

# VD\_FINDINFO AA 6/08 - 50/2011 vom 2. Mai 2011

VD Tribunal cantonal, 2011-05-02, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_AA\\_6\\_08\\_-\\_50\\_2011](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AA_6_08_-_50_2011)

FR: VD\_FINDINFO AA 6/08 - 50/2011 du 2 mai 2011

IT: VD\_FINDINFO AA 6/08 - 50/2011 del 2 maggio 2011

## Regeste

LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-ACCIDENTS, ÉVALUATION DE L'ATTEINTE À LA SANTÉ, DROIT À LA PRESTATION D'ASSURANCE, CAUSALITÉ NATURELLE, LIEN DE CAUSALITÉ | 16 LAA, 24 LAA, 6 LAA

## Erwägungen

### E. 2

mai 2011 \_\_\_\_\_ Présidence de M. J O M I N I Juges :  
Mme Thalman et M. Gerber, juge suppléant Greffier : M. Rebetez \*\*\*\*\* Cause  
pendante entre : Z. \_\_\_\_\_, à Payerne, recourante, représentée par Me Philippe  
Nordmann, avocat à Lausanne, et J. \_\_\_\_\_ Générale Compagnie d'Assurances SA, à  
Lausanne, intimée. \_\_\_\_\_ Art. 6, 16, 24 LAA; 4, 8 LPGA E n f a i t : A.  
Z. \_\_\_\_\_, née en 1956, était, depuis le 1<sup>er</sup> décembre 1985, aide-soignante en service de  
nuit au Home les [...] à [...] à un taux d'activité moyen de 80 %. A ce titre, elle était assurée  
contre les accidents professionnels et non professionnels conformément à la loi fédérale du  
20 mars 1981 sur l'assurance■accidents (ci-après : LAA; RS 832.20) auprès de la  
J. \_\_\_\_\_ Générale Compagnie d'Assurances SA (ci-après : la J. \_\_\_\_\_). Elle était  
également assurée pour perte de salaire en cas de maladie auprès de la même compagnie  
d'assurances selon la loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance (ci-après : LCA;  
RS 221.229.1). Depuis 1985, Z. \_\_\_\_\_ présente de manière récurrente une névralgie du  
trijumeau gauche. Une décompression microvasculaire du nerf trijumeau par craniectomie  
retromastoïdienne a été opérée le 20 mai 1996. Selon un rapport du 14 mai 1997 du service  
de neurochirurgie du Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : CHUV),  
Z. \_\_\_\_\_ souffre d'une hypoesthésie des nerfs V1 et V2 à gauche ainsi que d'une  
hypoalgésie V1, V2 et V3 à gauche. Il y a une absence de réflexe cornéen à gauche et une  
nette atrophie du masseter gauche. Selon un rapport du 20 août 1997 du Dr S. \_\_\_\_\_ du  
service de neurochirurgie du CHUV, l'hypoesthésie et l'hypoalgésie sont en nette  
régression, mais le réflexe cornéen n'a pas récupéré et le masseter reste atrophique. Le 10  
janvier 2000, Z. \_\_\_\_\_ a été victime d'un accident de la circulation. Un usager arrivant  
en sens inverse à une vitesse estimée à environ 70 km/h a perdu la maîtrise de son véhicule  
dans un virage. L'arrière de sa voiture a glissé et s'est mis de travers en fauchant un signal  
avant d'heurter la voiture de Z. \_\_\_\_\_, malgré que celle-ci ait freiné et ait serré à droite.  
Selon un témoin, la voiture de la prénommée était presque arrêtée au moment de l'impact.  
Le véhicule, hors d'usage après le choc, a notamment été enfoncé sur le flanc gauche.  
Z. \_\_\_\_\_ a heurté la région auriculaire/temporale gauche contre le montant de la porte.  
Elle s'est sentie groggy, mais n'a pas perdu connaissance. Alors que les deux passagers de  
sa voiture étaient indemnes, Z. \_\_\_\_\_ a été transportée à l'hôpital intercantonal de la  
Broye où elle a été hospitalisée pendant 24 heures pour surveillance neurochirurgicale. Elle

s'est plainte de douleurs à la nuque, au niveau des lombaires et à l'épaule gauche. Selon le rapport de sortie du 11 janvier 2000 des Drs X. \_\_\_\_\_ et Q. \_\_\_\_\_, spécialistes en chirurgie orthopédique et en traumatologie de l'appareil locomoteur, Z. \_\_\_\_\_ a souffert d'un traumatisme cranio-cérébral bénin et d'une contusion à l'épaule gauche. Une fracture de l'apophyse transverse droite de la vertèbre lombaire L3 était soupçonnée sur la base du bilan radiologique du 10 janvier 2000. Dans son rapport du 17 avril 2000, le médecin traitant de Z. \_\_\_\_\_, le Dr B. \_\_\_\_\_, médecine générale FMH, a ajouté aux diagnostics établis par l'hôpital intercantonal de la Broye ceux de lombo-sciatalgies gauches consécutives et de distorsion cervicale. Z. \_\_\_\_\_ a été examinée le 9 mai 2000 par le service de neurochirurgie du CHUV. Le rapport du Prof. L. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurochirurgie, et de la Dresse H. \_\_\_\_\_, médecin-assistant, rappelle qu'après l'opération de mai 1996 pour décompression microvasculaire du nerf trijumeau, Z. \_\_\_\_\_ a eu des récurrences de la névralgie du V3 gauche avec plusieurs épisodes de décharge électrique suite à un accident de voiture en février 1999. Un nouveau traitement chirurgical par décompression vasculaire est proposé. Par ailleurs, ce rapport signale que suite à l'accident assuré du 10 janvier 2000, Z. \_\_\_\_\_ a souffert de douleurs à la jambe gauche avec boiterie. Selon un rapport du 19 mai 2000 de la Dresse H. \_\_\_\_\_, l'accident de janvier 2000 n'est pas intervenu dans la névralgie du V3. Des examens par CT-Scan du rachis lombaire et du rachis sacré ont été réalisés à l'hôpital intercantonal de la Broye. Selon le rapport du 16 mai 2000 de la Dresse K. \_\_\_\_\_, radiologue, les canaux L3-L4 et L4-L5 ont une dimension préservée et aucune hernie discale n'est démontrée. En revanche, au niveau L5-S1, une discopathie dégénérative sévère avec protrusion discale et une herniation au sein du recessus latéral S1 gauche a été constatée, entrant en conflit avec l'émergence radiculaire gauche. S'agissant des sacro-iliaques, ni érosion, ni élargissement ni lésion n'a été mise en évidence. Selon un rapport du Dr B. \_\_\_\_\_ du 11 mai 2000, les lombo-sciatalgies gauches sur hernie discale L5-S1 avec conflit radiculaire S1 gauche sont post-traumatiques. Il en va de même de la récurrence d'une névralgie du trijumeau G, après déplacement matériel de décompression vasculaire posé en mai 1996. Il s'agit de complications post-traumatiques mises en évidence à la suite d'une évolution stationnaire de la symptomatologie. Le rapport du 22 mai 2000 du Dr F. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, met en évidence un syndrome lombovertébral prononcé, associé à un déficit sensitif dans le dermatome S1 G, le long duquel irradie une lombo-sciatalgie incapacitante depuis l'accident du 10 janvier 2000. Ce tableau clinique est en très bonne corrélation avec un conflit disco-radiculaire S1 G démontré par CT-scan le 12 mai 2000, l'herniation discale occasionnant cette irritation radiculaire étant sans doute de nature traumatique au vu du contexte. Z. \_\_\_\_\_ a été hospitalisée à l'hôpital intercantonal de la Broye au service de réadaptation du 30 mai au 7 juin 2000. Le rapport du Dr R. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et en rhumatologie, et des Dresses [...] et [...], relève au status d'entrée un syndrome lombovertébral modéré et un syndrome radiculaire S1 G irritatif et déficitaire sensitif. Le traitement conservateur (épreuve de lit strict puis mobilisation) a échoué. Z. \_\_\_\_\_ a été examinée le 16 juin 2000 à l'hôpital cantonal de Fribourg par le Dr A. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurochirurgie. L'examen montre un syndrome vertébral modéré, une hypoesthésie dans le territoire S1 gauche, sans déficit moteur. Z. \_\_\_\_\_ a été opérée le 19 juin 2000 par le Dr A. \_\_\_\_\_. Celui-ci a découvert avec surprise lors de l'opération qu'il ne s'agissait pas d'une hernie discale, mais d'un kyste sacro-méningé de la racine S2 gauche. L'intervention a consisté en une hémilaminectomie S1 gauche avec exérèse partielle de ce kyste qui était entouré d'un peu de graisse inflammatoire et refoulait

nettement la racine S1. Le Dr A. \_\_\_\_\_ explique les douleurs après l'accident en supposant que le mécanisme était une mise sous tension du kyste ou un gonflement important de ce dernier au moment de l'accident, peut-être par une manoeuvre de valsava. Les douleurs ont disparu au réveil. Le Prof. P. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurochirurgie, a été consulté par le médecin-conseil de la J. \_\_\_\_\_ sur la relation de causalité entre l'intervention chirurgicale le 19 juin 2000 et l'accident du 10 janvier 2000. Dans son avis du 18 décembre 2000, le praticien susmentionné, qui se fonde sur la description du Dr A. \_\_\_\_\_, évoque l'hypothèse d'un petit kyste arachnoïdien extra-duraI. A priori, il ne s'agit donc pas d'une lésion traumatique. Par contre, il semble bien établi que la symptomatologie est apparue immédiatement avec l'accident, peut-être effectivement en raison d'une augmentation du volume du kyste ou d'un déplacement par rapport à la racine. Il suffit parfois d'un changement minime pour qu'une situation préalablement asymptomatique soit décompensée. Le praticien en déduit qu'il y a intrication de lésion congénitale et d'événement accidentel. Après avoir été en incapacité totale de travailler depuis le 10 janvier 2000, Z. \_\_\_\_\_ a repris le travail en date du 23 octobre 2000. Elle a été à nouveau en incapacité totale de travail dès le 8 janvier 2002. Selon les certificats médicaux du Dr B. \_\_\_\_\_ des 10, 21 et 30 janvier 2002, l'incapacité de travail est due à la maladie. Z. \_\_\_\_\_ a été réexaminée le 14 décembre 2001 par le Dr A. \_\_\_\_\_ en raison de douleurs violentes dans la région inférieure de la cicatrice latéralisée à gauche qui irradie dans le haut de la fesse. A la palpation, la douleur est très superficielle. Le Dr [...] a l'impression qu'il s'agit essentiellement d'une douleur musculaire. La patiente, très motivée, a refusé un arrêt de travail et ne souhaite pas changer de métier. Un examen IRM cérébral a lieu le 12 janvier 2002 en raison d'une névralgie de la

### **E. 3**

Depuis 1985, la patiente présente une névralgie du trijumeau gauche. (...) Les névralgies ont disparu depuis (la thermocoagulation). Il persiste en revanche des troubles sensitifs dans le territoire du trijumeau à gauche qui correspond à une complication connue de thermocoagulation. Au vu de ces éléments, le lien de causalité entre l'accident du 10.01.00 et la névralgie du trijumeau m'apparaît exclu.

### **E. 4**

La patiente présente des troubles sensitivomoteurs de l'hémicorps gauche pour lesquelles elle a déjà été investiguée à plusieurs reprises dans le Service de neurologie du CHUV qui continue de la suivre. Le diagnostic de dégénérescence corticobasale a été évoqué. (...) Personnellement, je ne suis pas certain de ce diagnostic, principalement en raison de l'absence d'évolution : en effet, le tableau clinique ne s'est pas aggravé de façon significative par rapport aux examens précédents, notamment l'expertise de 2002, et aussi parce que certains traits cliniques, notamment la démarche de la patiente, ne sont pas caractéristiques d'une affection dégénérative. Lors de mon examen, j'ai par ailleurs découvert une importante diminution de l'acuité visuelle de l'oeil gauche qui ne constitue en aucun cas un symptôme d'une éventuelle dégénérescence corticobasale. (la poursuite des investigations a permis d'exclure une lésion des voies optiques.) Il est donc possible que la patiente souffre d'une affection dégénérative mais elle présente aussi des troubles fonctionnels évoquant une décompensation psychique. Vu qu'avant l'accident, elle n'avait pas de tels problèmes, le lien de causalité avec l'événement du 10 janvier 2000 est vraisemblable.

## **E. 5**

Hémisyndrome sensomoteur gauche d'étiologie obscure avec a. Brachialgies non spécifiques et affaiblissement de la force dans la main gauche, baisse de la force et de la sensibilité dans la moitié gauche du corps - Diagnostic différentiel dans le cadre de l'évaluation psychiatrique

## **E. 6**

Lien avec l'accident pour les troubles Cervicalgies : vraisemblable Lombosciatique : vraisemblable (version originale allemande : Lumboischialgie : Wenig wahrscheinlich Lumbospondylogenes Syndrom : Wahrscheinlich) Troubles de la mémoire et de la concentration : très vraisemblable (version originale allemande : wahrscheinlich) Handicap par hémisyndrome sensomoteur : possible (version originale allemande : Unklar)

## **E. 7**

Facteurs étrangers à l'accident a) Modifications dégénératives de la colonne vertébrale lombaire, kyste méningé S2 préexistant b) Env. 80 % dus à l'accident et 20 % de facteurs étrangers à l'accident.

## **E. 8**

Incapacité de travail post-traumatique A la suite d'une cervicalgie chronique modérée, mais aussi, et surtout, de douleurs lombovertébrales et lombospondylogènes, incapacité d'environ 20 % pour le poste original d'aide soignante hospitalière concernant les tâches légères, comme décrit au point "Capacité de travail" (voir plus haut). Incapacité de travail de 100 % depuis l'accident pour les tâches moyennement lourdes et lourdes. En raison des cervicalgies et lombalgies seules, une activité ménageant le dos avec la possibilité de changer de position serait possible à 80 % environ dès 2002. Le trouble neuropsychologique de gravité moyenne dans le cadre du MTBI se manifeste par des performances réduites au niveau de la mémoire épisodique, des fonctions exécutives et de l'attention. Par rapport à la profession d'origine, une réduction de la capacité de travail de 50 % peut être attestée.

## **E. 9**

a) La décision attaquée a mis un terme aux indemnités journalières au 22 octobre 2000 (fin de la période d'incapacité de travail initiale). b) L'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (art. 16 al. 1 LAA). Le droit naît le troisième jour qui suit celui de l'accident; il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA). Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique (art. 6, 1<sup>ère</sup> phrase, LPGA). Le degré de l'incapacité de travail doit être fixé sur la base de la profession exercée jusqu'alors, aussi longtemps qu'on ne peut raisonnablement exiger de l'assuré qu'il mette à profit sa capacité de travail résiduelle dans une autre branche professionnelle (obligation de diminuer le dommage; cf. ATF 129 V 460 c. 4.2; 114 V 281 c. 1d). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6, 2<sup>ème</sup> phrase, LPGA). Si une activité de substitution est exigible, un laps de temps suffisant compris entre trois et cinq mois doit alors être imparti à l'assuré pour lui permettre de retrouver un emploi adapté à son état de santé (SJ 2000 II p.

440 c. 2b). A l'issue de ce délai, le droit à l'indemnité journalière dépend de l'existence d'une perte de gain éventuelle imputable au risque assuré. Celle-ci se détermine par la différence entre le revenu qui pourrait être obtenu sans la survenance de l'éventualité assurée dans la profession exercée jusqu'ici et le revenu qui est obtenu ou pourrait raisonnablement être réalisé dans la nouvelle profession (ATF 114 V 281 c. 3c). La perte de gain chiffrée en pour cent donne ainsi le taux de l'incapacité de travail résiduelle (TF 8C\_861/2008 du 7 juillet 2009 c. 3). c) Si la recourante a repris entièrement son activité lucrative comme aide-soignante en date du 23 octobre 2000, elle a été à nouveau en incapacité totale de travail dès le 8 janvier 2002. Selon les certificats médicaux du Dr [...] des 10, 21 et 30 janvier 2002, l'incapacité de travail est due à la maladie. Selon les rapports médicaux du Dr [...] du 15 mars 2002 et du Dr [...] du 17 avril 2002, le seul diagnostic subsistant est la névralgie du trijumeau, soit une atteinte à la santé sans lien de causalité avec l'accident assuré. Cette névralgie a été traitée par thermocoagulation le 5 mai 2002, ensuite de quoi les douleurs névralgiques ont disparu. Ce n'est qu'à partir de mai 2002 qu'une recrudescence des lombalgies est attestée, même si l'expertise du Dr [...] relève qu'après une nette régression suite à l'opération de juin 2000 les lombo-sciatalgies " vont néanmoins persister au port de charges et à l'activité physique lourde de telle sorte (que l'assurée) finira par interrompre son activité professionnelle en janvier 2002, cette dernière entraînant régulièrement une aggravation des douleurs malgré un traitement d'AINS (= anti-inflammatoires) et de physiothérapie ". Selon l'expertise du Dr [...] de novembre 2002, l'incapacité de travail est entière et vraisemblablement définitive dans la fonction d'aide-soignante étant donné l'engagement physique lourd que comporte une telle activité. Quant à l'expertise judiciaire, elle a reconnu à la recourante une incapacité de travail de 100 % pour les tâches moyennement lourdes et lourdes en raison des cervicalgies et des lombalgies, plus précisément du syndrome douloureux lombospondylogène : " D'un point de vue somatique rhumatologique et interniste, il existe une restriction de la capacité de travail inhérente au syndrome douloureux lombospondylogène. Une activité légère avec port de charge jusqu'à 7 kg non répétitive plus de quatre fois par heure est possible à 80 %. La réduction de 20 % résulte du rythme de travail réduit et du besoin accru de faire des pauses. Il faut également veiller à une variation de la position (debout, marcher, assis), éventuellement à l'aide d'un pupitre à station debout. Les positions forcées de l'ensemble de la colonne vertébrale doivent être évitées, en particulier la réclinaison et l'inclinaison. ". L'appréciation différente de la capacité de travail de la recourante par le CMD — appréciation sur laquelle la décision attaquée s'est fondée — n'est pas déterminante, car elle repose sur la négation de tout rapport de causalité entre l'accident et les troubles lombaires en 2004. Comme l'incapacité totale de travail pour les tâches moyennement lourdes et lourdes est liée à des troubles qui sont dans un rapport de causalité avec l'accident assuré (syndrome douloureux spondylogène, lombosciatiques et cervicalgies), elle ouvre à nouveau le droit à des prestations de l'assurance-accident. C'est donc à tort que la décision attaquée a nié tout droit à des indemnités journalières de l'assurance-accident pour l'incapacité de travail due aux troubles lombaires après l'opération du trijumeau le 5 mai 2002.

## **E. 10**

Selon l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les

traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). En l'espèce, les seules restrictions de la capacité de travail de la recourante dans son ancienne profession d'aide-soignante qui sont dans un lien de causalité avec l'accident du 10 janvier 2000 sont l'exclusion des tâches moyennement lourdes et lourdes, la limitation à une activité légère avec port de charge jusqu'à 7 kg, non répétitive, plus de quatre fois par heure et la limitation à un taux d'activité de 60 %. Il appartiendra à l'autorité intimée d'examiner les conséquences de ces limitations sur la capacité de gain de la recourante, qu'il s'agisse d'une activité adaptée dans sa profession d'aide-soignante — si cela est raisonnablement exigible — ou dans une autre profession, puis de statuer sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-accident. La J. \_\_\_\_\_ se prononcera également sur la date de naissance d'un éventuel droit à une rente.

#### **E. 11**

a) Aux termes de l'art. 24 al. 1 LAA, si, par suite de l'accident, l'assuré souffre d'une atteinte durable et importante à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. Celle-ci est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité (cf. art. 25 al. 1 LAA). L'annexe 3 à l'OLAA comporte un barème des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent. Ce barème — reconnu conforme à la loi — ne constitue pas une énumération exhaustive (ATF 124 V 29 c. 1b). Pour les atteintes qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il y a lieu d'appliquer le barème par analogie, en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 de l'annexe) b) La décision attaquée n'a accordé à la recourante aucune indemnité pour atteinte à l'intégrité. Selon l'expertise judiciaire, la recourante aurait droit à une indemnité de 0 à 5 % pour les cervicalgies chroniques, de 10 à 20 % pour le syndrome lombospondylogène chronique, de 10 % pour l'état de stress post-traumatique et la réaction dépressive persistante et enfin d'un taux non déterminable pour le trouble neurologique fonctionnel. Comme seules les cervicalgies et le syndrome lombospondylogène sont dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'accident du 10 janvier 2000, il découle de l'expertise judiciaire que le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité doit se situer entre 10 et 25 %. Dans la mesure où il appartiendra à l'autorité intimée de rendre une nouvelle décision sur le fond, il convient de lui laisser le soin de déterminer le taux adéquat de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité dans ces limites.

#### **E. 12**

Il découle de ce qui précède que le recours doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'autorité intimée pour qu'elle fixe le montant des indemnités journalières dues, qu'elle statue, pour l'incapacité de travail consécutive aux troubles lombaires dès mai 2002, sur le droit de la recourante à une rente, ainsi que sur le taux de l'atteinte à l'intégrité. Le présent jugement doit être rendu sans frais (art. 61 let. a LPGA). La recourante, qui obtient gain de cause avec le concours d'un mandataire autorisé, a droit à des dépens, dont le montant doit être déterminé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD). En l'espèce, il convient d'arrêter le montant des dépens à 2'500 fr. et de les mettre à la charge de la J. \_\_\_\_\_, qui succombe (art. 55 al. 2 LPA-VD).