

## **VD\_FINDINFO AA 65/11 - 40/2013 vom 24. Mai 2013**

VD Tribunal cantonal, 2013-05-24, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_AA\\_65\\_11\\_-\\_40\\_2013](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AA_65_11_-_40_2013)

FR: VD\_FINDINFO AA 65/11 - 40/2013 du 24 mai 2013

IT: VD\_FINDINFO AA 65/11 - 40/2013 del 24 maggio 2013

### **Regeste**

SOINS MÉDICAUX, RENTE D'INVALIDITÉ, COMPARAISON DES REVENUS | 18 al.  
1 LAA, 6 al. 1 LAA

### **Erwägungen**

#### **E. 4**

a) Dans le cas présent, les rapports médicaux sur lesquels se fonde la CNA sont probants et permettent de statuer en toute connaissance de cause, de sorte que l'expertise requise par l'assurée n'est pas nécessaire. Tous les avis médicaux au dossier concordent – et conduisent à retenir une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée (cf. notamment rapport du 25 mars 2009 du Dr W.\_\_\_\_\_, rapports des 3 août 2006 et 28 avril 2008 du Dr S.\_\_\_\_\_, et rapport du 6 mars 2008 des Drs K.\_\_\_\_\_ et P.\_\_\_\_\_) – hormis ceux du médecin traitant de l'assurée la Dresse J.\_\_\_\_\_ et de son ergothérapeute D.\_\_\_\_\_. Or, l'un comme l'autre fondent largement leurs constatations sur les allégations de l'assurée, qu'ils ne relativisent à aucun moment dans leurs rapports médicaux, alors même que tous les autres médecins ont noté des signes manifestes d'amplification des plaintes. A ce sujet, en particulier, le Dr S.\_\_\_\_\_ (rapport du 3 août 2006) et les médecins de la CRR (rapport du 6 mars 2008 des Drs K.\_\_\_\_\_ et P.\_\_\_\_\_) ont relevé une discordance entre les plaintes et les constatations objectives. Par ailleurs, le médecin traitant semble reprendre d'emblée les diagnostics posés par l'ergothérapeute, dont on admettra pourtant qu'ils ont moins de poids que ceux des différents neurologues consultés – qui n'ont constaté aucune lésion neurologique – et auxquels se sont référés les Drs W.\_\_\_\_\_ et S.\_\_\_\_\_, notamment. On prendra donc en considération les limitations fonctionnelles constatées par ces médecins pour établir la capacité de travail résiduelle de la recourante dans une activité adaptée, à l'exclusion des limitations découlant d'atteintes au rachis. b) A propos de ces atteintes (hernies discales), on précisera que le rapport de causalité naturelle avec les accidents assurés n'est pas établi. Le Tribunal fédéral admet dans sa jurisprudence que selon l'expérience médicale, pratiquement toutes les hernies discales s'insèrent dans un contexte d'altération des disques intervertébraux d'origine dégénérative, un événement accidentel n'apparaissant qu'exceptionnellement, et pour autant que certaines conditions particulières soient réalisées, comme la cause proprement dite d'une telle atteinte. Si les symptômes d'une hernie discale sont déclenchés par l'accident, l'assurance-accidents prend en charge le syndrome douloureux consécutif à l'accident. En revanche, elle ne prend plus en charge les conséquences d'éventuelles rechutes, à moins de symptômes évidents attestant une relation de continuité entre l'événement accidentel et les rechutes (TF 8C\_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.3; TF 8C\_301/2009 du 17 septembre 2009 consid. 3.2; TF 8C\_486/2007 du 4 avril 2008 consid. 4.3.1). En l'occurrence, aucune des conditions

particulières décrites dans les arrêts cités ci-dessus n'est remplie. On ne peut pas considérer, par ailleurs, que les symptômes ont été déclenchés par l'un des deux accidents. Dans les suites immédiates du premier accident, seules des affections du bras droit ont été diagnostiquées, ainsi que l'ont retenu les Drs H. \_\_\_\_\_ (rapport du 11 février 2005), M. \_\_\_\_\_ (rapport du 27 avril 2005) et S. \_\_\_\_\_ (rapport du 30 août 2005). Dans son rapport du 3 mai 2005, le Dr X. \_\_\_\_\_ a mentionné, pour la première fois, la présence de "quelques cervicalgies banales", en précisant toutefois que la motilité de la colonne cervicale était libre dans chaque direction, sans contracture paracervicale ni méningisme). Des douleurs cervicales sont ensuite mentionnées, bien plus tard, dans le rapport établi par les Drs K. \_\_\_\_\_ et P. \_\_\_\_\_ le 28 mars 2006, après un séjour de l'assurée à la CRR du 14 février au 15 mars 2006, soit plus d'une année après le premier accident assuré. Les médecins de la CRR ont notamment décrit des douleurs à la palpation paracervicale droite; lors de son admission à la CRR, l'assurée avait annoncé des douleurs permanentes au niveau du poignet, de la main et de l'épaule ainsi qu'au niveau cervical. Lors de son examen par le Dr S. \_\_\_\_\_, le 3 août 2006, puis lors d'un entretien à son domicile avec un collaborateur de la CNA, le 19 septembre 2006, l'assurée a à nouveau décrit des douleurs dans tout le membre supérieur droit, jusque dans la nuque. En d'autres termes, les douleurs dans la nuque n'ont été systématiquement mentionnées par l'assurée qu'à partir de 2006 soit bien après le premier accident, mais antérieurement au second accident. On ne peut donc pas considérer que l'un ou l'autre aurait déclenché les symptômes d'une hernie discale. La seule mention par le Dr X. \_\_\_\_\_, en mai 2005, de cervicalgies banales, mais sans autre constatation évocatrice d'une hernie discale à l'examen clinique, n'est pas suffisante pour admettre un déclenchement des symptômes par le premier accident.

## **E. 5**

Sur le plan économique, la recourante expose qu'elle ne conteste pas, dans l'évaluation de son taux d'invalidité, "le revenu de valide retenu par l'autorité intimée, correspondant au gain assuré au moment de l'accident, soit Fr. 57'126". Elle soulève en revanche plusieurs griefs en relation avec le calcul du revenu qu'elle pourrait réaliser malgré les séquelles accidentelles, selon l'intimée. a) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 343 consid. 3.4; 128 V 29 consid. 1; TF 8C\_748/2008 du 10 juin 2009 consid. 2.1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue être prises en compte (ATF 129 V 222 et les références citées). Le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en règle générale en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du

droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1; 129 V 222 consid. 4.3.1; TF 9C\_651/2008 du 9 octobre 2009 consid. 6.1). Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. 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'invalidé peut être évalué, notamment, sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ATF 135 V 297 consid. 5.2; 129 V 472 consid. 4.2.1; TF 9C\_673/2010 du 31 mars 2011 consid. 3.2). 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). Une déduction globale maximale de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc; TF 9C\_673/2010 du 31 mars 2011 consid. 4.1). Selon une jurisprudence récente, l'étendue de l'abattement (justifié dans un cas concret) constitue une question relevant du pouvoir d'appréciation de l'administration. Lorsque la juridiction cantonale examine l'usage qu'a fait l'administration de ce pouvoir d'appréciation pour fixer l'étendue de l'abattement sur le revenu d'invalidé, elle doit porter son attention sur les différentes solutions qui s'offraient à l'organe de l'exécution de l'assurance-invalidité et voir si un abattement plus ou moins élevé (mais limité à 25%) serait mieux approprié et s'imposerait pour un motif pertinent, sans toutefois substituer sa propre appréciation à celle de l'administration (ATF 137 V 71 consid. 5.2 in fine et les références citées). b) Dans le cas présent, le montant de 57'126 fr. mentionné par la recourante – et qu'elle déclare ne pas contester – correspond au gain assuré fixé par l'intimée selon l'art. 24 al. 2 OLAA. En ce qui concerne le revenu hypothétique sans invalidité, il convient de se référer au salaire qu'aurait perçu la recourante si elle n'avait pas été atteinte dans sa santé. Le moment déterminant est celui de l'ouverture du droit à la rente (ATF 129 V 222; TF U 323/04 du 30 août 2005). En l'occurrence, il s'agit de l'année 2010. Il ressort des renseignements communiqués par l'ancien employeur de la recourante que celle-ci aurait perçu un salaire annuel de 48'845 fr. 60 en 2007, 2008, 2009 et 2010 (3'500 fr. par mois versé 13 fois l'an, avec une gratification mensuelle de 278 fr. 80, selon les réponses de l'employeur aux lettres des 17 octobre 2008, 3 avril 2009 et 15 décembre 2009 de l'intimée) si elle était restée à son service, sans atteinte à la santé. On précisera, dans ce contexte, que le revenu hypothétique sans invalidité aurait été inférieur, en 2010, à celui réalisé par la recourante avant son premier accident le 24 janvier 2005, en raison d'une reprise de son employeur, N. \_\_\_\_\_ SA, par la société T. \_\_\_\_\_ SA, et du changement de politique salariale qui en a résulté (réponse du 23 octobre 2008 de T. \_\_\_\_\_ SA à la lettre du 17 octobre 2008 de la CNA). Il n'est pas vraisemblable que sans atteinte à la santé, la recourante aurait résilié ses rapports de travail en raison de cette baisse de salaire. Elle ne bénéficiait en effet d'aucune formation professionnelle et travaillait pour le même employeur depuis 1987 (sur ce point, cf. également consid. 6c ci-après). Il convient par conséquent de fixer le revenu hypothétique sans invalidité à 48'845 fr. 60 pour l'année 2010

## **E. 6**

La recourante conteste le revenu qu'elle pourrait réaliser, selon l'intimée, dans une activité adaptée. a) Le recours aux statistiques de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) est adéquat en l'espèce. On se référera à l'ESS 2010, année de l'ouverture du droit à la rente.

On ne tiendra compte, pour fixer le revenu d'invalidé, que des limitations fonctionnelles d'origine accidentelle et non de celles qui sont d'origine malade. Par ailleurs, contrairement à ce qui avait été retenu dans l'arrêt du 29 avril 2011 de la Cour de cassation rendu en matière d'assurance-invalidité (cause AI 181/10), on ne saurait fixer le taux d'invalidité en attribuant un poids déterminant à l'âge de la requérante. En effet, aux termes de l'art. 18 al. 2 LAA, le Conseil fédéral règle l'évaluation du degré d'invalidité dans des cas spéciaux et peut, à cette occasion, déroger à l'art. 16 LPGA. En application de cette délégation législative, le Conseil fédéral a édicté l'art. 28 OLAA, dont l'alinéa 4 prévoit que si, en raison de son âge, l'assuré ne reprend pas d'activité lucrative après l'accident ou si la diminution de la capacité de gain est due essentiellement à son âge avancé, les revenus de l'activité lucrative déterminants pour l'évaluation du degré d'invalidité sont ceux qu'un assuré d'âge moyen dont la santé a subi une atteinte de même gravité pourrait réaliser. Cette disposition a pour but d'éviter l'octroi de rentes d'invalidité qui comporteraient, en fait, une composante de prestations de vieillesse, par l'assurance-accidents (ATF 122 V 426; TF 8C\_250/2009 du 1<sup>er</sup> juillet 2009 consid. 2.2). Dès lors, l'évaluation du revenu d'invalidé de la Cour de cassation dans l'arrêt du 29 avril 2011 à propos du droit de la requérante à une rente de l'assurance-invalidité ne peut être transposée dans le domaine de l'assurance-accidents. Tout au plus convient-il d'intégrer l'âge de la requérante dans la fixation de la déduction globale à effectuer pour tenir compte de l'ensemble des circonstances propres à la personne de l'assurée, sans en faire pour autant un facteur essentiel fondant l'invalidité. b) La requérante demande que le salaire de référence pris en considération soit celui des femmes effectuant une activité simple et répétitive dans le secteur de l'hôtellerie et de la restauration. On ne peut la suivre sur ce point. Selon la jurisprudence, il convient en principe de se référer au revenu médian dans le secteur privé, toutes branches économiques confondues. On ne saurait, en particulier, se référer à la branche économique dans laquelle les revenus sont les plus bas, comme le fait la requérante, alors que des emplois adaptés à son état de santé existent dans d'autres branches (cf. Ulrich Meyer-Blaser, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 2<sup>ème</sup> éd., 2010, p. 313). Il convient par ailleurs de faire preuve de retenue avant de s'écarter du salaire médian résultant des données statistiques pour toutes les branches économiques (production et services), dans la mesure où l'on tient déjà compte des limitations fonctionnelles dont peut souffrir la personne assurée au moment de la fixation d'une déduction globale de ce revenu. La prise en considération, en principe, de toutes les branches économiques, pour autant que l'une d'entre-elles n'offre pas des perspectives d'emploi purement hypothétiques, offre une meilleure base de comparaison au moment de fixer cette déduction pour chaque assuré concerné. En l'occurrence, la requérante dispose d'une pleine capacité de travail – abstraction faite des atteintes malades à sa santé – dans une activité ne requérant pas le déploiement de force avec les mains, de mouvements répétitifs avec les poignets ni de travail de précision avec les mains. De telles activités existent également dans le secteur économique de la production, notamment pour la surveillance de machines ou de chaînes de production, même si elles sont plus rares que dans le secteur des services. On doit par conséquent se référer au salaire médian réalisé par les femmes en 2010, dans des activités simples et répétitives, toutes branches économiques confondues. Ce revenu était de 4'225 fr. par mois, soit 50'700 fr. par année. Compte tenu d'un horaire de travail hebdomadaire dans les entreprises de 41.6 heures en moyenne en 2010, c'est un revenu de 52'728 fr. qu'il y a lieu de retenir. c) En ce qui concerne la déduction à effectuer pour tenir compte des circonstances propres à la personne de l'assurée, la requérante demande qu'un taux de 20%

soit appliqué. Sur ce point, le recours est fondé. La recourante a suivi la scolarité obligatoire en Italie, puis est arrivée en Suisse à l'âge de 16 ans. Elle ne dispose pas de formation professionnelle et a travaillé pour le même employeur depuis 1987. Auparavant, elle avait principalement consacré son temps à l'éducation de ses enfants et à la tenue de son ménage. La recourante était âgée de 60 ans en 2008. Enfin, elle présente des limitations fonctionnelles qui ne l'empêchent pas totalement d'utiliser ses mains, mais qui constituent néanmoins un handicap sérieux et limitent considérablement le nombre d'emplois adaptés. Une déduction de 20% paraît donc adéquate en l'espèce. Cela conduit à un revenu d'invalidé de 42'182 fr. 40. Après comparaison du revenu hypothétique sans invalidité ( 48'845 fr. 60 ) avec le revenu d'invalidé (42'182 fr. 40), on obtient un taux d'invalidité de 14%. On constate donc que la CNA n'a pas sous-évalué le taux d'invalidité de la recourante en allouant une rente fondée sur un taux d'invalidité de 18%. Compte tenu de l'approximation inévitable dans le calcul de l'invalidité d'un assuré, il convient cependant de renoncer à une réforme de la décision litigieuse au détriment de la recourante.

#### **E. 7**

La recourante demande encore la poursuite de la prise en charge de son traitement médical par l'intimée. Se référant à l'art. 21 al. 1 let. c LAA, la recourante soutient que la poursuite du traitement est nécessaire pour conserver sa capacité résiduelle de gain. Ce point de vue ne peut être partagé. Le diagnostic d'algoneurodystrophie active (syndrome locorégional complexe de type II de la branche cutanée palmaire du nerf médian droite et du nerf cubital gauche), posé par l'ergothérapeute D. \_\_\_\_\_, a été réfuté de manière convaincante par les Drs S. \_\_\_\_\_ (rapports des 3 août 2006, 7 décembre 2007 et 27 avril 2010), W. \_\_\_\_\_ (rapport du 25 mars 2009) et C. \_\_\_\_\_ (rapport du 13 avril 2011) ainsi que par les médecins de la CRR (rapport du 6 mars 2008 des Drs K. \_\_\_\_\_ et I. \_\_\_\_\_). En réalité, la poursuite du traitement préconisé par la Dresse J. \_\_\_\_\_ et l'ergothérapeute D. \_\_\_\_\_, à supposer que celui-ci soit efficace, porte sur des symptômes qui ne sont pas en rapport de causalité naturelle avec l'accident. A supposer qu'il soit efficace, ce dont on peut douter au regard de la persistance des douleurs exprimées par l'assurée depuis plusieurs années, ce traitement n'est donc pas à la charge de l'intimée.

#### **E. 8**

Il s'ensuit que le droit à la rente d'invalidité tel que fixé par la décision attaquée n'a pas à être modifié et que la recourante n'a pas droit à la poursuite de la prise en charge du traitement médical. Partant, le recours est rejeté, ce qui conduit à la confirmation de la décision sur opposition rendue par la CNA.

#### **E. 9**

a) Lorsqu'une partie au bénéfice de l'assistance judiciaire succombe, comme c'est le cas en l'occurrence, le conseil juridique commis d'office est rémunéré équitablement par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008; RS 272] par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il y a donc lieu, dans le présent arrêt, de fixer la rémunération de l'avocat d'office. Me Anne-Sylvie Dupont a produit la liste de ses opérations, laquelle a été contrôlée au regard de la procédure. En l'espèce, il convient d'allouer la somme de 2'530 fr. 20 pour l'ensemble des opérations accomplies dans la présente cause, débours et TVA compris (12.46 heures de travail au tarif horaire de 180 fr., débours par 100 fr. et TVA à 8%). b) La rémunération du conseil d'office est provisoirement supportée par le canton, la recourante étant rendue attentive au fait qu'elle est tenue de

rembourser le montant dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile; RS 211.02.3]) en tenant compte des montants payés à titre de franchise depuis le début de la procédure. c) La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires. Le présent arrêt est rendu sans dépens, dès lors que la recourante n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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