

VD_FINDINFO Arrêt / 2019 / 98 vom 16. April 2019

VD Tribunal cantonal, 2019-04-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2019__98

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2019 / 98 du 16 avril 2019

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2019 / 98 del 16 aprile 2019

Erwägungen

E. 16

avril 2019 _____ Composition : Mme Durussel , présidente M. Neu, juge et M. Reinberg, assesseur Greffière : Mme Kuburas ***** Cause pendante entre : C. _____ , à [...], recourante, représentée par Me Samir Djaziri, avocat à Genève, et M. _____ , à [...], intimée, représentée par Me Michel D'Alessandri, avocat à Genève. _____ Art.

E. 19

al. 1 ; 24 et 25 LAA E n f a i t : A. C. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le [...], a chuté sur une plaque de glace le 4 décembre 2013 et s'est fracturée le col fémoral droit. Des radiographies du bassin et du fémur droit ont été réalisées le même jour montrant une fracture transcervicale du fémur droit avec un angle de Pauwels de 45 °. Le 5 décembre suivant, l'assurée a subi une intervention chirurgicale au sein du Département de l'appareil locomoteur, service d'orthopédie et traumatologie du B. _____ (ci-après : B. _____), pour un triple vissage du col fémoral droit. Elle a séjourné au B. _____ du 4 au 7 décembre 2013 et neuf séances de physiothérapie lui ont ensuite été prescrites en vue de la rééducation à la marche, ainsi que des traitements médicamenteux. Au moment de l'accident, l'assurée était employée en qualité de promotrice de produits auprès de la société U. _____ à un taux d'activité irrégulier. Elle était assurée à ce titre contre les risques professionnels et non professionnels auprès de M. _____ (ci-après : M. _____ ou l'intimée), laquelle a pris en charge les suites du cas, en particulier par le versement d'indemnités journalières. L'assurée travaillait également pour les entreprises [...], [...], [...], [...], [...] et [...]. Son revenu journalier a été évalué à 79 fr. 45 par M. _____, montant qui a servi de base au calcul des indemnités journalières. L'assurée a subi les incapacités de travail suivantes : - 100 % du 4 décembre 2013 au 3 mars 2014, - 60 % du 4 mars 2014 au 4 mai 2014, - 50 % du 5 mai 2014 au 31 août 2014, - 30 % du 1 er septembre 2014 au 30 novembre 2014, -

E. 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. 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 citées). 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 (TF 8C_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.1 et les références citées). Une atteinte à l'intégrité au sens de l'art. 24 al. 1 LAA consiste généralement en un déficit corporel (anatomique ou fonctionnel), mental ou psychique. La gravité de l'atteinte, dont dépend le montant de l'indemnité, se détermine uniquement d'après les constatations médicales. L'évaluation incombe donc avant tout aux médecins, qui doivent, d'une part, constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et, d'autre part, estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (TF 8C_703/2008 précité consid. 5.2 avec les références citées). L'annexe 3 de l'OLAA comporte un barème – reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 124 V 29 consid. 1b, 209 consid. 4a/bb) – des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pourcent. L'indemnité allouée pour ces lésions s'élève, en règle générale, au pourcentage indiqué du montant maximum du gain assuré (ch. 1 al. 1). Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, compte tenu de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2). La Division médicale de la CNA a établi des tables d'indemnisation en vue d'une évaluation plus affinée de certaines atteintes (Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA). Ces tables n'ont pas de valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Toutefois, dans la mesure où il s'agit de valeurs indicatives, destinées à faire assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 de l'OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc ; TF 8C_195/2013 du 15 octobre 2013 consid. 6.1 et les références citées). 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 consid. 4.3. du 5 juillet 2018). 5. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément

important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). b) 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. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance 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 ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4). S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3). D'après la jurisprudence, le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3). 6. En l'espèce, on relève que l'intimée a reconnu à la recourante le droit à des indemnités journalières pour le status après fracture du col fémoral droit survenue le 4 décembre 2013. Il y a lieu de considérer que l'existence d'une atteinte à la santé au sens des dispositions légales précitées et le lien de causalité entre l'atteinte et cet événement accidentel ne sont pas contestés. a) A titre liminaire, il sied de déterminer si l'état de santé de la recourante est stabilisé comme le soutient l'intimée. Le Tribunal fédéral a eu l'occasion de préciser que la notion de « sensible amélioration » se réfère à la possibilité d'augmenter ou de rétablir la capacité de travail de l'assuré (ATF 134 V 109 consid. 4.3). Il découle de ce qui précède que les mesures thérapeutiques qui ne soulagent que momentanément la symptomatologie douloureuse découlant d'une atteinte permanente à la santé ne rentrent pas dans le cadre de l'art. 10 LAA (TF 8C_179/2014 du 16 mars 2015 consid. 4.2 ; U 244/04 du 20 mai 2005). A l'examen du dossier, on constate

que les diagnostics retenus par les différents médecins intervenus dans la présente cause sont largement superposables. En effet, ils s'entendent à dire que la recourante a subi une fracture du col fémoral droit provoquant une différence de longueur des membres inférieurs, une médialisation du fémur, des troubles dégénératifs fémoro-cotyloïdiens postérieurs avec un fonctionnement coxo-fémoral incorrect et légère insuffisance du muscle moyen fessier (cf. rapport d'expertise du 24 mai 2016 du Dr G. _____ et rapport du 17 novembre 2017 de la Dresse K. _____). Il y a également un consensus sur le fait que la recourante présente un risque de développer une ostéonécrose et qu'elle dispose d'une capacité de travail tout au plus partielle dans son activité professionnelle. En l'occurrence, l'intimée a mis fin à ses prestations d'assurance au 30 avril 2017 par décision du 26 avril 2017. Pour prendre sa décision, l'intimée s'est fondée exclusivement sur l'appréciation du 24 mai 2016 du Dr G. _____. Dans son rapport du 24 mai 2016, le Dr G. _____ a constaté que la situation de la recourante n'était pas encore tout à fait stabilisée, qu'il ne semblait pas y avoir de signe d'ostéonécrose manifeste, même s'il ne pouvait pas exclure une petite atteinte dans la région du ligament rond et que le risque d'une telle complication n'était pas totalement exclu. Il a en conséquence préconisé l'ablation des trois vis au niveau de la hanche droite, puis d'effectuer une IRM dans le but de pouvoir mieux surveiller cette articulation et de vérifier si nécessaire l'apparition d'une ostéonécrose secondaire versus d'une coxarthrose. Concernant la survenue de cette complication tardive, le Dr G. _____ a estimé qu'il était impossible d'être précis quant à la date d'apparition et les conséquences réelles qui pouvaient en découler. A cet égard, il a tout de même relevé que jusqu'à cinq ans voire même plus tardivement, ceci pouvait apparaître. Il a également retenu qu'il y avait encore des traitements à envisager, tels que l'ergothérapie. Le Dr G. _____ a alors retenu qu'après cela l'état de la recourante pouvait être considéré momentanément stabilisé, tout en rappelant qu'un risque de complication tardive restait existant. On constate ainsi qu'au moment de l'expertise du Dr G. _____, ce médecin ne considérait pas que l'état de santé de la recourante était stabilisé, contrairement à ce que prétend l'intimée. Le Dr G. _____ a uniquement relevé que la situation de l'intéressée pouvait être considérée comme momentanément stabilisée après la réalisation des traitements. Or, il ne précise pas de date et se cantonne à anticiper sur un état de santé qui est apparemment évolutif. Les autres médecins intervenus dans la présente cause ont également relevé le risque de développer une ostéonécrose dans les suites de l'accident (cf. rapports respectivement des Drs D. _____, S. _____ et K. _____ des 19 août 2014, 15 et 17 novembre 2017). Dès lors qu'aucun médecin n'a considéré que l'état de santé de la recourante était stabilisé, c'est à tort que l'intimée l'a retenu comme tel. b) En outre, les plaintes de l'intéressée n'ont pas disparu et encore dans le courant de l'année 2017, la Dresse K. _____ observait que la recourante ressentait des douleurs s'aggravant en position debout prolongée ou à la montée des escaliers. A presque cinq ans après l'accident, il est légitime de solliciter un nouvel examen médical. En effet, l'expertise du Dr G. _____ date de l'année 2016 et aucune IRM ou autres examens techniques n'ont été réalisés depuis, alors que plusieurs médecins intervenus dans le dossier de la recourante l'ont suggéré afin d'investiguer l'existence d'une ostéonécrose. Certes, l'intimée a proposé de réévaluer le dossier si ces complications devaient se réaliser. Toutefois, il faut avoir à l'esprit que si on tempore et que ces complications viennent à survenir plusieurs années après, il existe un risque de ne plus pouvoir distinguer entre l'évolution défavorable de la fracture du col fémoral droit survenu le 4 décembre 2013 et l'évolution naturelle liée à l'âge de la recourante, si bien qu'un examen médical est nécessaire avant de pouvoir statuer sur la stabilisation de l'état de santé

de la recourante. c) En l'occurrence, au vu des lacunes de l'instruction, il s'avère que les faits pertinents n'ont pas été constatés de manière complète. Il se justifie donc d'ordonner le renvoi de la cause à l'intimée, à qui il appartient au premier chef d'instruire conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 LPGA). Il incombera à l'intimée de mettre en œuvre les mesures d'instruction jugées opportunes auxquelles elle se doit de procéder afin de constituer un dossier complet sur le plan médical au sens de l'art. 44 LPGA. 7. a) Il résulte de ce qui précède que le recours doit être admis, la décision attaquée étant annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour complément d'instruction sur le plan médical dans le sens des considérants puis nouvelle décision. b) La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'est pas perçu de frais de justice. Voyant son recours admis avec l'assistance d'un mandataire professionnel, la recourante peut prétendre à des dépens à la charge de l'intimée. Il convient de fixer l'indemnité de dépens à 3'500 fr. compte tenu de l'ampleur et de la difficulté de la cause (art. 61 let. g LPGA et art. 55 LPA-VD).

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