

VD_GERICHTE ZA10.002222 vom 17. Mai 2011

VD Tribunal cantonal, 2011-05-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA10.002222

FR: VD_GERICHTE ZA10.002222 du 17 mai 2011

IT: VD_GERICHTE ZA10.002222 del 17 maggio 2011

Erwägungen

E. 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 (art. 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 auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93

- 7 - al. 1 let. a LPA-VD). La présente cause doit être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire vaudoise du 12 décembre 1979, RSV 173.01]) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD), vu la valeur litigieuse supérieure à 30'000 fr. s'agissant d'une contestation portant sur le droit à la rente d'invalidité LAA, prestation de l'assureur-accident non limitée dans le temps. b) En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile auprès du tribunal compétent. Pour le surplus, répondant aux exigences formelles prévues par la loi (en particulier l'art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. c) Le droit applicable au fond est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieurs à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1.2; TFA I 274/2005 du 21 mars 2006, consid. 1.1). d) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

E. 2

Le litige porte en l'espèce sur le droit du recourant à une rente invalidité LAA postérieurement au 31 juillet 2009, date à laquelle l'assureur a mis un terme au versement de ses prestations.

- 8 -

E. 3

a) Aux termes 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. En vertu de l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGa) à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. Selon l'art. 20 al. 1 LAA, la rente d'invalidité s'élève à 80% du gain assuré (cf. art. 15 LAA), en cas d'invalidité totale; si l'invalidité n'est que partielle, la rente est diminuée en conséquence. Selon l'art. 8 al. 1 LPGa, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé à celui que l'assuré devenu invalide par suite d'un accident pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de traitements et de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail (art. 16 LPGa, auquel renvoie implicitement l'art. 18 al. 2 LAA; TF 8C_125/2010 du 2 novembre 2010, consid. 2; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit, 2e éd., Bâle/Genève/Munich 2007, n. 165 p. 898). b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, 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 proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement

- 9 - exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2 et les références citées). Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, ceci en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008, consid. 2.1). 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 et 125 V 351 consid. 3a; TF 9C_92/2010 du 23 juin 2010, consid. 3.1).

E. 4

a) En l'espèce, il importe en premier lieu d'examiner si l'état de santé du recourant était suffisamment stabilisé au 31 juillet 2009, date à laquelle l'assureur a cessé ses prestations. Selon les médecins de la CRR, en date du 16 janvier 2009, d'un point de vue orthopédique, il n'y a pas d'investigation supplémentaire à effectuer, et, au vu du type de fracture, une reprise de l'activité professionnelle comme manœuvre sur les chantiers devrait être tentée. Pour sa part, le Dr K. _____, médecin d'arrondissement de la CNA, estime en date du 11 juin 2009 que du point de vue thérapeutique, il n'y a rien à entreprendre. Selon ce dernier, le bien-fondé d'un reclassement professionnel n'est pas établi, et les limitations fonctionnelles reconnues sont discutables. Devant la cour de céans, le recourant fait valoir, sur la base d'un rapport du 18 novembre 2008 du [...] et d'un avis de sortie du 19 décembre 2008 de la CRR, qu'aucune reprise du travail n'était envisageable à ce moment, à tout le moins jusqu'au 31

janvier 2009 et

- 10 - que depuis lors, il n'a pas pu retrouver une activité professionnelle, même partielle ou réduite lui permettant de travailler (aussi dans un autre secteur d'activité que celui du bâtiment) compte tenu de son état de santé. A l'appui de ses allégations, il ne produit cependant pas de document médical postérieur aux rapports des médecins de la CRR ou du Dr K._____. Partant, il s'agit de déterminer si, sur la base de ces derniers éléments, il est possible d'admettre que l'état de santé du recourant était suffisamment stabilisé à la fin juillet 2009. En l'espèce, les conclusions de ces deux rapports concordent dans la mesure où il ressort de leurs constatations que la situation médicale est stabilisée. On doit par conséquent conclure de ce qui précède que l'état de santé du recourant était suffisamment stabilisé au 31 juillet 2009, de sorte qu'aux termes de l'art. 19 al. 1 LAA,

l'assureur-accidents se trouvait en droit de mettre fin au versement des indemnités journalières en examinant le droit de son assuré à une rente invalidité ainsi qu'à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) b) Ainsi, il s'agit d'examiner le droit de l'assuré à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents. Des conclusions du certificat de la CRR du 16 janvier 2009, il ressort notamment ce qui suit: "Du point de vue médical, on retient une fracture du calcanéum gauche, non déplacée, actuellement consolidée, avec de bons rapports articulaires. Avec un chaussage adapté, nous pensons qu'un essai de reprise de l'ancienne activité, c'est-à-dire manoeuvre sur les chantiers, devrait être réalisé à partir de la fin mars 2009, si possible initialement à 50%. Sur la base des données objectives, une reprise à terme d'une pleine capacité de travail apparaît réaliste. Si néanmoins cet essai devait se solder par un échec en raison des douleurs, nous proposerions alors de discuter d'une réorientation professionnelle. Dans un travail sans port de charges lourdes de plus de 20 kg et sans marche en terrain inégal, la capacité de travail serait alors naturellement complète." Dans son examen médical final du 11 juin 2009, le Dr K._____ paraît se rallier à cette opinion sans ajouter d'autres éléments.

- 11 - Aucune reprise de travail n'est toutefois intervenue, pour des raisons qui échappent à la cour. Il importe également de relever qu'une incapacité de travail a été reconnue jusqu'au 31 mars 2009 par les médecins de la CRR dans leur certificat du 16 janvier 2009 et qu'ils n'ont pu se prononcer sur l'état du recourant après cette date. D'autre part, dans son consilium orthopédique du 19 décembre 2008, le Dr P._____, tout en parlant en cas d'échec de la reprise de travail, d'une "activité à 100% dans un travail léger", déclare que le pronostic lui paraît personnellement réservé. Au vu de ces circonstances, la cour est d'avis qu'il persiste un certain doute sur la possibilité pour le recourant de reprendre une activité professionnelle à un taux de 100%, même dans une activité adaptée. Les appréciations de la CRR ne s'avèrent pas catégoriques, de sorte qu'à défaut de disposer des renseignements médicaux utiles, la cour de céans n'est pas en mesure de statuer sur le droit éventuel du recourant à une rente d'invalidité. c) Compte tenu de ce qui précède, la cause est insuffisamment instruite pour statuer, en l'état, sur le droit aux prestations litigieuses. Il appartiendra à l'intimée de mettre en œuvre un complément d'instruction, conformément à l'art. 43 LPG. La cause lui sera renvoyée à cet effet. Elle prendra soin d'opérer une évaluation de la capacité résiduelle de travail du recourant. Partant, la mise en œuvre d'une expertise judiciaire ainsi que l'audition du Dr M._____ de la CRR en qualité de témoin ne se révèlent pas nécessaires, le dossier de la cause étant renvoyé à l'assureur pour complément d'instruction dans le sens des considérants.

E. 5

La procédure étant gratuite, il n'y a pas lieu de percevoir de frais de justice (art. 61 al. 1 let. a LPGA). Obtenant gain de cause, le recourant, assisté d'un mandataire professionnel commis d'office, a droit à une indemnité pour ses dépens, arrêtée à 2'000 francs (art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD).

- 12 -

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