

VD_GERICHTE ZA11.007956 vom 7. August 2013

VD Tribunal cantonal, 2013-08-07, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA11.007956

FR: VD_GERICHTE ZA11.007956 du 7 août 2013

IT: VD_GERICHTE ZA11.007956 del 7 agosto 2013

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 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). En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile et respecte pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable. b) La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36]).

- 13 -

E. 2

En l'espèce, la recourante ne conteste pas l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, qui n'est donc pas comprise dans l'objet du litige. Le litige porte sur la question de savoir si la recourante a droit à des prestations de l'assurance-accidents (indemnités journalières ainsi que prise en charge du traitement médical) au-delà du 31 juillet 2010.

E. 3

a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel ou de maladie professionnelle. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose notamment entre l'évènement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle. Cette condition est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet évènement 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; 129 V 402 consid. 4.3.1; 119 V 335 consid. 1; 118 V 286 consid. 1b et les références citées; TF 8C_377/2009 du 18 février 2010 consid. 5.1). Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé: il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 129 V 177 consid. 3.1; 129 V 402 consid. 4.3.1; 119 V 335 consid. 1). Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement "post hoc, ergo propter hoc"; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'évènement assuré. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177

consid. 3.1; 119 V 335 consid. 1; TF 8C_1025/2008 du 19 octobre 2009 consid. 3.2; TF 8C_377/2009 du 18 février 2010 consid. 5.1). Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que

- 14 - 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références citées; 119 V 338 consid. 1). Le droit à des prestations découlant d'un accident suppose en outre un lien de causalité adéquate entre l'évènement dommageable et l'atteinte à la santé. Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, cependant, en cas d'atteinte à la santé physique, la causalité adéquate se recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle (ATF 118 V 286 consid. 3a; 117 V 359; TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1). b) Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. S'il est totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite de l'accident, il a droit à une indemnité journalière (art. 16 al. 1 LAA). Le droit à l'indemnité prend naissance le troisième jour qui suit celui de l'accident et 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). Enfin, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite de l'accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 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 (art. 19 al. 1, 1ère phrase LAA). Il faut en principe que l'état de l'assuré puisse être considéré comme stable d'un point de vue médical (Frésard / Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], 2ème éd., n° 153 p. 895). c) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas

- 15 - 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 (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). Si les rapports médicaux sont contradictoires, le juge 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. Pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il faut que les points litigieux importants 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 du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a et les références citées; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les

références citées; TFA I 554/01 du 19 avril 2002 consid. 2a). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a; TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2 et les références citées; TF 9C_440/2008 du 5 août 2008).

- 16 -

E. 4

a) Dans le cas présent, les rapports médicaux sur lesquels se fonde l'intimée sont probants et permettent de statuer en toute connaissance de cause, de sorte que l'expertise requise par l'assurée n'est pas nécessaire. Tous les avis médicaux au dossier concordent – et conduisent à retenir une capacité de travail et de gain entière dans une activité adaptée (cf. notamment l'avis médical du 9 septembre 2009 du Dr P. _____, ceux des 8 et 29 mars 2010 du Dr X. _____, celui du 31 mai 2010 du Dr A. _____, et l'avis médical du Dr I. _____ du SMR du 21 octobre 2009), seul le Prof. T. _____ faisant état d'une capacité de travail de 50%, compte tenu de l'état dépressif de la patiente. Toutefois, ce médecin a également relevé que la recourante travaillerait à 50% dès août 2010 dans la mesure où son employeur ne pouvait lui attribuer d'autres fonctions ou une autre place de travail, et qu'elle serait pour le 50% restant au chômage. Une telle affirmation permet donc de considérer que la recourante présente bien une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Au demeurant, même si la recourante souffrait de troubles psychiatriques invalidants, le lien de causalité adéquate avec l'accident ne serait pas établi. En effet, d'après la jurisprudence, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre un accident insignifiant ou de peu de gravité et des troubles psychiques consécutifs à l'accident doit, en règle générale, être niée d'emblée, tandis qu'elle doit être admise en cas d'accident grave; pour admettre le rapport de causalité adéquate entre un accident de gravité moyenne et des troubles psychiques, il faut prendre en considération certains critères, dont les plus importants sont les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident, la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques, la durée anormalement longue du traitement médical, les douleurs physiques persistantes, les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident, les difficultés apparues au cours de la guérison et les complications

- 17 - importantes qui ont pu en résulter, ainsi que le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques. Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa; 403 consid. 5c/aa; TF 8C_336/2008 du 5 décembre 2008 consid. 3). Dans le cas présent, l'accident est de peu de gravité, chuter de sa hauteur ne pouvant être considéré comme un accident de gravité moyenne. Dans ces circonstances, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre cet accident et d'éventuels troubles psychiques consécutifs doit être niée d'emblée. Pour le

surplus, l'intimée ne remet pas en cause que les médecins interrogés estiment l'incapacité de travail entre 50 et 60% dans l'activité exercée jusqu'alors. Le grief tiré de la contradiction des rapports médicaux est donc dénué de fondement. Il y a encore lieu de constater que l'état de la recourante était bien stabilisé au 31 juillet 2010, et très certainement bien avant cette date, une capacité de travail entière lui étant reconnue dans une activité adaptée à compter du mois de septembre 2009 par le Dr P._____. Cela étant, le Dr X._____ a bien posé le 29 mars 2010 que l'état de la patiente semblait consolidé, sans être contredit. Il convient dès lors de constater que l'état de santé de la recourante était stabilisé lorsque l'intimée a statué sur le droit aux prestations, et qu'il l'était à plus forte raison le 31 juillet 2010.

- 18 - b) La recourante se prévaut en outre du fait que le Dr P._____ aurait fait état d'un préjudice permanent possible, voire même probable. Or l'existence d'une atteinte probablement durable à l'intégrité corporelle n'est pas contestée, et a du reste donné lieu à une IPAI de 7.5%, correspondant à un montant de 9'450 fr., préjudice chiffré par le Dr X._____ lui-même à ce taux. c) La recourante semble mettre en doute le fait qu'il existe une activité manuelle pouvant être exercée "d'une seule main". Or la recourante est droitrière et il n'est pas établi qu'elle ne puisse plus exercer qu'une activité monomanuelle. S'il n'est par ailleurs pas contesté qu'elle présente des limitations fonctionnelles au niveau de la main gauche (travaux de force, mouvements répétitifs de pro-/supination, flexion/extension, port de charges de plus de 5 kg, cf. rapport médical du Dr I._____ du 21 octobre 2009), il est constant qu'au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvre le marché du travail en général, un certain nombre d'entre elles sont adaptées au handicap de la recourante, notamment des travaux de contrôle et de surveillance. d) La recourante soutient encore que les douleurs résiduelles dont elle souffre n'ont pas été prises en compte dans l'appréciation de sa capacité de travail. Cette affirmation est pourtant contredite par les rapports médicaux au dossier: il apparaît en effet que les médecins se sont attachés à décrire les douleurs ressenties par leur patiente (ainsi le Dr P._____ les 23 juillet et 9 septembre 2009 et le Dr X._____ le 29 mars 2010), et qu'ils ont intégré ce constat à leur appréciation de sa capacité de travail résiduelle. La recourante ne peut dès lors être suivie lorsqu'elle soutient que ses douleurs n'ont pas été prises en compte. e) On relèvera enfin que les critiques formulées par la recourante à l'égard de l'OAI ne sont pas non plus de nature à remettre en cause la décision attaquée. Il apparaît bien plutôt que cet office a mis en œuvre les mesures qui pouvaient l'être et a instruit le dossier de la recourante à satisfaction de droit. Il a ainsi interpellé ses médecins, qui

- 19 - l'ont renseigné par des rapports médicaux des 29 juin et 11 août 2009 notamment. Les éléments médicaux ont ensuite été soumis au SMR. S'agissant du placement, la recourante a pu rencontrer un coordinateur emploi de l'OAI. Pourtant, à la suite de l'entretien du 16 mai 2011, elle ne s'est plus manifestée. L'OAI l'a alors priée de prendre contact avec un coordinateur emploi le 16 juin 2011, puis l'a convoquée à un entretien le 5 août 2011. La recourante ne s'y est toutefois pas présentée. Elle a finalement signalé que son emploi à 40% lui convenait, ce qui a conduit l'OAI à mettre fin à son mandat d'aide au placement (cf. courrier de l'OAI du 26 mars 2012 et rapport final du 11 juin 2012). Quoi qu'il en soit, si la recourante entendait critiquer l'instruction du dossier de l'OAI, il lui incombait de faire valoir ses griefs auprès de cet office, et non dans le cadre de la présente procédure. Il apparaît au demeurant que lorsque l'intimée a statué, l'OAI avait déjà mené à terme les

mesures de réadaptation envisagées, dès lors qu'il a rendu un projet de décision refusant le droit à la rente d'invalidité le 20 mai 2010, à la suite de l'interruption par la recourante de son stage en avril 2010.

E. 5

La recourante demande également la poursuite de la prise en charge de son traitement médical par l'intimée. a) L'art. 10 al. 1 LAA prévoit le 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. La preuve que la mesure envisagée permettra d'atteindre cet objectif doit être établie avec une vraisemblance suffisante; elle est rapportée dès que l'on peut admettre que le traitement envisagé ne représente pas seulement une possibilité lointaine d'amélioration (TFA U 188/04 du 18 juillet 2005 consid. 5.2, TFA U 252/01 du 17 juin 2002 consid. 3a, TFA U 134/99 du 8 novembre 2001 consid. 1b, in RDAT 2002 I no 77 p. 502; Jean-Maurice Frésard / Margrit Moser- Szeless, op. cit., no 138 p. 891; Alfred Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 1985, p. 274 ch. 1 et 2).

- 20 - Aux termes de l'art. 19 al. 1 LAA, le droit au traitement médical s'éteint lorsqu'il n'y a plus lieu d'attendre du traitement une sensible amélioration de l'état de santé et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Dès cette date, le droit éventuel à une rente de l'assurance-accidents prend naissance. Il faut que le traitement ne puisse plus entraîner d'amélioration ni éviter de péjoration de l'état de santé, de sorte que celui-ci doive être considéré comme stable (TF 8C_1023/2008 du 1er décembre 2009 consid. 5.1; Frésard / Moser-Szeless, op. cit., nos 138 p. 891 et 153 p. 895; Maurer, op. cit., p. 274 et 372; cf. également ATF 134 V 109 consid. 4 p. 113 ss). b) Si la recourante prend une conclusion tendant à la prise en charge des frais liés au traitement médical, on voit mal à quel traitement elle fait allusion, dans la mesure où elle n'explique pas de quel traitement il s'agit, ni les motifs qui devraient conduire à sa prise en charge. Quoiqu'il en soit, ainsi qu'on l'a vu (cf. consid. 4a), son état était stabilisé à compter du début de l'année 2010, et à tout le moins au 31 juillet 2010. Certes le Dr P._____ a fait état d'un traitement d'ergothérapie et d'antalgie dans son rapport du 23 juillet 2009. Le 8 mars 2010, le Dr X._____ a pour sa part uniquement mentionné un suivi à la [...][...]. A cet égard, les Drs E._____ et N._____ ont suggéré, en présence de douleurs neurogènes, un test de neuromodulation, que l'assurée a refusé, estimant ce traitement trop compliqué par rapport à ses douleurs et exprimant une grande crainte à son égard (rapport médical du 16 mars 2010). Cela étant, le 31 mai 2010, le Dr A._____ a indiqué que le Dr X._____ ne semblait pas proposer de nouveau traitement, seul subsistant le suivi psychothérapeutique et la médication psychotrope. Or, ainsi qu'on l'a vu (cf. consid. 4a), les troubles dont se plaint la recourante au plan psychiatrique ne sont pas en lien de causalité adéquate avec l'accident en cause. Dans ces circonstances, ce traitement n'est donc pas à la charge de l'intimée.

- 21 -

E. 6

En conclusion, la décision sur opposition de l'intimée du 1er février 2011 est fondée et la recourante ne peut prétendre à la poursuite du versement des indemnités journalières et de la prise en charge du traitement médical au-delà du 31 juillet 2010. Le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision sur opposition litigieuse. Il

n'est pas perçu de frais de justice, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA) ni alloué de dépens, vu l'issue du litige (art. 61 let. g LPGA).

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