

VD_FINDINFO AA 36/07 - 10/2010 vom 11. Januar 2010

VD Tribunal cantonal, 2010-01-11, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AA_36_07_-_10_2010

FR: VD_FINDINFO AA 36/07 - 10/2010 du 11 janvier 2010

IT: VD_FINDINFO AA 36/07 - 10/2010 del 11 gennaio 2010

Regeste

LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-ACCIDENTS, RÉVISION DE LA RENTE, RENTE D'INVALIDITÉ | 6 al. 1 LAA

Erwägungen

E. 4

En l'occurrence, est litigieuse la question de savoir si les conditions pour réviser à la hausse la rente d'invalidité sont remplies. Plus précisément, il s'agit de déterminer si les troubles de santé constatés après l'expiration du délai de neuf ans instauré par l'art. 80 al. 2 LAMA sont constitutifs d'une rechute ou de suites tardives de l'accident assuré du 12 mai 1975 et, partant, si l'assureur-accidents est tenu d'intervenir à cet égard.

E. 5

a) Selon la jurisprudence, une révision de la rente reste possible après l'expiration de la neuvième année, lorsque l'assureur-accidents est intervenu lors d'une annonce de rechute ou de suites tardives. Tel est ainsi le cas lorsque l'aggravation de l'état de santé annoncée cause une diminution accrue et durable de la capacité de gain ou le laisse craindre et qu'il s'agit d'un cas urgent, lorsque par exemple une intervention chirurgicale est nécessaire, ou que l'assuré souffre de douleurs insupportables (ATF 105 V 35 consid. 1c). On précisera que, selon la jurisprudence, l'augmentation d'une rente (dont le droit est né sous l'ancien droit) reste également possible, même après l'expiration du délai de neuf ans dès la constitution de la rente prévue à l'art. 80 al. 2 LAMA, en cas de rechutes ou séquelles tardives qui se trouvent en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident initial et entraînent une aggravation notable des conséquences de cet événement (TFA U_309/99 du 30 mai 2001 consid. 1a, U_124/04 du 8 novembre 2004, U_404/04 du 21 février 2005, U_27/04 du 15 mars 2005). 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. 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 118 V 293 consid. 2c, 123 V 137 consid. 3a; Ghélew/Ramelet/Ritter, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents - Lausanne, 1992, p. 71). b) Le recourant soutient que, compte tenu des rechutes et séquelles tardives de l'accident, le délai de péremption fixé à l'art. 80 al. 2 LAMA ne fait pas obstacle à l'augmentation de la rente. Pour sa part, l'intimée retient que tel peut effectivement être le cas, sauf qu'il doit s'agir d'un cas urgent, par exemple nécessitant une intervention ou lorsque l'assuré souffre de douleurs insupportables. Dans le cas d'espèce, il est établi qu'à compter de la fixation de la rente en date du 3 octobre 1976, les trois interventions de la CNA de 1979, 1982 et 1985 se sont soldées par un refus de réviser que le recourant n'a pas contesté. A l'issue de nouveaux examens médicaux en 1987 et 2000, en raison de l'arthrose

débutante de plusieurs articulations (poignet gauche, hanche droite, genou droit et cheville droite), l'assuré a suivi deux cures dans les centres de médecine rééducative de [...] respectivement. Par courrier du 11 décembre 1987, la caisse a notamment accepté de prendre en charge huit séances de physiothérapie concernant l'épaule droite et la nuque. L'intimée soutient que les hypothèses envisagées par la jurisprudence (caractère urgent, par exemple lorsqu'une intervention s'avère nécessaire ou que l'assuré souffre de douleurs insupportables), pouvant justifier une révision de la rente après l'expiration du délai de neuf ans dès la constitution de la rente, ne sont pas remplies. L'intimée se méprend toutefois en se référant à l'ATF 105 V 31 qui limitait la question de la révision à la reprise d'un traitement (art. 81 LAMA). Ce qui reste déterminant, selon la jurisprudence ultérieure, est l'hypothèse de rechutes ou séquelles tardives qui se trouveraient en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident initial et qui entraîneraient une aggravation notable des conséquences de cet événement, constitutive d'une diminution de la capacité de gain. Le droit du recourant à une prise en charge de sa rechute et à une révision de sa rente ne saurait dès lors être déclaré périmé a priori sans un examen de la situation au fond, soit de l'existence ou non d'une aggravation de son état de santé en relation de causalité avec l'accident survenu en 1975 et qui aurait causé une diminution accrue et notable de la capacité gain. Cela revient à déterminer si l'appréciation du Dr V. _____ qui retient, contrairement à celle du Dr L. _____, notamment l'absence de trouble dépressif significatif ou de trouble somatoforme douloureux, ainsi que l'existence objective d'une aggravation consécutive à l'accident limitant la capacité de travail à 50 % dans l'activité habituelle, justifie une révision de la position de l'intimée.

E. 6

a) Selon une jurisprudence fédérale constante, 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. 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 (ATF 125 V 352 consid. 3a et les références, Pratique VSI 2001 p. 108). Le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 104 V 212; RAMA 1993, p. 96; RAMA 1988, p. 370). Dans la procédure de révision, il appartient au recourant de rendre vraisemblable l'aggravation alléguée, en dérogation aux règles habituellement applicables en matière d'établissement des faits (ATF 130 V 64). b) Dans le cas particulier, le recourant estime, à l'instar du Dr X. _____, que les lésions dégénératives, l'arthrose, l'atrophie musculaire, ainsi que les divers troubles réactifs, fonctionnels et statiques sont secondaires à son accident de 1975. De plus, contrairement aux conclusions du Dr L. _____, il soutient qu'il ne présente pas de syndrome douloureux somatoforme persistant cachant un état dépressif et que le médecin n'a pas procédé à un examen dorso-lombaire. Pour toutes ces raisons, l'expertise du Dr L. _____ n'aurait pas valeur probante. De plus, compte tenu de l'uniformité de la notion d'invalidité, l'assureur-accidents était lié par les conclusions de l'assurance-invalidité. Pour sa part, l'intimée estime qu'il n'existe pas de motif de s'écarter de l'avis du Dr L. _____, dans la mesure où ce praticien affirme que les séquelles

accidentelles objectives sont inchangées depuis la date de la fixation de la rente et permettent la continuation de l'activité de l'assuré comme par le passé. On relèvera tout d'abord que le projet de décision de l'Office AI est postérieur à la décision attaquée, de sorte que la CNA n'avait pas l'obligation de retenir l'évaluation de l'Office AI, en vertu du principe de coordination de l'évaluation de l'invalidité dans les différentes branches de l'assurance sociale. Cela ne doit toutefois pas empêcher l'autorité de céans d'examiner la portée des rapports médicaux produits dans le dossier AI dans la présente procédure. c) Pour répondre aux critiques du Dr V. _____, l'intimée a mandaté le Dr M. _____ qui a déposé son rapport le 5 décembre 2008. Ce dernier considère qu'il n'est pas plausible que le mollet droit de l'assuré se soit affaibli de 2 cm dans un si court laps de temps, c'est-à-dire entre l'examen du Dr L. _____ du 19 octobre 2006 et celui du Dr V. _____ du 19 décembre 2007 (les mesures prises étant respectivement de 39,5 cm pour le mollet droit et 40,5 cm pour le mollet gauche, puis de 37,5 cm pour le mollet droit et de 40 cm pour le mollet gauche). Or, dès lors que les mesures effectuées par les médecins d'arrondissement de la CNA pendant les trente années précédentes varient également (pour le mollet droit : 39,5 cm en 1977, 38,5 cm en 1978, 39 cm en 1985, 37 cm en 1990, etc.), cette critique n'est pas pertinente. On relèvera de surcroît que, le 9 février 2001, la Clinique F. _____ avait déjà mesuré une différence de 2 cm, soit 36,5 cm à droite et 38,5 cm à gauche, ce qui tend à prouver l'existence d'une hypotrophie du mollet droit et une erreur commise par le Dr L. _____ et non par le Dr V. _____. d) En ce qui concerne les troubles du rachis, on relève que le Dr P. _____ a indiqué, dans son rapport du 21 février 1990, que lesdites douleurs ne pouvaient être rapportées aux suites de l'accident compte tenu des éléments au dossier, des lésions constatées et des délais écoulés. Le 18 octobre 2000, le Dr L. _____ a procédé à un examen du rachis, des membres inférieurs et supérieurs, en concluant que le patient présentait des omalgies droites et des rachialgies dont la relation avec l'accident de 1975 n'était pas établie. En 2001, la Clinique F. _____, sur la base d'un examen du rachis dorso-lombaire, et le Dr G. _____, à l'appui d'une IRM, ont diagnostiqué des troubles de la statique rachidienne et des lombalgies chroniques, toutefois sans se déterminer sur le lien entre les troubles constatés et l'accident. Il faut toutefois noter que tant le Dr G. _____ que la Clinique F. _____ et le Dr N. _____ ont constaté un raccourcissement du membre inférieur droit par rapport à la situation existant avant l'accident. Le Dr N. _____ indique même que ce raccourcissement constitue une séquelle de l'accident. Selon la Clinique F. _____, cet état provoque des difficultés à la marche sur des terrains inégaux, des douleurs aux hanches et au dos. Le second constat du Dr G. _____ porte sur l'existence, au niveau dorsal, de vertèbres cunéiformes par « fort probable remodelage ». Ce remodelage, qui s'explique par son origine traumatique, justifie l'existence des dorso-lombalgies chroniques et des troubles de la statique rachidienne dont se plaint le recourant. La Clinique F. _____ avait également noté une bascule du bassin à droite avec une scoliose dorso-lombaire compensatrice, ainsi qu'une diminution de la mobilité de la hanche en flexion et en rotation due à la dérotation. En outre, les examens pratiqués par cette clinique ont montré un pincement coxo-fémoral bilatéral et, au niveau du fémur droit, « d'importants remaniements avec chevauchement des extrémités fracturaires et formation d'un cal osseux hypertrophié ». Malgré ces divers éléments concrets, le Dr L. _____ s'est contenté de soutenir, après un simple examen clinique des membres, que les lésions touchant les deux hanches, le genou droit, les épaules et le dos ne présentaient aucun indice concret permettant de les rapporter à l'accident de 1975 et que lesdites lésions ne s'accompagnaient pas d'une limitation fonctionnelle notable entraînant une diminution de la

capacité de gain. Le fait que le Dr L. _____ nie le lien de causalité en ce qui concerne ces atteintes paraît d'autant plus surprenant que ce même médecin reconnaissait, le 18 octobre 2000, non seulement que les atteintes aux hanches, au genou droit et à la cheville droite, en raison de l'arthrose, entraînaient une limitation fonctionnelle certaine, mais encore les considérait comme des séquelles de l'accident. Il reprenait en cela les avis du Dr N. _____ qui constatait notamment un discret raccourcissement du membre inférieur droit post-traumatique avec troubles statiques consécutifs du bassin, troubles susceptibles de causer des dorso-lombalgies. Le Dr L. _____ constate, lors de l'examen du 12 juin 2002, que le patient s'est manifestement accoutumé aux séquelles connues de son accident du 12 mai 1975, soit essentiellement un défaut de rotation du fémur droit et une arthrose post-traumatique du poignet gauche et de la cheville droite, et qu'elles n'ont que peu de retentissement fonctionnel. Dans son rapport ultérieur du 19 octobre 2006, le médecin précise qu'il n'y a aucune aggravation de l'état de santé du recourant. Des lésions dégénératives diverses au niveau des deux hanches, du genou droit, des épaules et du dos ont toutefois été objectivées par tous les praticiens. Des phénomènes arthrosiques post-traumatiques ont été diagnostiqués dès l'année 1980. En outre, une atrophie musculaire, des troubles réactifs, des troubles fonctionnels et des troubles statiques ont été mis en lumière. L'ensemble de ces éléments a conduit le Dr X. _____ à considérer de façon objective que l'état actuel du recourant s'était péjoré, qu'il présentait des séquelles et des rechutes de l'accident de l'année 1975 et qu'un processus dégénératif induit par les différentes atteintes traumatiques était à l'origine de cet état de fait. Compte tenu des contradictions contenues dans le dernier rapport du Dr L. _____ par rapport à ses précédents rapports et autres documents médicaux figurant au dossier depuis 1975, ainsi que des conclusions non motivées et des observations non étayées effectuées par ce médecin, on ne saurait accorder une pleine valeur probante à son rapport du 19 octobre 2006. Le Dr V. _____ du SMR observe pour sa part que, par rapport à l'examen clinique du médecin d'arrondissement de la CNA du 19 octobre 2006, l'examen est objectivement détérioré : l'accroupissement n'est pas possible, les rotations de la hanche droite se sont nettement détériorées par rapport à la gauche, les signes rotuliens sont nettement positifs à droite et l'amyotrophie du mollet droit s'est aggravée. Il en conclut que l'on retrouve évidemment les pathologies déjà connues, mais objectivement avec une certaine aggravation. Dans une optique biomécanique rigoureuse, il observe que force est d'admettre que l'activité professionnelle qu'effectue actuellement le recourant n'est que partiellement adaptée. A ce titre, la prise de position du Dr X. _____, qui considère que la capacité de travail dans cette activité est limitée à 50 %, semble correctement étayée, même si cette appréciation s'écarte sensiblement des affirmations du médecin d'arrondissement de la CNA. Il est donc médicalement approprié de reconnaître que la capacité de travail est limitée à 50 % dans l'activité actuelle depuis le 15 mai 2006. Ainsi, l'examen clinique rhumatologique du 19 décembre 2007 permet de conclure que les pathologies déjà connues de l'assuré ont rencontré, objectivement, une aggravation. e) En ce qui concerne le « syndrome somatoforme douloureux persistant qui pourrait cacher un état dépressif » selon le Dr L. _____ dans son rapport du 19 octobre 2006, on constate que ce praticien en fait déjà état dans son rapport du 12 juin 2002 en relevant que l'assuré se plaint de douleurs articulaires diffuses sur un fond d'anxiété et de dépression. Le Dr L. _____ a ainsi l'impression que des facteurs non orthopédiques, voire non médicaux, jouent un rôle prépondérant dans l'incapacité de travail supplémentaire revendiquée. En 2006, il observe également que le patient se défend d'être durablement affecté par le décès sa fille de 28 ans

en mars 2005, celui-ci « ne voulant rien entendre à ce sujet ». Selon le rapport d'expertise du SMR de janvier 2008, l'assuré est collaborant, euthymique, absolument pas plaignant, de telle sorte que le médecin peine à comprendre comment le médecin d'arrondissement de la CNA a pu conclure à un trouble douloureux somatoforme, diagnostic en faveur duquel il ne dispose d'aucun argument. Le Dr V._____ relève également que l'assuré parle du décès de sa fille avec beaucoup de dignité, évoque sa tristesse légitime, mais ne verbalise aucunement une altération significative de la thymie. Le médecin du SMR estime que la capacité de travail exigible est exclusivement limitée par les atteintes à la santé organique et que rien ne permet de suspecter un trouble dépressif significatif ou un trouble douloureux somatoforme, ainsi que l'a fait un peu hâtivement le médecin d'arrondissement de la CNA. L'activité professionnelle habituelle de l'assuré, qui est à considérer comme une activité lourde, n'est effectivement pas exigible au-delà des 50 % qu'il effectue actuellement, ainsi que l'atteste le médecin conseil de B._____, le Dr X._____. Il y avait donc une aggravation notable de la situation de l'état de santé du recourant qui a entraîné une diminution de la capacité de gain depuis le 15 mai 2006. Sur la question des troubles somatoformes douloureux, les conclusions du Dr V._____ sont convaincantes. Elles sont étayées et motivées contrairement aux simples constatations et suppositions du Dr L._____. A cet égard, aucun autre médecin n'a conclu à l'existence d'un trouble somatoforme douloureux. Il s'ensuit que les conditions de révision de la rente sont remplies et que celle-ci doit être révisée à la hausse, soit à 50 %. Ce taux correspond à la capacité de travail de 50 % que présente le recourant dans son activité habituelle réputée adaptée, étant donné que l'Office AI, dont la mission première est de réadapter les assurés, en a conclu que les possibilités du recourant de trouver une autre activité mieux adaptée à ses limitations fonctionnelles étaient irréalistes, compte tenu de celles-ci, de son âge et de sa formation. En définitive, le recours doit être admis et la décision litigieuse réformée dans le sens où la CNA doit allouer au recourant une rente d'invalidité de 50 % à partir du 15 mai 2006.

E. 7

Le recourant, qui obtient gain de cause, a droit à des dépens qu'il convient de fixer à 2'000 fr. (art. 61 let. g LPGA; art. 55 LPA-VD). La procédure devant la Cour des assurances sociales en matière d'assurance-accidents est gratuite. Il n'y a donc pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. a LPGA ; 45 LPA-VD).

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