

VD_FINDINFO Arrêt / 2019 / 676 vom 22. Juli 2019

VD Tribunal cantonal, 2019-07-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2019__676

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2019 / 676 du 22 juillet 2019

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2019 / 676 del 22 luglio 2019

Regeste

AA, INDEMNITÉ POUR ATTEINTE À L'INTÉGRITÉ, DÉCISION DE RENVOI, EFFET DÉVOLUTIF, RECHUTE | 24 al. 1 LAA, 6 al. 1 LAA, 6 al. 3 LAA, 4 LPGA, 43 al. 1 LPGA, 11 OLAA, 36 OLAA

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 22.07.2019 Arrêt / 2019 / 676

AA, INDEMNITÉ POUR ATTEINTE À L'INTÉGRITÉ, DÉCISION DE RENVOI, EFFET DÉVOLUTIF, RECHUTE | 24 al. 1 LAA, 6 al. 1 LAA, 6 al. 3 LAA, 4 LPGA, 43 al. 1 LPGA, 11 OLAA, 36 OLAA

TRIBUNAL CANTONAL AA 75/18 - 93/2019 ZA18.017208 COUR DES ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt du 22 juillet

2019 _____ Composition : Mme Di Ferro Demierre , présidente
M. Neu et Mme Pasche, juges Greffier : M. Klay ***** Cause pendante entre :
G. _____ , à [...], recourante, représentée par Me Alexis Overney, avocat à Fribourg, et
H. _____ SA , à [...], intimée. _____ Art. 4, 43 al. 1 LPGA ; art. 6 al. 1 et 3,
24 al. 1 LAA ; art. 11, 36 OLAA E n f a i t : A. G. _____ (ci-après : l'assurée ou la
recourante), née en [...], domiciliée à [...], a travaillé, à titre temporaire, comme aide à la
récolte de tabac pour un agriculteur et était, par le biais de son employeur, assurée auprès de
la H. _____ SA (ci-après : la H. _____ ou l'intimée) contre les accidents
professionnels et non-professionnels ainsi que contre les maladies professionnelles. Le
20 juillet 2009, elle a été victime d'un accident. Alors qu'elle se trouvait assise sur le
plateau de l'une des deux remorques tirées par le tracteur conduit par D. _____, celui-ci a
serré sur la droite de la chaussée avant d'effectuer un long virage à gauche. Les jambes de
l'assurée, qui étaient pendantes le long du côté droit du tracteur, ont été coincées entre la
remorque et la clôture d'un jardin. Le Tribunal de police de l'arrondissement de [...] a libéré
le 7 mars 2012 D. _____ du chef d'inculpation de lésions corporelles graves par
négligence. L'assurance responsabilité civile de D. _____ a cependant reconnu la
responsabilité de son assuré dans l'accident. Transférée au Centre hospitalier Q. _____
(ci-après : le Q. _____), l'intéressée est restée hospitalisée 10 jours, soit du 20 au
30 juillet 2009. Dans leur rapport du 3 septembre 2009, les Drs S. _____, spécialiste en
chirurgie et en chirurgie pédiatrique, et B. _____, spécialiste en chirurgie pédiatrique,
ont indiqué que le diagnostic de plaie délabrante de la face externe proximale de la jambe
droite avait été posé. L'assurée avait subi une première opération le 20 juillet sous
anesthésie générale, une deuxième le 22 juillet pour refaire le pansement, puis une troisième
le 28 juillet pour la fermeture définitive de la plaie sous anesthésie générale. S'agissant des
risques de dommages permanents, les médecins ont estimé que l'évolution au niveau
neuromoteur était satisfaisante mais qu'elle n'était pas achevée et qu'il était ainsi trop tôt

pour se prononcer sur d'éventuelles séquelles fonctionnelles. Ils ont souligné également que l'intéressée présentait une cicatrice d'une dizaine de centimètres sur la face externe de la jambe droite, qui pouvait encore évoluer, et que partant, un préjudice esthétique ne pouvait être exclu. Lors de son entretien avec le Dr L. _____, spécialiste en chirurgie pédiatrique, le 5 février 2011, elle a déclaré qu'elle souffrait toujours de douleurs de type contracture lancinante à la jambe droite, de même que d'une certaine raideur et d'une fatigabilité après des efforts de la jambe en question. Dans son rapport du 29 mars 2011, le Dr L. _____ a noté, au niveau de la musculature postéro-latérale de la jambe droite, la présence d'une dépression du muscle jumeau externe lors de la contraction de ce dernier, ainsi qu'une légère diminution de la sensibilité de la face externe de la jambe droite depuis la cicatrice jusqu'au niveau de la malléole externe. Il a souligné une légère diminution de la force musculaire lors de la flexion plantaire et de l'éversion du pied droit. En ce qui concernait les risques de dommages permanents, il a estimé qu'il pourrait s'agir de la présence d'une cicatrice toujours visible à long terme, d'une probable différence de sensibilité des deux membres inférieurs droit et gauche, ainsi que d'une probable fatigabilité de la musculature droite. Le Dr B. _____ a estimé, dans un rapport du 26 avril 2013, que même si les conséquences fonctionnelles pouvaient encore évoluer favorablement, une stagnation voire une détérioration étaient également à craindre. Partant, il a prescrit le port de bas de contention de classe 2 au moins afin de lutter contre les jambes lourdes et l'œdème du membre inférieur droit, ce dernier étant probablement consécutif à une interruption du flux lymphatique sur le territoire lésé. Il a également mentionné que sur le plan psychologique, l'assurée se plaignait de phobies et de réminiscences et qu'elle avait bénéficié d'une consultation pédopsychiatrique. Par rapport du 14 juillet 2014, le Dr X. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et en médecine pharmaceutique, et M. W. _____, psychologue et psychothérapeute, ont diagnostiqué un trouble anxieux, sans précision (F41.9), avec des éléments d'un état de stress post-traumatique, d'une anxiété généralisée et des éléments phobiques ne permettant toutefois pas de retenir un diagnostic spécifique de la lignée anxieuse. Selon eux, la relation de causalité du trouble susmentionné et l'accident du 20 juillet 2009 était vraisemblable. Ils ont toutefois indiqué dans leur rapport du 22 août 2014 que les informations anamnestiques à leur disposition ne leur permettaient pas de confirmer avec une certitude suffisante que cette relation de causalité était hautement vraisemblable. Un suivi psychiatrique et un traitement psychotrope ont été prescrits. En raison des douleurs persistantes et des angoisses dont souffraient l'assurée, une expertise orthopédique et psychiatrique a été requise par la H. _____ auprès du Centre J. _____ (ci-après : J. _____) à [...]. Le 16 août 2016, la H. _____ a toutefois décidé d'annuler l'expertise orthopédique après une étude du dossier médical par le Dr F. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur au J. _____, et en avoir convenu avec la Dr R. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin conseil auprès de la H. _____. Le volet d'expertise psychiatrique a eu lieu comme prévu le 12 août 2016. Dans le rapport du 12 septembre 2016, le Dr T. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé le diagnostic de phobie spécifique (F40.2), à savoir une phobie de l'avion, qui était sans lien avec l'accident. Ce médecin a conclu que l'assurée ne présentait pas de troubles psychiques justifiant une atteinte à son intégrité et que sa capacité de travail était complète en temps et en rendement. Par décision du 7 novembre 2016, la H. _____ a expliqué que le volet orthopédique de l'expertise avait été annulé car l'expert orthopédiste ne l'avait pas estimé justifié après lecture du dossier et en l'absence de fracture et de lésion de nature

orthopédique. La H. _____ a ensuite exposé que l'assureur-maladie de l'intéressée avait pris en charge le traitement médical et avait ensuite demandé à l'assureur responsabilité civile du tiers-responsable d'intervenir dans cette prise en charge, ce qu'il avait fait, de sorte que l'assureur-maladie n'avait aucun frais médical à rembourser. De plus, elle relevait qu'à la lecture du rapport d'expertise du 12 septembre 2016, son médecin-conseil avait constaté que le traitement médical, en relation avec l'accident, pouvait être considéré comme terminé à la date de l'expertise aussi bien sur le plan physique que psychique, de sorte qu'il était mis un terme à la prise en charge du traitement médical avec effet au 12 août 2016. La H. _____ a également alloué à l'assurée une indemnité journalière de 43 fr. du 23 juillet 2009 au 29 juillet 2009 pour une incapacité de travail à 100 % et du 30 juillet 2009 au 30 août 2009 pour une incapacité de travail à 60 % et a refusé d'allouer toute indemnité pour atteinte à l'intégrité. Par opposition du 7 décembre 2016, le conseil de l'intéressée a contesté le fait que la H. _____ n'ait alloué aucune indemnité pour atteinte à l'intégrité. Il a fait valoir qu'il était prématuré de conclure que l'assurée ne présentait aucune atteinte à son intégrité physique ou psychique dans la mesure où l'instruction médicale étant lacunaire, les douleurs au pied n'ayant pas fait l'objet d'un examen spécifique comme les angoisses relatives à tout déplacement en voiture. Par décision sur opposition du 12 mai 2017, la H. _____ a confirmé sa décision refusant d'allouer une indemnité pour atteinte à l'intégrité à l'assurée. B. Par acte du 13 juin 2017, G. _____, représentée par son conseil, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal fribourgeois contre la décision sur opposition susmentionnée, en concluant, principalement, à sa réforme en ce sens qu'elle a droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité physique et psychique et, subsidiairement, à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique et orthopédique portant sur la problématique au pied droit et à la jambe droite. En réponse, l'intimée a conclu le 11 juillet 2017 au rejet du recours arguant du fait que l'intéressée ne souffrait d'aucune perte à l'intégrité physique ou psychique figurant à l'annexe 3 OLAA, ainsi que dans les tables de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA). Dans sa réplique du 18 août 2017, la recourante a maintenu ses conclusions. Elle a indiqué que ses atteintes à la jambe et au pied droits ne l'empêchaient pas de faire du sport, mais qu'elle avait dû réorienter sa formation professionnelle, qu'elle envisageait dans un premier temps dans les soins et la santé et qui comportait de longues journées à rester debout, vers la Haute Ecole V. _____ (ci-après : V. _____). Par décision du 11 avril 2018, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal fribourgeois s'est déclarée incompétente ratione loci et a transmis la cause à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois. Le 18 juillet 2018, la recourante a indiqué que lors d'un camp sportif organisé par la V. _____, auprès de laquelle elle poursuivait ses études, elle avait ressenti dès le premier jour des douleurs au mollet droit. Elle réitérait la nécessité de mettre en œuvre une expertise orthopédique. Le 30 août 2018, l'intimée s'est déterminée en indiquant que l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et les tensions musculaires ayant débuté lors de la semaine sportive semblait seulement possible au vu des avis médicaux, sans présenter toutefois un degré de vraisemblance prépondérante. Elle a en conséquence nié le droit à des prestations en raison de l'accident du 20 juillet 2009 et conclu à ce que la Cour de céans confirme la décision initiale du 7 novembre 2016, à savoir la fin du droit aux prestations de l'assurance-accidents avec effet au 12 août 2016 ; la fin du droit aux indemnités journalières de l'assurance-accidents avec effet au 30 août 2009 ; l'absence de droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité, étant donné que l'intéressée ne souffrait d'aucune perte à l'intégrité physique ou psychique figurant dans les tables de la CNA. Le

28 septembre 2018, la recourante a confirmé sa position, réitéré sa demande de mise en œuvre d'une expertise orthopédique et neurologique et produit notamment les rapports suivants : - un rapport de physiothérapie établi par le Service de physiothérapie de l'Hôpital [...] en date du 10 septembre 2018. Ce rapport comportait notamment les extraits suivants : « au bilan palpatoire, on constate d'emblée des contractures musculaires du jumeau externe et du long péronier latéral, situées à l'endroit de la cicatrice (séquelle de l'accident de 2008 [recte : 2009]). Ces contractures semblent être dues à des adhérences dans et autour de la cicatrice », « ses [à la recourante] occupations sont clairement limitées par les douleurs à la jambe droite, en lien avec les séquelles de son accident », ainsi que « Le traitement soulage la patiente le jour même et parfois le jour suivant, puis les douleurs sont à nouveau pareilles ». La thérapie de physiothérapie n'entraînait donc que « peu de résultats » ; - un rapport du 13 septembre 2018, le Dr C. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a constaté que les douleurs actuelles étaient des douleurs neurologiques en lien direct avec l'accident d'il y avait 9 ans. En effet, le nerf fibulaire commun avait été touché et il persistait actuellement des douleurs de type neurogène. Ce médecin notait également une faiblesse des releveurs du pied qui étaient en lien direct avec le nerf. Les douleurs décrites dans la cheville n'étaient pas de l'ordre de problème mécanique mais bien des douleurs neurogènes. Le 22 octobre 2018, l'intimée a répondu que la seule question à se poser était la suivante : « Mme G. _____ a-t-elle droit, à l'issue du traitement, à une indemnité pour atteinte à l'intégrité en raison d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique ou mentale par suite de l'accident du 20 juillet 2009 ». Or, après lecture du dossier médical, leur médecin-conseil avait relevé qu'aucune atteinte à l'intégrité physique et psychique n'avait été constatée. Le 20 mars 2019, la recourante a produit un rapport du 11 mars 2019 du Dr M. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui a constaté ce qui suit : « Les adhérences dont souffre Mme G. _____ au niveau de son mollet à droit se sont formées à la suite de l'accident dont elle a été victime le 20.07.2009. Ces adhérences sont visibles à l'IRM [imagerie par résonance magnétique]. Il s'agit d'un conflit local entre tissus musculaires, sous-cutanés et peau, responsable des gênes de la patiente et consécutif à l'accident. Les douleurs ressenties par ma patiente sont causées par l'accident du 20.07.2009. Je me permets d'ajouter que j'ai revu votre patiente le 08.2.2019 après discussion de son dossier au Comité d'orthopédie traumatologique du 28.01.2019 où nous étions 5 médecins à évaluer la casuistique de Mme G. _____. Il est prévu que Mme G. _____ soit vue par le Pr Z. _____ au Q. _____ en vue d'un éventuel geste chirurgical. » Le 12 avril 2019, l'intimée a indiqué qu'au vu des informations médicales communiquées, elle allait rouvrir le dossier d'accident de l'intéressée. Elle lui transmettait donc une déclaration d'accident, document qui lui permettrait d'annoncer une rechute de l'accident du 20 juillet 2009, une nouvelle décision devant être adressée à la Cour de céans le moment venu. Par courrier du 16 mai 2019, la recourante a proposé que la cause soit suspendue dans l'attente de la nouvelle décision annoncée par l'intimée ensuite de la réouverture du dossier et qui pourrait être de nature à la satisfaire. E n d r o i t : 1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (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 peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur

notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, le recours, transmis par la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal fribourgeois à la Cour de céans comme objet de sa compétence conformément à l'art. 58 al. 3 LPGA, est ainsi déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respecte les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable. 2. Le recours devant le tribunal cantonal des assurances est une voie de droit ordinaire possédant un effet dévolutif : un recours présenté dans les formes requises a pour effet de transférer à la juridiction cantonale la compétence de statuer sur la situation juridique objet de la décision attaquée. L'administration perd la maîtrise de l'objet du litige, en particulier celle des points de fait susceptibles de fonder la décision attaquée. Conformément à la maxime inquisitoire applicable, il appartient à l'autorité de recours d'établir d'office les faits déterminants pour la solution du litige et d'administrer les preuves nécessaires. Si l'état de fait doit être complété, elle est libre de procéder elle-même aux mesures d'instruction nécessaires ou d'annuler la décision attaquée et de renvoyer le dossier à l'administration pour qu'elle s'en charge. Après le dépôt d'un recours, il n'est en principe plus permis à l'administration d'ordonner de nouvelles mesures d'instruction qui concerneraient l'objet du litige et tendraient à une éventuelle modification de la décision attaquée (ATF 127 V 228 consid. 2b/aa et les références ; TF 9C_598/2011 du 19 avril 2012 consid. 5.2.1). Le principe de l'effet dévolutif du recours connaît une exception, en tant que l'administration peut reconsidérer sa décision jusqu'à l'envoi de son préavis à l'autorité de recours (art. 53 al. 3 LPGA). Pour des motifs liés à l'économie de procédure, il se justifie en effet de permettre à l'administration de revenir lite pendente sur sa décision, lorsque celle-ci s'avère, à la lecture de l'acte de recours, manifestement erronée. De fait, le droit fédéral n'exclut pas nécessairement la mise en œuvre par l'administration de mesures d'instruction lite pendente. Pour répondre à la question de savoir quels sont les actes encore admissibles à ce stade de la procédure, il convient d'examiner l'importance que revêt l'acte pour la solution du litige et le temps nécessaire pour y procéder. Des mesures d'instruction portant sur des aspects ponctuels, tels que le fait de requérir une attestation ou un certificat, ou de demander des précisions à un médecin ou une autre personne susceptible de fournir des renseignements sont en règle générale admissibles ; tel n'est en revanche pas le cas de la mise en œuvre d'une expertise médicale ou d'une mesure d'instruction similaire, compte tenu de leur portée sur l'état de fait à juger. Eu égard au temps nécessaire à l'administration d'un tel moyen de preuve, on ne saurait par ailleurs parler d'un acte justifié par des motifs liés à l'économie de procédure, ce d'autant qu'une décision de renvoi, qui a l'avantage de pouvoir être rendue rapidement, permet de créer une situation claire sur le plan procédural (ATF 127 V 228 consid. 2b/bb et les références ; TF 9C_598/2011 précité consid. 5.2.2). D'autres motifs militent en faveur d'une approche restrictive quant à la possibilité pour l'administration de revenir lite pendente sur une décision qu'elle a rendue. Quand bien même la partie adverse ou d'autres participants à la procédure acquiesceraient à la mise en œuvre de mesures d'instruction supplémentaires, il n'est pas admissible que la partie recourante puisse voir ses droits de procédure être restreints (ATF 127 V 228 consid. 2b/bb et les références) ou que la réglementation en matière de frais et dépens puisse être éludée par cette manière de procéder (ATF 132 V 215 consid. 6.2 et les références). 3. a) Aux termes de 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. L'assurance alloue en outre ses prestations pour les lésions causées à l'assuré victime d'un

accident lors du traitement médical (art. 6 al. 3 LAA). Selon l'art. 4 LPGA, 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. Les prestations de l'assurance-accidents obligatoire comprennent notamment le traitement médical (art. 10 LAA), les prestations en espèce sous forme d'indemnités journalières (art. 16 LAA), de rentes d'invalidité (art. 18 LAA) et les prestations en espèce versées à titre d'indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 24 LAA). b) 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 142 V 435 consid. 1 et les références). c) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience 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 et les références ; TF 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.1 et les références). 4. Selon l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique par suite de l'accident a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. Conformément à l'art. 36 al. 1 OLAA (ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202), 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. Cette disposition de l'ordonnance a été jugée conforme à la loi en tant qu'elle définit le caractère durable de l'atteinte (ATF 133 V 224 consid. 2.2). A teneur de l'art. 25 al. 1 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital. Elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité ne sert pas à réparer les conséquences économiques de l'atteinte, qui sont indemnisées au moyen d'une rente d'invalidité, mais joue le rôle d'une réparation morale. Elle vise à compenser le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence, etc.) qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant (ATF 133 V 224 consid. 5.1 et les références). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel. Cela signifie que pour tous les assurés présentant un status médical identique, l'atteinte à l'intégrité est la même (ATF 115 V 147 consid. 1 ; 113 V 218 consid. 4b ; TF 8C_566/2017 du 8 mars 2018 consid. 5.1 ; TF 8C_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.1). En cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité physique, mentale ou psychique, dues à un ou plusieurs accidents, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée d'après l'ensemble du dommage ; l'indemnité totale ne peut toutefois dépasser le montant maximum du gain annuel assuré (art. 36 al. 3 OLAA). Les différents taux résultant de ces atteintes doivent être additionnés puis leur total est éventuellement pondéré, dans une appréciation d'ensemble, au regard des autres taux d'atteintes figurant dans les barèmes

(RAMA 1998, U 296, p. 235 [spéc. p. 236]). Il convient de rappeler qu'il y a lieu, lors du calcul de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, de tenir équitablement compte des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité dans la mesure où la survenance d'aggravations est vraisemblable et leur importance quantifiable (art. 36 al. 4 1^{ère} phrase OLAA ; TF U 322/06 du 16 octobre 2006 consid. 5 ; RAMA 1998, p. 602, consid. 3b). L'indemnité n'est pas sujette à révision selon l'art. 22 LAA. En cas d'aggravation non prévisible, la personne assurée a toujours la possibilité d'annoncer le cas sous la forme d'une rechute ou de suites tardives qui pourront, le cas échéant, justifier le versement d'une indemnité complémentaire (ATF 127 V 456 consid. 4 ; TF 8C_219/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.3).

5. La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même affection qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a et les références ; TF 8C_61/2016 du 19 décembre 2016 consid. 3.2). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 293 consid. 2c et les références ; TF 8C_571/2016 du 24 mars 2017 consid. 3).

6. Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), 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 que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

7. Le litige porte sur l'indemnité pour atteinte à l'intégrité physique et psychique de la recourante ainsi que sur les conséquences sur le droit aux prestations de l'assurance-accidents des atteintes que présente l'intéressée à sa jambe et à son pied droits, celle-ci estimant que ces questions n'ont pas été suffisamment instruites.

8. a) En l'occurrence, l'intimée a indiqué qu'elle allait rouvrir le dossier de la recourante au vu des informations médicales communiquées et qu'elle invitait l'intéressée à annoncer une rechute de l'accident du 20 juillet 2009. En raison de l'effet dévolutif du recours (cf. consid. 2 supra), l'administration, en constatant que l'instruction est insuffisante, ne peut pas reprendre l'instruction et demander à la Cour de céans de suspendre la cause dans l'attente de sa nouvelle décision sans restreindre les droits de procédure de l'intéressée. b) Au vu de ce qui précède, comme en convient l'intimée, le dossier de la cause a été insuffisamment instruit en ce qui concerne les atteintes à la jambe et au pied droits et les conséquences de ces atteintes sur le droit de la recourante aux prestations de l'assurance-accidents. Les pièces au dossier ne permettent pas à la Cour de céans de trancher ces questions en toute connaissance de cause à défaut notamment du volet orthopédique de l'expertise du J._____.

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 (TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, in SVR 2007 UV n° 33 p. 111 ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2^{ème} 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). c) Partant, l'instruction de l'intimée est lacunaire et l'état du dossier ne permet pas de statuer sur la présente cause. Dans ces conditions, il convient d'admettre le recours, d'annuler la décision entreprise et de renvoyer la cause à l'office intimé – à qui il appartient au premier chef d'instruire selon l'art. 43 al. 1 LPGA – pour instruction complémentaire, par la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, orthopédique et neurologique, au sens de l'art. 44 LPGA, voire psychiatrique ou par toutes mesures d'instruction que l'intimée jugera opportune afin d'examiner dans leur globalité les atteintes présentées la recourante. Il incombera ensuite à l'intimée de rendre une nouvelle décision statuant sur le droit de l'intéressée aux prestations de l'assurance-accidents et pas uniquement sous l'angle d'une rechute s'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, les atteintes de la recourante à son membre inférieur droit paraissant exister déjà depuis un certain temps. 9. a) En application de l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-accidents devant le tribunal cantonal des assurances est gratuite. Il n'y a dès lors pas lieu de percevoir de frais judiciaires. b) Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, la recourante a droit à une pleine indemnité de dépens, laquelle, compte tenu de l'importance et de la complexité de la cause, est fixée à 2'000 fr. (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est admis. II. La décision sur opposition rendue le 12 mai 2017 par la H._____ SA est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision. III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires. IV. H._____ SA versera à G._____ la somme de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens. La présidente : Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Alexis Overney (pour la recourante) ■ H._____ SA, - Office fédéral de la santé publique, par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110),

cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). Le greffier :

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