

VD_FINDINFO Arrêt / 2016 / 292 vom 2. Mai 2016

VD Tribunal cantonal, 2016-05-02, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2016__292

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2016 / 292 du 2 mai 2016

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2016 / 292 del 2 maggio 2016

Regeste

RENTE COMPLÉMENTAIRE{AA}, ACCIDENT, LIEN DE CAUSALITÉ, FORCE PROBANTE, ENQUÊTE MÉDICALE, APPRÉCIATION DES PREUVES, DÉCISION DE RENVOI | 10 LAA, 16 LAA, 18 LAA, 19 LAA, 6 LAA, 16 LPGA, 7 LPGA

Erwägungen

E. 2

mai 2016 _____ Composition : M. Dépraz , président Mmes Röthenbacher et Di Ferro Demierre, juges Greffière : Mme _____ Monod ***** Cause pendante entre : C. _____ , à [...], recourant, représenté par Me Philippe Zumsteg, avocat, à Neuchâtel et Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents , à Lucerne, intimée.
_____ Art.

E. 2.1

et les références citées). b) L'art. 16 al. 1 LAA indique que l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière. 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). c) En vertu de l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. A teneur de l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré, et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente. Si les conditions donnant droit à la rente sont remplies, le droit à l'indemnité journalière cesse, ce même si la rente d'invalidité n'est pas encore fixée. L'assureur-accidents est tenu d'octroyer une indemnité journalière aussi longtemps qu'il y a lieu d'attendre une amélioration notable de l'état de santé. Si une telle amélioration ne peut plus être envisagée – et pour autant que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité aient été menées à terme –, il doit clore le cas. Il lui incombe alors d'examiner les conditions du droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité, ainsi que de supprimer l'indemnité journalière qui, à l'instar du traitement médical, constitue une prestation provisoire (Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 3 ème éd., Bâle 2016, n° 222, p. 975). 5. Dans le domaine médical, l'administration et le juge doivent examiner de manière objective tous les moyens de preuves, quelle qu'en soit la provenance, avant de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, ils ne peuvent trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et

sans indiquer les raisons pour lesquelles ils se fondent sur une opinion médicale plutôt que sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b et 125 V 351 consid. 3a). L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme expertise, mais son contenu (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3a ; 122 V 157 consid. 1c). A cet égard, il importe 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 de 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, afin que les conclusions du rapport soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 ; 9C_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 2.1 ; 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Même en tenant compte de la jurisprudence rendue par la Cour européenne des droits de l'homme (CEDH), il n'existe pas, dans la procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales, de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4). Cela étant, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGa ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.4). A contrario, l'appréciation d'un médecin interne à l'assurance peut se voir conférer pleine valeur probante lorsque le rapport concerné apparaît concluant, exempt de contradictions et qu'il ne subsiste aucun indice susceptible de faire douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; TF I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1 in : SVR 2008 IV n° 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si des médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (TF 9C_158/2013 du 17 septembre 2013 consid. 2.2). 6. En l'occurrence, il convient de déterminer si les rapports médicaux versés au dossier permettent de se prononcer sur le lien de causalité litigieux entre l'accident du 18 novembre 2013 et les symptômes présentés au-delà du 1er février 2015, ainsi que sur la capacité de travail du recourant. Singulièrement, il s'agit de déterminer si un complément d'instruction, tel que requis par le recourant, éventuellement sous la forme d'une expertise conduite par un médecin

spécialiste externe à l'assurance, se justifie. a) Procédant à l'instruction du cas d'assurance, l'intimée a requis régulièrement des rapports de la Dresse G. _____, spécialiste en chirurgie ayant pris en charge le traitement du recourant dès l'accident du 18 novembre 2013. Cette dernière a notamment communiqué son appréciation de la capacité de travail de son patient aux termes du rapport médical du 2 septembre 2014, le considérant depuis lors comme apte à exercer une activité professionnelle à plein temps, sous réserve du respect des limitations fonctionnelles de sa main gauche. Elle a en outre envisagé que l'assuré ne recouvrerait peut-être pas entièrement la force de serrage et la mobilité de ce membre, tandis que sa capacité de travail demeurerait problématique, dans le sens où des emplois adaptés restaient à son avis à déterminer (cf. rapport de la Dresse G. _____ du 12 février 2015). Cela étant, la CNA a basé sa décision du 19 janvier 2015, respectivement sa décision sur opposition du 18 mai 2015, exclusivement sur les appréciations communiquées par son médecin d'arrondissement, le Dr J. _____, en date des 3 décembre 2014 et 10 mars 2015. Selon ce spécialiste, le recourant aurait recouvré une pleine capacité de travail dès le 1^{er} février 2015, ce qui revient à considérer qu'à compter de cette date, le lien de causalité entre l'événement du 18 novembre 2013 et les symptômes persistants, allégués par l'assuré à sa main gauche, serait rompu. Le Dr J. _____ a néanmoins estimé dans un premier temps que l'assuré allait être en mesure de « trouver un emploi qui lui convienne ». Cette remarque laissait clairement sous-entendre l'exercice d'une activité adaptée à l'état de santé, après que le Dr J. _____ eut constaté un manque de force dans l'usage de la main gauche, relevant un « Jamar [de] 30 par rapport à 44 à droite » et une « force de serrage modérément réduite » auprès d'un assuré droitier (cf. rapport d'examen du Dr J. _____ du 13 mai 2014). A l'occasion de son examen final du 3 décembre 2014, en dépit d'observations cliniques quasiment identiques à celles énoncées ci-dessus, soit « une progression de la mobilité des IP », mais une « force de serrage de la main gauche modérément réduite (Jamar [de] 32 par rapport à 48) », le Dr J. _____ a dans un second temps conclu à une capacité de travail entière dans toutes activités, y inclus dans l'activité habituelle de manutentionnaire fumiste. Il ne s'est pas expliqué sur les motifs précis le conduisant à modifier son appréciation de ladite capacité en comparaison de celle communiquée le 13 mai 2014. Il n'a pas davantage exposé en quoi ses conclusions seraient compatibles avec les renseignements fournis par l'employeur de l'assuré eu égard aux exigences de l'activité exercée avant l'accident. Il est en effet rappelé que M. _____ de l'entreprise B. _____ a mis en évidence l'impérieuse nécessité de disposer de force dans les deux mains pour exercer la profession de fumiste, laquelle comprend la manutention quotidienne d'objets lourds (cf. procès-verbal d'entretien du 10 mars 2014). Ainsi, quoi qu'en dise l'intimée, les avis médicaux à disposition, en particulier ceux de son médecin d'arrondissement, ne sont pas exempts de contradictions s'agissant de la capacité de travail effective du recourant dans son activité habituelle. On ajoutera que les rapports d'examen rédigés par le Dr J. _____ sont par trop succincts pour se voir accorder pleine valeur probante au sens requis par la jurisprudence fédérale rappelée supra sous considérant 5. Ces documents contiennent certes les éléments pertinents d'anamnèse en exposant les plaintes de l'assuré ; cependant, on ne voit pas que le médecin d'arrondissement ait procédé à des investigations particulièrement fouillées de la situation du recourant, tels par exemple que des compléments radiologiques, pour vérifier la congruence entre les plaintes alléguées et les constats objectifs. Au demeurant, on ne voit pas que l'appréciation du Dr J. _____ soit suffisante pour écarter l'avis formulé par la Dresse G. _____. Dans ce contexte, le dossier constitué par l'OAI, singulièrement le rapport du SMR du

E. 6

LPGA ; art. 6, 16, 18 et 19 LAA. En fait : A. C. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant portugais né en 1967, sans formation professionnelle, est entré en Suisse pour y exercer une activité lucrative. Il a été engagé dès le 1^{er} juillet 2013 par contrat de durée indéterminée par H. _____ SA en qualité de collaborateur temporaire. Il a débuté une mission à cette même date auprès de l'entreprise B. _____, sise à [...], au titre de manutentionnaire fumiste à plein temps. Il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée). B. En date du 18 novembre 2013, l'assuré a été victime d'un accident sur son lieu de travail et s'est blessé à la main gauche en recevant une brique sur celle-ci lors de la pose de tubes métalliques, ce qui a occasionné une fracture du médius et la section des tendons. Pris en charge au sein de la Clinique D. _____, il a fait l'objet d'une intervention chirurgicale réalisée par la Dresse G. _____, spécialiste en chirurgie, en vue de réduire la fracture du doigt, poser deux broches et suturer les tendons sectionnés. Par dépôt d'une déclaration de sinistre, complétée le 20 novembre 2013 par l'employeur de l'assuré, le cas a été annoncé à la CNA qui a confirmé l'allocation de ses prestations pour les conséquences financières de l'accident par communication du 10 décembre 2013. A la demande de la CNA, la Dresse G. _____ a fait parvenir un rapport médical le 13 décembre 2013, mentionnant le diagnostic d'une « plaie hémicirculaire du médius gauche au niveau de la deuxième phalange », accompagnée d'une « fracture intra-articulaire » et de la « section complète des tendons extenseur [et] fléchisseur, [ainsi que du] pédicule neuro-vasculaire radial ». Une incapacité de travail de 100%, prononcée dès le jour de l'accident, devait être envisagée pour une durée de huit à douze semaines. L'assuré poursuivait des séances d'ergothérapie. Un collaborateur de la CNA s'est entretenu avec M. _____, patron de l'entreprise B. _____ le 10 mars 2014, consignait les propos échangés notamment en ces termes : « [...] Lors de [l']accident, notre assuré posait des tubes en métal dans le conduit d'une cheminée avec M. _____. Ces tubes dont le métal est de 0.5 mm d'épaisseur sont très coupants. Un morceau de brique de la taille d'une pomme est tombé dans le conduit de la cheminée sur la main gauche de C. _____. Il portait des gants de protection qui ont diminué le dégât produit sur la main gauche. [...] C. _____ travaillait dans le domaine de la logistique avant de venir en Suisse. Il ne pratiquait pas le travail de fumiste [...]. C'est un travail lourd où il faut monter sur des toits. Il faut monter des tuyaux et des appareils de chauffage en utilisant des escaliers. Il faut avoir de la force dans les mains car les manutentions se font souvent à deux et il ne faut pas qu'un collaborateur lâche les tuyaux en cours de montage. Dans ce travail, il faut utiliser parfois un marteau piqueur pour préparer le passage des tuyaux et faire de la maçonnerie après l'installation des tuyaux. Un élément de tuyau peut peser 15 kg. [...] M. _____ aura besoin d'un collaborateur placé par une entreprise de travail temporaire dès avril 2014 et jusqu'en octobre 2014. Il prendrait bien C. _____ si celui-ci a retrouvé toute sa force dans les mains. Le travail se fait à 90% sur les chantiers. [...] » L'assuré a formulé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) en date du 31 mars 2014. Il a par ailleurs été examiné par le médecin d'arrondissement de la CNA, le Dr J. _____, spécialiste en chirurgie, en date du 13 mai 2014, dont le rapport du même jour fait état des éléments suivants : « [...] Actuellement, le patient [...] dit qu'il a encore de légères douleurs à l'effort. Il n'a pas retrouvé une mobilité complète de son doigt. Il manque de force. Il a aussi des dysesthésies sur le versant radial de ce doigt. Lors de l'examen clinique,

le patient se sert tout à fait normalement de sa main G [réd. : gauche]. Objectivement, le médius G, qui est un peu épaissi sur le versant radial de l'IPP [réd. : articulation inter-phalangienne proximale] est légèrement dystrophique en amont de cette articulation. La mobilité des IP [réd. : articulations inter-phalangiennes] est encore limitée. La force de serrage de la main G n'est que modérément réduite compte tenu qu'il s'agit de la main adominante. Il y a un signe de Tinel en regard de l'IPD [réd. : articulation inter-phalangienne radiale] du côté radial. [...] En ce qui concerne la capacité de travail, le patient, qui semble disposer de bonnes ressources intellectuelles, devrait pouvoir trouver un emploi qui lui convienne. [...] A la liquidation du cas, une indemnité pour atteinte à l'intégrité devra probablement lui être allouée. » Au terme d'un rapport de consultation du 2 septembre 2014, la Dresse G._____ a préconisé une reprise du travail à 100% dans une activité adaptée à l'état de santé de son patient dès le 3 septembre 2014. En date du 3 décembre 2014, le Dr J._____ de la CNA a procédé à l'examen final de l'assuré et rédigé le rapport correspondant. Il a fait état de son appréciation comme suit : « [...] Objectivement, le médius G, qui reste un peu épaissi en regard de l'IPP, est aminci en aval de cette articulation, mais il a globalement une trophicité tout à fait convenable. La mobilité des IP a progressé. La force de serrage de la main G reste modérément réduite. Il y a toujours un signe de Tinel en regard de l'IPD du côté radial mais il est moins net. Le traitement touche manifestement à sa fin. Le doigt va encore se renforcer et on s'achemine vers une guérison sans séquelles importantes. Pour ma part, je reconnais une pleine capacité de travail à ce patient dès le 01.02.2015. Si on se réfère à la table 3 du barème de l'indemnisation des atteintes à l'intégrité [...] un taux de 5% peut être retenu [...]. » La CNA a établi une décision le 19 janvier 2015, versant à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5%, soit 6'300 francs. Elle a par ailleurs mis fin au paiement des indemnités journalières et nié son droit à une rente de l'assurance-accidents à compter du 1 er février 2015, compte tenu de la pleine capacité de travail reconnue par le médecin d'arrondissement dès cette date. C. L'assuré, représenté par Me Tania Ferreira, s'est opposé à la décision du 19 janvier 2015 par acte du 19 février 2015, concluant à son annulation, à la mise en œuvre d'une expertise médicale et au paiement des indemnités journalières au-delà du 1 er février 2015 en raison de la poursuite de son traitement médical. Il s'est étonné de ce que le Dr J._____ avait pris note des séquelles de sa main gauche, sans toutefois déterminer les limitations fonctionnelles correspondantes. Il a fait valoir ne plus être en mesure d'exercer sa précédente activité professionnelle faute de mobilité et de force dans l'usage du membre accidenté. Compte tenu de ces problèmes, une expertise médicale indépendante s'imposait pour énoncer précisément ses restrictions fonctionnelles, ainsi que la nature d'une activité éventuellement adaptée à son état de santé. Celui-ci n'était d'ailleurs pas stabilisé et le traitement pas terminé, puisque la Dresse G._____ avait imposé de nouvelles séances d'ergothérapie. A l'appui de ses arguments, l'assuré a produit le rapport de cette praticienne du 12 février 2015 où celle-ci mentionnait une consultation en raison d'une « irritation aiguë du nerf lésé ». Elle réitérait en outre que son patient était doté d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée, soit « sans force ou saisie d'objets fins ou en force ». L'assuré a adressé subséquemment un certificat médical daté du

E. 11

février 2015, émanant de son médecin généraliste traitant, le Dr K._____, lequel s'était intégralement référé à l'appréciation de la capacité de travail communiquée par le Dr J._____ de la CNA. Sollicité pour avis complémentaire, ce dernier s'est déterminé notamment comme suit le 10 mars 2015 : « [...] Le 12.02.2015, le patient est retourné au

Centre hospitalier F. _____ se plaignant d'une recrudescence (?) des douleurs et quelques séances d'ergothérapie ont été prescrites mais rien de nouveau n'a été constaté. On n'a même pas jugé nécessaire de revoir le patient. Une pleine capacité de travail a été confirmée mais dans une activité adaptée. Une aggravation n'est donc pas démontrée. Il s'agit tout au plus d'un regard un peu différent porté sur la même situation. Pour ma part, en ce qui concerne la capacité de travail, j'en reste à mes conclusions du 03.12.2014. Par ailleurs, les séquelles étant finalement minimales, on peut se demander si ce médius, qui a un aspect pratiquement normal et une bonne mobilité, peut vraiment être comparé à un doigt amputé de deux dernières phalanges, partant si l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5% est vraiment justifié. » La CNA a rendu sa décision sur opposition le 18 mai 2015, par laquelle elle a rejeté l'opposition de l'assuré et maintenu sa décision du 19 janvier 2015. Se fondant sur les appréciations de son médecin d'arrondissement et le rapport médical de la Dresse G. _____ du Centre hospitalier F. _____ du 12 février 2015, elle a considéré que l'état de santé de l'assuré devait être qualifié de stabilisé. Ce dernier était en effet invité par la Dresse G. _____ à poursuivre « seul la désensibilisation » de sa main gauche, sans avoir été convoqué à une nouvelle consultation. Partant, il n'y avait aucune proposition thérapeutique spécifique. Quant au droit à la rente, il avait été nié à bon droit, l'assuré étant doté au plus tard dès le 1^{er} février 2015 d'une capacité de travail entière, alors que sa main gauche – qui n'était pas son membre supérieur dominant – n'allait présenter aucune séquelle importante des suites de l'accident du 18 novembre 2013. D. L'assuré, avec l'assistance de sa mandataire, a déféré la décision sur opposition du 18 mai 2015 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte de recours du 18 juin 2015, concluant à son annulation et à la poursuite du versement d'indemnités journalières à 100% au-delà du 1^{er} février 2015. Il a requis à titre principal le renvoi de la cause à la CNA pour mise en œuvre d'une expertise médicale indépendante destinée à déterminer « ses limitations physiques et son incapacité de travail actuelle » et, à titre subsidiaire, l'organisation d'une telle expertise par l'autorité judiciaire à cette même fin. Mettant en exergue les contradictions demeurant à son avis dans le dossier de l'intimée, il s'est en particulier prévalu des rapports de la Dresse G. _____. Celle-ci avait mentionné la persistance des douleurs et les restrictions de la mobilité de sa main gauche, ainsi que préconisé l'exercice d'une activité respectant ces limitations. Il a relevé que le Dr J. _____ lui-même avait fait état de ces difficultés, s'étonnant que ce spécialiste n'eût pas investigué son cas plus avant afin d'en déterminer précisément les conséquences. Le recourant a par ailleurs rappelé avoir été mis au bénéfice d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité, ce qui constituait une indication de la gravité de son atteinte à la santé. Soulignant se trouver dans l'incapacité totale de reprendre son ancienne activité lucrative, il a considéré que la décision de l'intimée s'avérait prématurée dans la mesure où seule une instruction médicale complémentaire permettrait de fixer le taux de capacité de travail exigible de sa part et ses limitations fonctionnelles. La CNA a produit sa réponse au recours en date du 28 juillet 2015, concluant à son rejet. Elle a rappelé la jurisprudence fédérale rendue en lien avec la force probante des pièces médicales pour exposer qu'à son sens, les avis communiqués par le Dr J. _____ remplissaient les exigences corrélatives, celui-ci ayant procédé à plusieurs examens cliniques de l'assuré. Ses conclusions pouvaient être suivies. Elle a insisté sur l'amélioration « flagrante » de l'état du doigt du recourant qui avait d'ailleurs fait douter son médecin d'arrondissement de la pertinence de l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité dans son avis final du 10 mars 2015. Elle a en outre relevé que la Dresse G. _____ n'avait pas exposé les raisons objectives pour lesquelles

l'exercice de l'activité antérieure ne serait pas exigible, alors même qu'elle semblait se méprendre sur la profession exercée précédemment par le recourant. En définitive, l'intimée a considéré avoir à bon droit qualifié le cas de stabilisé en se basant sur l'avis du Dr J. _____ et nié le droit à une rente d'invalidité en l'absence de toute incapacité de travail dès le 1^{er} février 2015. Par pli du 3 août 2015, le juge instructeur a sollicité la production du dossier constitué par l'OAI, lequel a donné suite à cette requête le 10 août 2015. Il en est ressorti notamment que le Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) s'était rallié aux conclusions du Dr J. _____ dans un rapport du 24 juin 2015. Ce service avait ainsi estimé que l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail dans toutes activités depuis le 3 septembre 2014 et que le « déploiement de force de serrage répétitif avec la main gauche » constituait son unique limitation fonctionnelle. L'OAI avait en conséquence établi un projet de décision le 29 juin 2015 et refusé ses prestations sous forme de rente. Le recourant a répliqué le 22 septembre 2015, persistant dans ses conclusions initiales. Il a fait parvenir un tirage du rapport médical, établi au sein du Centre hospitalier F. _____ le 12 février 2015, ainsi que des prescriptions rédigées par la Dresse L. _____, spécialiste en médecine interne, en vue d'un traitement antalgique et de séances de physiothérapie au motif de contractures du « membre supérieur droit et de l'épaule droite [sic] ». Il a proposé que cette praticienne fût invitée à fournir un rapport à l'adresse de la Cour. Était également jointe une attestation du 7 juillet 2015 de l'ancien employeur de l'assuré, B. _____, relatant la visite de l'inspecteur de sinistres de l'intimée, suite à laquelle il avait semblé évident à l'employeur que le recourant ne serait pas en mesure de reprendre son activité de manutentionnaire fumiste. Par duplique du 8 octobre 2015, l'intimée a derechef conclu au rejet du recours. Elle a relevé que le rapport du Centre hospitalier F. _____ du

E. 12

février 2015 avait été porté à la connaissance du Dr J. _____ avant qu'il ne fût part de son appréciation du 10 mars 2015. Les certificats de la Dresse L. _____ n'étaient par ailleurs d'aucun secours à l'assuré, puisque ce médecin avait mentionné qu'il s'agissait d'un cas de maladie. Enfin, la CNA a relevé que le Dr J. _____ avait été pleinement suivi par ses confrères du SMR. Le juge instructeur a imparti un délai au recourant, par courrier du

E. 14

octobre 2015, pour faire parvenir un éventuel rapport de la Dresse L. _____, et rejeté les requêtes en vue d'autres mesures d'instruction en l'état du dossier de la cause. En date du 8 janvier 2016, Me Philippe Zumsteg a annoncé à la Cour de céans avoir repris le mandat de représentation de l'assuré et sollicité un délai supplémentaire pour produire un rapport médical circonstancié de la Dresse L. _____. Le recourant, par le biais de son nouveau conseil, a toutefois indiqué renoncer à cette production par pli du 25 janvier 2016, de sorte que la cause a finalement été gardée à juger. **E n d r o i t :** 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 al. 1 LPGA). Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). b) Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008

sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD). c) En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile devant le tribunal compétent, respecte les autres conditions de forme prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA et 79 LPA-VD), de sorte qu'il est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière. 2. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement, d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Les conclusions du recours déterminent, dans le cadre de l'objet de la contestation, le rapport juridique qui reste litigieux (objet du litige). Selon cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige coïncident souvent. Ils sont identiques si la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 413 consid. 1b et 2 avec les références citées ; Ulrich Meyer/Isabel von Zwehl, L'objet du litige en procédure de droit administratif fédéral, in : Mélanges en l'honneur de Pierre Moor, Berne 2005, p. 440). Les différents aspects de la motivation d'une décision font partie de l'objet du litige sur lequel le juge peut être appelé à se prononcer, quand bien même ils ne seraient pas formellement contestés, pour autant que cette motivation concerne l'un des rapports juridiques tranchés dans le dispositif de la décision et contestés par le recourant. Le tribunal ne se prononce toutefois sur les éléments qui forment l'objet du litige, mais qui n'ont pas été contestés, que s'il a des motifs suffisants de le faire en raison des allégations des parties ou d'autres indices ressortant du dossier (ATF 125 V 413 cité et 110 V 48 consid. 4a in fine ; Meyer/von Zwehl, op. cit., p. 443 ss.). b) Le litige porte in casu sur le droit du recourant aux prestations de l'assurance-accidents dès le 1^{er} février 2015. Singulièrement, le recourant requiert que son droit à une rente d'invalidité fasse l'objet d'une évaluation ultérieure une fois que sa capacité de travail dans son activité habituelle ou dans une activité adaptée aura été dûment investiguée. Il sollicite dans l'intervalle le maintien du versement des indemnités journalières par la CNA. Dans ce contexte, il estime qu'une expertise, réalisée par un spécialiste indépendant, s'avère indispensable. Quant à la CNA, elle considère que le cas de l'assuré est stabilisé, se basant sur les appréciations communiquées par son médecin d'arrondissement, le Dr J._____. Elle retient par ailleurs que le recourant est doté d'une pleine capacité de travail dès le 1^{er} février 2015, alors qu'il ne présenterait aucune séquelle importante des suites de l'accident du 18 novembre 2013. Le droit à la rente serait par conséquent exclu. Compte tenu des arguments des parties, il conviendra d'examiner si les pièces médicales versées en l'état du dossier sont suffisantes pour se prononcer sur la capacité de travail de l'assuré, pour autant que son état de santé puisse être qualifié de stabilisé. Ce contexte impose l'examen de la persistance d'un lien de causalité entre les troubles allégués par le recourant au-delà du 1^{er} février 2015 et l'accident du 18 novembre 2013, que la CNA a en définitive implicitement niée dans sa décision du 19 janvier 2015, confirmée sur opposition le 18 mai 2015. c) On relèvera que la question de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité excède manifestement l'objet de la présente contestation, ainsi d'ailleurs que l'objet du litige, le taux fixé par la CNA n'ayant pas été contesté par l'assuré au stade de la procédure d'opposition. L'intimée n'a pas davantage remis en question

l'allocation de cette prestation, en dépit des doutes exprimés postérieurement à sa décision initiale du 19 janvier 2015 par son médecin d'arrondissement (cf. appréciation médicale du Dr J. _____ du 10 mars 2015). Conformément à la jurisprudence fédérale citée supra, la Cour de céans n'a ainsi pas à se pencher sur le bien-fondé de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité octroyée au recourant. 3. a) Selon l'art. 6 al. 1 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. b) La responsabilité de l'assureur-accident s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 337 consid. 1 et 118 V 289 consid. 1b avec les références) et adéquate (ATF 125 V 461 consid. 5a et les références) avec l'événement assuré. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1 avec les références et 129 V 402 consid. 4.3.1). Pour admettre l'existence d'un lien de causalité naturelle, il n'est pas nécessaire 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 dans l'assurance sociale. 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 ; 129 V 402 consid. 4.3.1 ; 119 V 335 consid. 1 et 118 V 286 consid. 1b avec les références ; cf. également TF [Tribunal fédéral] 8C_135/2014 du 24 février 2015 consid. 3). Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. La causalité doit être considérée comme adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait en cause 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 et 125 V 456 consid. 5a avec les références citées ; TF 8C_925/2014 du

E. 18

décembre 2015 consid. 3). En cas d'atteinte à la santé physique, ce rapport de causalité adéquate est généralement admis sans autre examen, dès lors que le rapport de causalité naturelle est établi (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb ; cf. dans le même sens : TF 8C_871/2010 du 4 octobre 2011 consid. 3.4.2 et 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1 avec les références citées). 4. Il sied de rappeler qu'un assuré victime d'un accident couvert par la LAA a droit notamment à la prise en charge de ses frais de traitement, au versement d'indemnités journalières, ainsi qu'éventuellement à une rente d'invalidité, aux conditions énoncées dans les dispositions ci-après. a) Selon l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. Ce droit s'étend à toutes les mesures qui visent une amélioration de l'état de santé ou à éviter une péjoration de cet état.

Il s'agit d'éliminer de la manière la plus complète possible les atteintes à la santé physique ou psychique. La preuve que la mesure envisagée est de nature à améliorer l'état de santé doit être établie avec une vraisemblance suffisante ; celle-ci est donnée dès que l'on peut admettre que le traitement envisagé ne représente pas seulement une possibilité lointaine d'amélioration (TF 8C_112/2014 du

E. 23

janvier 2015 consid.

E. 24

juin 2015, mis en exergue par la CNA, ne vient pas fournir d'éclairage nouveau ou convaincant sur l'estimation de la capacité de travail de l'assuré. En effet, quand bien même le SMR a indiqué se rallier aux conclusions du Dr J. _____, il a tout de même retenu une restriction fonctionnelle au « déploiement de force de serrage répétitif avec la main gauche ». Ainsi, la prise en compte d'une telle limitation laisse planer des doutes sur l'appréciation définitive du SMR quant à la possibilité concrète du recourant de reprendre un emploi de fumiste. En définitive, la fixation d'une capacité de travail entière dans l'activité de manutentionnaire fumiste dès le 1^{er} février 2015 ne saurait emporter la conviction en l'état, tandis que les éléments du dossier plaident bien plutôt a priori en faveur d'une incapacité partielle ou totale dans un tel emploi. b) Relativement à la stabilisation de l'état de la main gauche du recourant, on observera, à l'instar de l'intimée, qu'a priori le traitement médical paraît effectivement avoir pris fin, la Dresse G. _____ ayant rapporté son terme à la date du 9 décembre 2014. Elle n'a en outre envisagé que « quelques séances d'ergothérapie pour désensibilisation » à la consultation du 12 février 2015, de telles mesures ne visant manifestement pas une amélioration « notable » de l'état global de la main gauche du recourant (cf. rapport médical du Centre hospitalier F. _____ du 12 février 2015). Quant au Dr J. _____, il n'a envisagé aucune mesure thérapeutique particulière, après avoir douté, à l'issue de son premier examen, de l'impact d'une éventuelle ténolyse sur la fonction du médus de l'assuré (cf. rapport d'examen du Dr J. _____ du 13 mai 2014). On relèvera enfin que les prescriptions de physiothérapie établies par la Dresse L. _____ n'apportent aucune indication pertinente à la présente affaire, dans la mesure où ce médecin ne fait mention que de soins envisagés pour le membre supérieur droit. En dépit du peu de renseignements médicaux sur les traitements dispensés à l'assuré, la question de savoir si d'autres mesures thérapeutiques destinées à la stabilisation définitive de l'état de sa main gauche sont nécessaires peut rester ouverte en l'état, la cause devant de toute manière être renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire (cf. infra considérant 7). 7. a) Dans le domaine des assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4). Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est

nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (cf. TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, in : SVR 2007 UV n° 33 p. 111 ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2ème éd., n° 12 et 17 ad art. 43 LPGa). Selon la jurisprudence, le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (ATF 122 V 157 consid. 1d). Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (TFA C 206/00 du 17 novembre 2000, in : DTA 2001 n° 22 p. 170, consid. 2). Un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5 ; 138 V 318). b) En l'espèce, au vu des carences dont souffre encore le dossier de la présente cause, la Cour de céans considère justifié, conformément à la jurisprudence fédérale citée ci-avant, de renvoyer la cause à l'intimée pour en compléter l'instruction, soit en procédant à une expertise destinée à clarifier la capacité de travail dont peut se voir créditer le recourant, en particulier dans son activité habituelle de manutentionnaire fumiste. Une telle mesure d'instruction permettra au surplus de s'assurer que l'état de santé du recourant est effectivement stabilisé dès février 2015, à savoir qu'aucune mesure thérapeutique supplémentaire ne permettrait d'améliorer notablement la symptomatologie présentée à la main gauche. 8. Des considérants qui précèdent, il résulte que le recours, bien fondé, doit être admis, ce qui entraîne l'annulation de la décision sur opposition attaquée sous suite de renvoi à l'intimée pour complément d'instruction avant nouvelle décision. a) La procédure étant gratuite (cf. art. 61 let. a LPGa), il n'est pas perçu de frais de justice. b) En revanche, obtenant gain de cause, le recourant, assisté d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens (cf. art. 61 let. g LPGa et 55 al. 1 LPA-VD, applicable sur renvoi de l'art. 109 al. 1 LPA-VD). Selon l'art. 11 al. 2 TFJDA (tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1), les honoraires sont fixés d'après l'importance et la complexité du litige, sans égard à la valeur litigieuse, et sont en règle générale compris entre 500 et 10'000 francs. En l'espèce, sur la base de la disposition précitée, l'allocation d'une indemnité de 2'000 fr. à titre de dépens, portée à la charge de l'intimée, apparaît justifiée.

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