoure à des critères objectifs pour trancher la question de l'existence d'une relation de causalité adéquate entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain d'origine psychique. Il convient donc non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (RAMA 2000, n° U 394, p. 313, consid. 4 et 5). A cet effet, les accidents peuvent être classés en trois catégories, suivant la manière dont ils se sont déroulés: les accidents insignifiants ou de peu de gravité, les accidents graves et les accidents de gravité moyenne (ATF 115 V 133 et 403). Lorsque l'accident est insignifiant (l'assuré s'est par exemple heurté légèrement la tête ou s'est fait marcher sur le pied) ou de peu de gravité (il a été victime d'une chute banale), l'existence d'un lien de causalité adéquate entre cet événement et d'éventuels troubles psychiques peut être d'emblée niée. Selon l'expérience de la vie et compte tenu des connaissances actuelles en matière de médecine des accidents, on peut en effet partir de l'idée, sans procéder à un examen approfondi sur le plan psychique, qu'un accident insignifiant ou de peu de gravité n'est pas de nature à provoquer une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. Lorsque l'assuré est victime d'un accident grave, il y a lieu de considérer comme établie l'existence d'une relation de causalité adéquate entre cet événement et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. D'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, un accident grave est propre, en effet, à entraîner une telle incapacité. Dans ce cas, la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique se révélera la plupart du temps superflue. Sont réputés de gravité moyenne les accidents qui ne peuvent être classés dans l'une ou l'autre des catégories décrites ci-dessus. Pour juger du caractère adéquat du lien de causalité entre de tels accidents et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique, il ne faut pas se référer uniquement à l'événement accidentel lui-même. Il sied bien plutôt de prendre en considération, du point de vue objectif, l'ensemble des circonstances qui sont en connexité étroite avec l'accident ou qui apparaissent comme des effets directs ou indirects de l'événement assuré. Ces circonstances constituent des critères déterminants dans la mesure où, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, elles sont de nature, en liaison avec l'accident, à entraîner ou à aggraver une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. Les critères les plus importants sont les suivants: les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident; la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques; l'administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible; l'intensité des douleurs; les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident; les difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes qui ont pu en résulter; l'importance de l'incapacité de travail en dépit des efforts reconnaissables de l'assuré. Il n'est toutefois pas nécessaire qu'apparaissent dans chaque cas toutes ces circonstances à la fois. Il est possible que la présence d'une seule d'entre elles soit suffisante pour admettre l'existence d'une relation de causalité adéquate entre l'accident et une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. Il en est ainsi lorsque l'accident considéré apparaît comme l'un des plus graves de la catégorie intermédiaire et qu'on se trouve par conséquent à la limite de la catégorie des accidents graves. Si, en revanche, aucun critère ne revêt à lui seul une importance particulière ou décisive, il convient de se

fonder sur plusieurs critères, ce d'autant plus lorsque l'accident est de moindre gravité. En conséquence, lorsqu'un accident de gravité moyenne se trouve à la limite de la catégorie des accidents insignifiants, les autres circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité puisse être admis (ATF 115 V 133, consid. 6).

E. 4

Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de trancher la question litigieuse. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, 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 de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références citées; RAMA 2000 n° KV 124, p. 214). Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante d'une pièce n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références citées). Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'opérations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé. Par ailleurs, il peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant 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 (ibidem, consid. 3b/bb et cc et les références citées).

E. 5

En l'espèce, l'intimée a mis fin aux prestations d'assurance avec effet au 31 décembre 2005, considérant que l'état dépressif et les troubles de l'épaule n'étaient pas en relation de causalité avec l'accident. Il convient ainsi de déterminer si les troubles présentés par l'assurée postérieurement au 31 décembre 2005 sont en rapport de causalité avec l'accident du 26 juin 1995. a) Sur le plan somatique, l'expert P. _____ considère que l'état médical de l'assurée est stabilisé, le traitement étant pratiquement terminé, et qu'une nouvelle intervention chirurgicale n'aurait vraisemblablement pas pour effet d'améliorer l'état actuel du poignet. De même, le Dr T. _____ indique, dans son rapport du 30 mai 2005, que le traitement est terminé. Seul le Dr Q. _____ considère que les plaintes actuelles sont clairement en relation avec l'accident du 26 juin 1995. Or, force est de constater que l'expertise du Dr P. _____, confirmée par l'avis du Dr T. _____, remplit les conditions pour que pleine valeur probante lui soit reconnue. Il convient dès lors de considérer que les troubles somatiques présentés par la recourante postérieurement au 31 décembre 2005 ne sont pas en rapport de causalité avec l'accident du 26 juin 1995. b) Du point de vue psychique, les experts C. _____ et F. _____ n'ont retenu aucun trouble affectant la capacité de travail de la recourante, mais indiquent que cette dernière présente un épisode

dépressif majeur d'intensité légère depuis mai 2002. Pour déterminer si ce trouble est en relation de causalité avec l'accident, il convient tout d'abord de qualifier ce dernier. Or, l'événement du 26 juin 1995 doit être considéré comme un accident de peu de gravité, puisqu'il s'agissait d'une chute banale, ayant entraîné une distorsion du poignet droit, mais aucune lésion radiologiquement visible. En outre, l'incapacité de travail consécutive à cet événement n'a duré que quelques jours. Il convient ainsi de nier un éventuel lien de causalité entre les troubles psychiques présentés par l'assurée et l'accident du 26 juin 1995. Par surabondance, même si l'accident devait être qualifié de gravité moyenne, l'analyse des critères posés par la jurisprudence en matière de troubles psychiques consécutifs à un accident de gravité moyenne (ATF 115 V 133 consid. 6) ne permet pas de conclure, en l'espèce, à l'existence d'un rapport de causalité adéquate entre l'accident du 26 juin 1995 et l'état dépressif présenté par la recourante. En effet, il n'existe aucune circonstance de nature à faire apparaître l'accident en cause comme particulièrement impressionnant ou dramatique, quelles qu'aient pu être les craintes subjectives éprouvées par la recourante durant l'événement en cause. D'autre part, la durée du traitement médical et de l'incapacité de travail afférente aux seuls troubles somatiques en lien de causalité avec l'accident n'apparaît pas non plus particulièrement longue. Enfin, il n'y a eu aucune complication importante. c) Il en résulte que l'intimée était fondée à mettre un terme aux prestations d'assurance avec effet au 31 décembre 2005.

E. 6

Il convient encore d'examiner l'éventuel droit à une rente de la recourante. a) Aux termes de l'article 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 LPGA). Est constitutive d'une incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). b) D'après l'article 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'AI ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente. Celle-ci est allouée pour tout le mois au cours duquel le droit à la rente est né. Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur la naissance du droit aux rentes lorsque l'on ne peut plus attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré, mais que la décision de l'AI, quant à la réadaptation professionnelle, intervient plus tard (art. 19 al. 3 LAA). Aux termes de l'art. 30 OLAA, lorsqu'on ne peut plus attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré, mais que la décision de l'AI concernant la réadaptation professionnelle n'interviendra que plus tard, une rente sera allouée dès la fin du traitement médical. Cette rente est allouée sur la base de l'incapacité de gain existant à ce moment. Le droit s'éteint avec la décision négative de l'AI concernant la réadaptation professionnelle (let. b) ou avec la fixation de la rente définitive (let. c). c) Selon l'art. 16 LPGA, le taux d'invalidité des assurés actifs se détermine sur la base d'une comparaison entre le revenu que la personne assurée aurait pu réaliser si elle n'était pas invalide et le revenu qu'elle pourrait réaliser en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée d'elle après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché équilibré. La comparaison s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi

exactement que possible le montant de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence, exprimée en pour-cent, permettant de calculer le taux d'invalidité (cf. VSI 2000 p. 82, consid. 1b). Lorsqu'un assuré n'exerce plus d'activité lucrative, il y a lieu de déterminer, une fois connue l'appréciation de l'exigibilité d'après les données médicales, les activités entrant encore en considération malgré les limitations dues à l'accident, puis d'évaluer le gain que l'intéressé pourrait encore obtenir en exerçant une telle activité. En matière de capacité de gain, il convient de rappeler l'obligation faite à l'assuré, en droit des assurances sociales, de limiter le préjudice subi. Ce principe implique que ce dernier est tenu de mettre en œuvre tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer les conséquences de son accident, fût-ce au prix d'un effort de volonté important (ATF 8C_576/2007 du 2 juin 2008, consid. 5.3, qui renvoie à ATF U 222/97 du 23 juin 1999, consid. 2b). d) En l'espèce, il convient dans un premier temps de déterminer la capacité résiduelle de travail de la recourante. Sur le plan somatique, l'expert P._____ estime que l'assurée présente une capacité de travail de 75% dans l'activité habituelle et de 100% dans un emploi respectant les limitations fonctionnelles. Or, force est de constater que cette expertise remplit les critères pour que valeur probante lui soit reconnue. Certes, le Dr T._____ considère qu'une reprise du travail à 100% n'est pas possible. Cependant, dans la mesure où ce médecin, à l'instar du Dr Q._____, ne se détermine pas clairement sur la capacité de travail résiduelle de la recourante, son avis ne saurait prévaloir sur celui de l'expert. En outre, sur le plan psychique, l'expertise réalisée par les Drs C._____ et F._____ remplit également tous les critères pour que pleine valeur probante lui soit conférée. Il convient ainsi de retenir que l'assurée présente une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Toutefois, l'assurée fait valoir la décision de l'intimée était prématurée puisque la décision de l'OAI du 8 août 2007 ne pouvait être considérée comme définitive, en raison de l'opposition formée à son encontre. En effet, dans la mesure où la décision de l'OAI n'est pas exécutoire, la décision sur opposition de la caisse aurait dû, en principe, porter sur le droit à une rente transitoire au sens de l'art. 19 al. 3 LAA et non sur une rente au sens de l'art. 19 al. 1 LAA. La capacité résiduelle de travail de la recourante étant cependant entière dans une activité adaptée, l'éventuelle mise en œuvre de mesures de réadaptation professionnelle ne saurait améliorer ladite capacité. Il s'ensuit que l'intimée était en droit de se prononcer sur la question de la rente. e) Il convient dès lors de procéder à la comparaison des revenus avec et sans invalidité que l'assurée était en mesure de réaliser, afin de déterminer son taux d'invalidité. En ce qui concerne le dies a quo d'une éventuelle rente transitoire, il convient de prendre en compte la date à laquelle l'état de l'assurée s'est stabilisé au sens de la jurisprudence citée (cf. supra, consid. 6b). A cet égard, le 31 mai 2004 est déterminant, la recourante n'ayant plus perçu d'indemnité perte de gain postérieurement à cette date. aa) Pour 2004, le salaire annuel sans invalidité retenu par l'intimée, soit 47'402 fr. 50 n'est pas contesté. Vérifié d'office, il peut être confirmé. bb) S'agissant du revenu d'invalidité, il convient de se référer aux données salariales, telles qu'elles résultent de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après: ESS). Compte tenu des activités qui peuvent être raisonnablement exigées de la recourante, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé. En 2004, ce gain s'élevait à 3'893 fr. par mois, part du treizième salaire comprise (ESS 2004, TA 1, niveau de qualification 4). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire hebdomadaire de travail de 40 heures, soit une durée inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2004 (41,6 heures; La Vie économique, 3/2006, p. 90, B 9.2), ce montant doit être porté à 4'048 fr. 72, ce qui

correspond à un gain annuel 48'584 fr. 64. Le montant ainsi obtenu peut, le cas échéant, encore être réduit en raison des empêchements propres à la personne de l'assuré, par exemple certaines limitations liées au handicap, à l'âge, à la nationalité, à la catégorie de permis de séjour ou au taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des paramètres entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidité, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 80 cons. 5b et cc). Dans le cas présent, il se justifie de procéder à une réduction de 10% en raison des limitations fonctionnelles présentées par l'assuré. En conséquence, le revenu exigible annuel brut s'élève à 43'726 fr. 20. cc) La comparaison des revenus avec et sans invalidité entraîne un taux d'invalidité de 7,76% $([47'405.5 - 43'726.20] \times 100 / 47'405.5)$, lequel n'ouvre pas droit à la rente.

E. 7

Il en résulte que le recours doit être rejeté, ce qui entraîne le maintien de la décision entreprise. Le présent arrêt sera rendu sans frais ni allocation de dépens.

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