

# VD\_FINDINFO Arrêt / 2012 / 814 vom 7. Dezember 2012

VD Tribunal cantonal, 2012-12-07, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_\\_2012\\_\\_\\_814](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t___2012___814)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2012 / 814 du 7 décembre 2012

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2012 / 814 del 7 dicembre 2012

## Regeste

RECONSIDÉRATION, ORGANE DE RÉVISION, AGGRAVATION DE L'ATTEINTE À LA SANTÉ, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, ACCIDENT, TRANSACTION EXTRAJUDICIAIRE, DÉCISION EXÉCUTOIRE | 24 al. 1 LAA, 24 LAA, 25 al. 1 LAA, 25 LAA, 17 al. 1 LPGA, 17 LPGA, 23 al. 1 LPGA, 23 LPGA, 50 al. 1 LPGA, 50 LPGA, 53 al. 1 LPGA, 53 al. 2 LPGA, 53 al. 3 LPGA, 53 LPGA, 36 al. 4 OLAA

## Erwägungen

### E. 6

juin 2005 ("echte Noven").

### E. 7

Bien que la transaction conclue entre les parties ait valablement exclu le droit à la rente en cas d'aggravation de l'atteinte (cf. supra, consid. 4), on examinera par souci d'exhaustivité si l'atteinte à la santé résultant de l'accident du 1<sup>er</sup> juillet 2002 s'est aggravée dans une mesure telle qu'elle justifie la révision de la décision du 6 juin 2005. a) En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas d'amélioration ou d'aggravation notable de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545, 130 V 349 consid. 3.5 et 113 V 275 consid. 1a). Sous cet angle, une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'est pas déterminante (TFA I 491/2003 du 20 novembre 2003, consid. 2.2 in fine; RCC 1987 p. 36; Müller, Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevison in der Invalidenversicherung, thèse Fribourg, 2003, ch. 490 p. 135). Le point de savoir si un changement important s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2, 125 V 369 consid. 2 et la référence; TFA I 90/2005 du 8 juin 2006, consid. 2.2). De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (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 bien 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 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a et la référence citée). Ce dernier constat a été précisé par le Tribunal fédéral, lequel a relevé en substance que 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 (TF 9C\_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 5.2). b) A titre liminaire, on relèvera que l'intimée ne conteste pas que l'état de santé de l'assuré se soit temporairement aggravé à compter du mois de janvier 2007, date dès laquelle elle a en effet versé des indemnités journalières fondées sur une incapacité de travail de 100%. Elle a cessé le versement des indemnités dès le 1<sup>er</sup> mai 2010 suite à l'examen médical pratiqué par le médecin d'arrondissement le 3 février 2010 qui retenait à cette date le statu quo voire une légère amélioration de l'atteinte en comparaison avec celle préexistant en 2005 (cf. rapport médical du Dr T. \_\_\_\_\_ du 3 février 2010). Sur le plan médical, le recourant a subi entre 2005 et 2010 deux interventions chirurgicales relatives aux séquelles de l'accident précité. La première en mars 2007 a consisté en une thoracotomie gauche avec détachement du diaphragme gauche suivie d'une vertébroectomie L1 et d'une ablation totale des disques intervertébraux en D12/L1 et L1-L2, d'un réalignement de la colonne vertébrale avec correction de la cyphose angulaire, de la stabilisation de la colonne vertébrale par la mise en place d'une cage à expansion (type Synex) entre D12 et L1, de la stabilisation antérieure par plaques vissées (type Téléfix) D12-L2, ainsi que d'une greffe osseuse autologue pour garantir la stabilité antérieure du rachis. Le Dr K. \_\_\_\_\_ qui a pratiqué cette intervention a fait état d'une évolution favorable avec une diminution progressive de la symptomatologie vertébrale localisée à l'origine à la jonction dorsolombaire (cf. son rapport médical du 17 décembre 2007). Cette évolution favorable a également été constatée au mois d'août 2007 par le Dr C. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réhabilitation, spécialiste de la colonne vertébrale, qui retenait un meilleur contrôle de la composante douloureuse axiale (cf. son rapport médical du 30 août 2007). Le médecin d'arrondissement a pour sa part examiné le recourant les 16 juin 2009 et 3 février 2010. Il a constaté un tableau clinique largement semblable à celui qu'il avait établi lors de son examen du 6 avril 2005, à l'exception de la très nette cyphose qui avait été largement corrigée par l'intervention du 6 mars 2007. S'appuyant sur les constatations de l'ensemble de ces spécialistes, le Dr Q. \_\_\_\_\_ en a conclu que le site de la fracture initiale ne constituait plus une source de douleurs comme précédemment puisque la déformation vertébrale avait été largement corrigée par le biais d'une intervention chirurgicale en 2007 et que la mobilité anormale et douloureuse des deux segments intervertébraux adjacents à la fracture avait été éliminée. Il n'y a pas lieu de mettre en doute les conclusions du Dr S. \_\_\_\_\_, confirmées par les examens cliniques du médecin d'arrondissement et par les rapports concordants des médecins-traitants, qui attestent tous une évolution favorable suite à l'intervention du 6 mars 2007. Postérieurement à l'intervention du 6 mars 2007, le recourant a fait état de douleurs localisées au niveau lombaire inférieur suivant le pli de l'aîne d'une part, et le versant externe de la cuisse gauche d'autre part. Le Dr C. \_\_\_\_\_, qui a examiné le recourant au mois d'août 2007, a décrit des douleurs provoquées à la suite d'une stimulation d'origine non traumatique (allodynie). Dans son rapport du 17 décembre 2007, le Dr K. \_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de radiculopathie douloureuse suivant probablement la racine D12 du côté gauche. Le recourant a dans un premier temps été traité par des infiltrations pratiquées par le Dr V. \_\_\_\_\_. Dans son rapport du 14 avril 2008, ce médecin a posé quant à lui le diagnostic de probable pathologie touchant la racine L1 dans

sa partie distale, extraforaminale à l'origine de ces douleurs. Le recourant a subi une deuxième intervention pratiquée par le Dr K. \_\_\_\_\_ en mai 2008 qui a consisté en une foraminotomie décompressive de L1 et D12. Dans son rapport du 26 septembre 2011, le Dr S. \_\_\_\_\_ a expliqué que cette intervention avait permis de libérer complètement la racine L1 au niveau de son trou de conjugaison et d'élargir le trou de conjugaison de la racine D12. Dans son rapport du 28 septembre 2008, le Dr K. \_\_\_\_\_ a rendu compte d'une amélioration favorable de la radiculopathie suite à l'intervention de mai 2008. Il a confirmé cette évolution favorable dans ses rapports de février et novembre 2009. Or, dans son rapport du 6 décembre 2010, le médecin-traitant considère en dépit de ces éléments que l'état de santé de l'assuré s'est péjoré entre 2005 et 2009. Son appréciation est essentiellement fondée sur une comparaison entre les plaintes émises par le recourant en 2009 et celles consignées dans les rapports médicaux datant de 2004 et 2005. Il ne fait cependant pas état d'élément médical objectif qui expliquerait l'aggravation de la symptomatologie du recourant. Bien au contraire puisque les deux interventions qu'il a pratiquées en 2007 et 2008 et dont il a attesté à plusieurs reprises l'évolution favorable ont permis d'améliorer l'atteinte à la santé résultant de l'accident du 1<sup>er</sup> juillet 2002 (cf. rapports médicaux du Dr T. \_\_\_\_\_ des 16 juin 2009 et 3 février 2010 et du Dr S. \_\_\_\_\_ du 26 septembre 2011). Le Dr K. \_\_\_\_\_ a également rendu compte de douleurs situées au niveau de la paroi abdominale antérieure gauche. Selon son rapport médical du 27 novembre 2009, le recourant a été opéré d'un carcinome prostatique ayant nécessité l'ablation radicale de la prostate durant l'été 2009. Cette intervention a entraîné des douleurs assez importantes au niveau de la paroi abdominale antérieure gauche qu'il attribuait alors à un probable lâchage partiel de la cicatrice de la laparotomie et non à l'accident de 2002. A cet égard, le médecin d'arrondissement n'a fait que reprendre l'avis exprimé alors par le médecin-traitant (cf. rapport médical du Dr T. \_\_\_\_\_ du 3 février 2010). Le Dr S. \_\_\_\_\_ a posé un diagnostic identique (cf. rapport médical du 26 septembre 2011). Or, dans son rapport du 6 décembre 2010, le Dr K. \_\_\_\_\_ a modifié son appréciation en attribuant dorénavant ces douleurs à l'ancienne fracture de L1 en se référant au rapport du Dr V. \_\_\_\_\_ du 24 avril 2008. Son nouvel avis ne convainc toutefois pas. En effet, en novembre 2009, lorsqu'il a exclu que ces douleurs aient été causées par l'accident du 1<sup>er</sup> juillet 2002, le Dr K. \_\_\_\_\_ avait déjà pris connaissance du rapport médical du Dr V. \_\_\_\_\_ d'avril 2008 de sorte que l'on peine à comprendre les raisons qui l'ont conduit à modifier son appréciation. Ce d'autant plus qu'il évoquait des douleurs apparues postérieurement à l'ablation de la prostate en été 2009, soit à une symptomatologie qui n'était pas présente lors de l'examen du Dr V. \_\_\_\_\_ d'avril 2008. Pour ces raisons, on ne saurait suivre l'avis exprimé par le Dr K. \_\_\_\_\_ selon lequel les douleurs au niveau de la paroi abdominale antérieure gauche sont dues aux séquelles de l'accident du 1<sup>er</sup> juillet 2002. Il faut bien plutôt retenir à l'instar du Dr S. \_\_\_\_\_ que ces douleurs apparues après l'ablation de la prostate sont dues au lâchage partiel de la cicatrice de la laparotomie. Sous l'angle de la capacité de travail, le Dr K. \_\_\_\_\_ atteste dans son rapport du 6 décembre 2010 une capacité de travail nulle dans l'activité de ferblantier-couvreur et de 30 à 40% dans une activité adaptée. Comparée au taux retenu par les médecins de la CRR en 2004 qui faisaient alors état d'une capacité de travail de 50% dans l'activité de ferblantier, il estime que l'état de santé du recourant s'est aggravé. Les médecins de la CRR se sont toutefois prononcés sur la seule base de l'activité alors exercée par le recourant mais non dans une autre activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (cf. rapport du 28 octobre 2004 p. 3). Dans son rapport du 6 avril 2005, le médecin

d'arrondissement estimait pourtant que dans une activité nettement plus légère une capacité de travail entière restait envisageable. Cette question n'a cependant pas été investiguée plus en avant en raison de la transaction conclue entre le recourant et l'intimée qui se sont entendus pour reconnaître un degré d'invalidité de 60% dans l'activité habituelle. Il est vrai qu'il subsiste un désaccord entre le médecin de la CNA qui retenait en 2005 une capacité entière dans une activité légère adaptée et le Dr K. \_\_\_\_\_ qui estime qu'en 2009 elle est de 30 à 40% dans une activité sédentaire. On peut s'interroger sur la pertinence de la comparaison de la capacité de travail de l'assuré entre 2005, époque à laquelle le recourant était encore actif et 2009, année durant laquelle il a atteint l'âge légal de la retraite. En tout état de cause, le Dr K. \_\_\_\_\_ ne fait nullement état de limitations fonctionnelles différentes ou supérieures à celles mentionnées par le Dr T. \_\_\_\_\_ en 2005 lorsqu'il a retenu une capacité de travail résiduelle entière dans une activité adaptée de sorte que l'on s'en tiendra à cet égard à l'appréciation du médecin d'arrondissement. Le recourant reproche encore au Dr S. \_\_\_\_\_ d'avoir retenu l'appréciation médicale du médecin d'arrondissement au détriment de celle de son médecin-traitant. Il affirme que le Dr K. \_\_\_\_\_ le suit depuis 2004 et qu'il est dès lors mieux placé pour témoigner de l'évolution de l'atteinte à sa santé. Or, il ressort clairement du dossier médical que le Dr K. \_\_\_\_\_ n'a rencontré l'intéressé qu'à une seule reprise au cours de l'année 2004 lors du consilium qui s'est déroulé avec le médecin-traitant J. \_\_\_\_\_ et le Dr [...] et alors que son état de santé n'était pas stabilisé. Dans son rapport du 12 octobre 2010 adressé à l'Office AI, le Dr K. \_\_\_\_\_ a confirmé qu'il suivait le recourant depuis février 2007. On ne peut dès lors pas reprocher au Dr S. \_\_\_\_\_ d'avoir retenu que le médecin d'arrondissement qui a examiné le recourant en avril 2005 et juin 2009/février 2010 était le mieux à même pour comparer l'évolution de l'atteinte du recourant entre ces dates. Au vu de ces éléments, il faut donc considérer que la situation médicale du recourant a été clairement établie par les rapports du médecin d'arrondissement des 16 juin 2009 et 3 février 2010 et du Dr S. \_\_\_\_\_ du 26 septembre 2011, et que le rapport médical du 6 décembre 2010 du médecin-traitant ne fait pas état d'éléments médicaux objectifs contredisant les conclusions de ces médecins, de sorte qu'il y a lieu de retenir que l'atteinte à la santé du recourant résultant de l'accident du 1<sup>er</sup> juillet 2002 n'a pas subi d'aggravation notable durable. Quant à la décision de l'Office AI du 10 août 2010 d'octroyer une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> juillet 2007, elle n'est pas déterminante dans la mesure où elle concerne uniquement la période de juillet 2007 à septembre 2009 (date de la suppression de la rente AI du fait de la retraite du recourant), période durant laquelle l'intimée a admis une aggravation temporaire de l'état de santé du recourant, pour laquelle elle a versé des indemnités journalières sur la base d'une incapacité de travail de 100%. c) Le recourant requiert la mise en oeuvre d'une expertise judiciaire. Dans la mesure où le dossier est bien documenté et qu'il n'existe pas de doutes sérieux quant à une éventuelle péjoration de l'état de santé du recourant, il n'y a pas lieu de donner suite à cette requête (appréciation anticipée des preuves; Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, 1999 p. 212, n° 450; ATF 130 II 425 consid. 2.1, 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence).

## **E. 8**

Reste à examiner le droit du recourant à une révision du taux de l'IPAI fixé par décision du 6 juin 2005. a) Celui qui, par suite d'un accident assuré, souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité, sous forme de prestation en capital (art. 24 al. 1 et 25 al. 1 LAA).

L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre à une rente, lorsque le traitement médical est terminé (art. 24 al. 2 LAA). L'annexe 3 à l'OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202) comporte un barème des atteintes à l'intégrité en pour cent du montant maximum du gain assuré. Ce barème, reconnu conforme à la loi, ne constitue pas une énumération exhaustive (cf. ATF 124 V 29 consid. 1b, 209 consid. 4a/bb et les références). Il représente une «règle générale» (ch. 1 al. 1 de l'annexe). 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). A cette fin, la division médicale de la CNA a établi des tables complémentaires comportant des valeurs indicatives destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés. Ces tables, émanant de l'administration, ne constituent pas une source de droit et ne lient pas le juge, mais sont néanmoins compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (cf. ATF 124 V 29 consid. 1c, 209 consid. 4a/cc; ATF 116 V 156 consid. 3a). Selon l'art. 36 al. 1 OLAA, une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie. Elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave. L'alinéa 4 de cette disposition prévoit qu'il sera équitablement tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité. Une révision n'est possible qu'en cas exceptionnel, si l'aggravation est importante et n'était pas prévisible. Cette règle ne vise toutefois que les aggravations dont la survenance est vraisemblable et l'importance quantifiable (cf. RAMA 1998 n° U 320 p. 602 consid. 3b et la référence). b) Par souci d'économie de procédure, l'intimée a à juste titre traité la demande d'une IPAI complémentaire dans sa décision du 17 mai 2011. Le taux de l'IPAI a initialement été fixé à 17.5%. L'intimée s'est fondée sur l'appréciation du médecin d'arrondissement du 6 avril 2005 qui retenait en substance des « douleurs plus ou moins intenses, la nuit, et au repos, ne diminuant que lentement après aggravation, dans le cadre d'une fracture-tassement de L1 ayant consolidé avec une cyphose segmentaire de 20° ». Dans son rapport médical 3 février 2010, ce médecin a estimé que l'atteinte à la santé ne s'était pas aggravée voire qu'elle s'était légèrement améliorée suite aux interventions pratiquées par le Dr K. \_\_\_\_\_ en 2007 et 2008 ; il en a conclu qu'une IPAI complémentaire n'était pas due. Le recourant ne fait pas état d'élément objectif démontrant une éventuelle aggravation de l'atteinte à son intégrité physique depuis 2005 ; bien au contraire, il résulte des interventions de 2007 et 2008 une légère amélioration de son atteinte, notamment avec la correction de la cyphose. Pour le reste, il est renvoyé au considérant 7 précédent. Le recourant n'a donc pas droit à un montant supplémentaire à celui alloué par décision du 6 juin 2005 à titre d'IPAI.

## **E. 9**

a) En définitive, le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée. b) La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires ni d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et art. 55 LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]).