

VD_FINDINFO Arrêt / 2009 / 274 vom 19. August 2009

VD Tribunal cantonal, 2009-08-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2009__274

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2009 / 274 du 19 août 2009

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2009 / 274 del 19 agosto 2009

Regeste

ACCIDENT NON PROFESSIONNEL, INDEMNITÉ JOURNALIÈRE, CAUSALITÉ ADÉQUATE, CAUSALITÉ NATURELLE, LIBRE APPRÉCIATION DES PREUVES | 16 LAA, 4 LPGA, 6 LPGA

Erwägungen

E. 1

Le présent recours tend à la réforme de la décision sur opposition rendue par l'intimée le 11 janvier 2008 en ce sens que celle-ci doit lui verser des indemnités à un taux de 25 % du 20 août au 19 octobre 2007. Interjeté le 14 février 2008, dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision entreprise, il est recevable à 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

A teneur de la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36), en vigueur dès le 1 er janvier 2009, les causes pendantes devant les autorités administratives et de justice administrative à l'entrée en vigueur de ladite loi, sont traitées selon cette dernière. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

E. 3

a) L'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (art. 16 al. 1 er LAA; loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981, RS 832.20). Le droit à l'indemnité journalière 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). Aux termes de l'article 6 LPGA, 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 sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. b) Selon l'article 6 alinéa 1 er LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA). La condition de l'atteinte dommageable concerne la santé physique,

mentale ou psychique; l'assuré a besoin au moins d'une mesure diagnostique, le plus souvent d'un traitement médical, ou il subit une incapacité de travail (Greber/Kahil-Wolff, Introduction au droit suisse de la sécurité sociale, 3^{ème} édition, Genève 2006, n. 336, p. 130; Ghélew/Ramelet/Ritter, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents, Lausanne 1992, p. 44). c) Le droit à des prestations découlant d'un événement assuré suppose d'abord un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie 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, 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. 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 du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves en assurances sociales. 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 177 consid. 3.1, 119 V 335 consid. 1, 118 V 286 consid. 1b; RAMA 1997 U 275 p. 188, consid. 1b; cf. aussi Ghélew/Ramelet/Ritter, op. cit., pp. 51 ss; Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, Berne 1985, pp. 458 ss). Le droit à des prestations suppose en outre un rapport de causalité adéquate entre l'accident et l'incapacité de travail, question de droit qu'il appartient à l'administration et, en cas de recours, au juge de trancher. Selon la jurisprudence, la causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale 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 177 consid. 3.2, 113 V 307, consid. 3b et 321 consid. 2b, 112 V 30, consid. 1b, 109 V 150, consid. 3a, 107 V 173). Le juge des assurances sociales, doit, dans la mesure où la loi ne prescrit rien de contraire, fonder sa décision sur le degré de vraisemblance prépondérant - la simple possibilité ne suffit pas. Le juge doit privilégier l'état de fait qui lui paraît le plus vraisemblable de tous les états de fait possibles (ATF 113 V 307, consid. 3a). L'administration ou le juge (en cas de recours) décide de l'existence du lien de causalité en se fondant en tout premier lieu sur les données d'ordre médical qui résultent des investigations menées par des spécialistes au sujet de l'anamnèse, des constatations objectives, du diagnostic, des conséquences des lésions subies, des facteurs étrangers à l'accident, de l'état préexistant etc. En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle; l'assureur-accidents répond en effet aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286, consid. 3a; 117 V 359, consid. 5d/bb; RAMA 1991 U 121 p. 95, cité par Ghélew/Ramelet/Ritter, op. cit., p. 52 in initio; RAMA 1993 U 160 p. 34; Frésard, L'assurance-accidents obligatoire, in SBVR [Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht] n. 39).

E. 4

a) Le recourant reproche à l'intimée de n'avoir pas tenu compte de l'avis médical de son médecin traitant et de s'être fondée sur l'avis de son médecin-conseil, qui ne l'a pas examiné.

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est 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 351, consid. 3a, 122 V 157, consid. 1c et les références). L'appréciation de la situation médicale d'un assuré ne se résume pas à trancher, sur la base de critères formels, la question de savoir quel est parmi les rapports médicaux versés au dossier celui qui remplit au mieux les critères jurisprudentiels en matière de valeur probante. Si la provenance et la qualité formelle sont des facteurs permettant de pondérer la portée de différents rapports médicaux, seul leur contenu matériel permet de porter en définitive un jugement valable sur le droit litigieux. Un rapport médical ne saurait ainsi être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur. De même, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante; une expertise présentée par une partie peut ainsi également valoir comme moyen de preuve. Pour qu'un avis médical puisse être écarté, il est nécessaire qu'il existe des circonstances particulières qui permettent de justifier objectivement les doutes émis quant à l'impartialité ou au bien-fondé de l'évaluation (cf. ATF 125 V 351, consid. 3b). Ainsi, selon une jurisprudence constante, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; ainsi, il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un experts qu'à celles d'un médecin traitant (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc et les références; VSI 2001, p. 106, consid. 3b/bb et cc). Il convient cependant de relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur (TF 9C_773/2007, précité, consid. 5.2).

c) En l'espèce, l'intimée a fixé le terme du droit aux indemnités journalières au 16 juillet 2007, alors que, par deux nouveaux certificats médicaux des 30 juillet et 15 août 2007, le Dr B. _____, médecin traitant du recourant, a prolongé l'incapacité de travail de celui-ci, fixant celle-ci à 50 % du 20 juin 2007 au 19 août 2007, puis à 25 % du 20 août 2007 au 19 octobre 2007. Dans son appréciation médicale du 5 décembre 2007, si le médecin conseil de l'intimée se rallie au point de vue du médecin traitant du recourant, selon lequel même après une lésion sans fracture osseuse, une tuméfaction péri-malléolaire peut persister et qu'en cas de lésion osseuse adjointe et/ou de lésion articulaire, une tuméfaction peut durer encore plus longtemps, il fait valoir que cette

réaction en soi normale des tissus n'est pas liée à une réduction des possibilités de mise à contribution du pied, de sorte que la tuméfaction et la légère douleur en cas d'hyperextension du pied constatées le 15 août 2007 ne peuvent pas justifier une capacité de travail réduite dans une activité physiquement non contraignante. Ainsi, la prolongation de l'incapacité de travail partielle nouvellement attestée de 25 % du 20 août au 19 octobre n'est ni intelligible ni médicalement justifiée. Cela étant, il convient de déterminer si la prolongation de l'incapacité partielle de travail du recourant au-delà du 16 juillet 2007 est justifiée en tant que conséquence naturelle et adéquate de l'accident survenu le 12 mai 2006. A cet égard, on relève que l'accident dont a été victime le recourant a provoqué une fracture trimalléolaire de la cheville droite et nécessité une intervention chirurgicale en mai 2006. La persistance des douleurs et d'une tuméfaction a eu pour conséquence qu'il soit procédé à une seconde intervention chirurgicale le 22 mai 2007, destinée à enlever le matériel d'ostéosynthèse mis en place l'année précédente. Dans son rapport médical du 16 août 2007, le médecin traitant du recourant explique que le recourant a subi un important traumatisme et que, si l'évolution de son état est lente (œdème et douleurs persistants), elle doit être considérée comme normale en raison de l'irritation provoquée par le matériel d'ostéosynthèse. Enfin, dans son écriture du 16 mars 2009 par laquelle il se détermine sur les arguments du médecin conseil de l'intimée, le Dr B. _____ indique que si, sur le papier, son patient n'exerce pas une activité physique contraignante, dans les faits, il est obligé de procéder à plusieurs déplacements; il relève en outre que la position assise prolongée au bureau entraîne des difficultés de retour veineux, ce qui peut conditionner une enflure douloureuse au pied et que, dans la mesure où il a suivi son patient durant toute cette période, il estime être le mieux à même de connaître son status clinique exact et définir sa capacité de travail. Les arguments avancés par le Dr B. _____, spécialiste en orthopédie et traumatologie et médecin traitant du recourant, emportent la conviction de la cour par leur pertinence. La question de savoir si, dans un cas particulier, le traumatisme subi par un patient à la suite d'une fracture trimalléolaire et de la pose de matériel d'ostéosynthèse, peut conduire à une irritabilité de la zone opérée, à une importante tuméfaction et à des douleurs persistantes au-delà d'une période déterminée ne saurait en effet être résolue par une appréciation théorique. Il en va de même de la capacité de travail d'un tel patient, qui doit être évaluée en fonction de son status clinique mis en rapport avec la nature réelle de son activité professionnelle. Dans la mesure où l'appréciation du médecin conseil de l'intimée, dont on ne connaît au demeurant pas la spécialité, se fonde sur une vision théorique du status clinique et de l'activité professionnelle du recourant, qu'il n'a pas reçu en consultation, elle ne saurait résister aux motifs complets et convaincants développés par le médecin traitant du recourant pour justifier la prolongation de l'incapacité de travail partielle de celui-ci au-delà du 16 juillet 2007, soit, comme il l'a confirmé dans son écriture du 3 juillet 2009, à un taux 50 % jusqu'au 19 août 2007 puis à un taux de 25 % du 20 août au 19 octobre 2007.

E. 5

Selon l'art. 99 LPA-VD, les dispositions sur le recours administratif (art. 73 à 91 LPA-VD) sont applicables par analogie au recours au Tribunal cantonal. S'il est clair que le tribunal ne peut pas statuer sur des points qui sortent du cadre fixé par la décision attaquée (l'art. 79 al. 2 LPA-VD interdit ainsi au recourant de prendre des conclusions qui sortent du cadre fixé par la décision attaquée), l'art. 89 al. 1 LPA-VD prévoit que l'autorité n'est pas liée par les conclusions des parties. En l'espèce, quand bien même le recourant n'a réclamé le paiement d'indemnités journalières que depuis le 20 août 2007, à un taux de 25 %, dès lors que

l'intimée, par la décision attaquée, a refusé de lui verser des indemnités journalières dès le 16 juillet 2007, la cour de céans peut, dans le cadre de la réforme de cette décision (cf. art. 90 LPA-VD), allouer des indemnités journalières à 50 % du 17 juillet 2007 au 19 août 2007 puis, en admission des conclusions du recours proprement dites, à 25 % du 20 août 2007 au 19 octobre 2007.

E. 6

En définitive, le recours doit être admis et la décision entreprise réformée dans le sens du considérant précédent. Il n'est pas perçu de frais de justice. Bien qu'obtenant gain de cause, le recourant ayant agi sans l'assistance d'un mandataire professionnel, n'a pas droit à des dépens.

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