

VD_GERICHTE ZA14.010821 vom 9. September 2016

VD Tribunal cantonal, 2016-09-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA14.010821

FR: VD_GERICHTE ZA14.010821 du 9 septembre 2016

IT: VD_GERICHTE ZA14.010821 del 9 settembre 2016

Erwägungen

E. 7

En l'espèce, il convient dans un premier temps de déterminer si l'état de santé de l'assuré peut être considéré comme stabilisé au vu des pièces médicales réunies par l'intimée. a) On rappellera que l'assuré a fait l'objet de plusieurs examens cliniques spécialisés à la demande de la CNA, à savoir au sein de

- 28 - la Clinique H._____, auprès des Drs N._____ et P._____, ainsi qu'auprès du médecin d'arrondissement, le Dr J._____. Il a par ailleurs fait l'objet d'un suivi au sein du Service de neurochirurgie du Centre E._____ par le Dr O._____. Sur le plan diagnostique, les différents praticiens consultés convergent pour retenir un « syndrome radiculaire S1 gauche » en sus d'une « hernie discale L5-S1 » d'origine dégénérative. Ils ont par ailleurs tous relevé l'absence d'indication d'une mesure thérapeutique invasive, préconisant une prise en charge antalgique, tout en observant un comportement douloureux, des signes de non organicité et d'importantes autolimitations. Dans ce contexte, les conclusions contenues dans le rapport d'examen final du Dr J._____ du 19 septembre 2012 sont superposables aux avis communiqués par ses confrères spécialistes. Faute d'indication d'un nouveau geste thérapeutique, ce praticien a ainsi été en mesure de définir l'exigibilité d'une reprise d'activité à temps complet pour autant que celle-ci soit exempte de port de charges moyennes et de positions statiques prolongées. Le rapport du 19 septembre 2012 peut se voir conférer pleine valeur probante, dans la mesure où il remplit les réquisits imposés par la jurisprudence fédérale citée supra sous considérant 7b. Singulièrement, le médecin d'arrondissement de la CNA a procédé à des investigations fouillées du cas de l'assuré, non sans prendre en compte les éléments pertinents de son anamnèse et les plaintes alléguées, de même que les constats cliniques objectivés par ses confrères. Ce n'est en outre qu'après étude minutieuse des pièces médicales à disposition qu'il a fait part de ses conclusions, fondées également sur ses propres observations, au demeurant corroborées par ses confrères ayant reçu ou suivi l'assuré. Ce document peut donc être suivi.

- 29 - b) Le recourant se prévaut par ailleurs, au stade de la présente procédure, du rapport établi par la Dresse S._____ du Service de neurochirurgie du Centre E._____, ainsi que des certificats médicaux émanant de son médecin généraliste traitant, le Dr Q._____, pour se distancer de l'appréciation de l'intimée. S'agissant des certificats du Dr Q._____, ces documents ne font état que des incapacités totales de travail réitérées par ce praticien, sans aucun détail sur les motifs desdites incapacités. Ils ne sont dès lors en aucun cas de nature à ébranler les conclusions des spécialistes consultés. Quant à l'opinion communiquée par la Dresse S._____, on ne peut que constater qu'il s'agit d'une proposition thérapeutique isolée en présence du diagnostic connu de l'intimée de « lombosciatalgie S1 gauche ». Cela étant, ainsi que l'a relevé à juste titre la CNA dans son

écriture du 9 février 2015, ce document fait de toute façon état d'une situation largement postérieure à la date de la décision sur opposition entreprise. Or, de jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant éventuellement modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b). Partant, le rapport de la Dresse S._____ ne peut qu'être écarté par la Cour de céans dans la mesure où il ne reflète pas l'état de fait régnant à la date de la décision sur opposition du 12 février 2014. c) Compte tenu de l'exhaustivité des examens conduits à la requête de l'intimée et en l'absence de tout élément substantiellement nouveau qui viendrait contredire les conclusions retenues notamment par

- 30 - le Dr J._____, on ne voit pas de raison de s'en écarter, ni même de les compléter. Les constats médicaux pertinents sur le plan somatique permettent en conséquence de retenir une stabilisation de l'état de santé de l'assuré au plus tard à la date du 28 février 2013, telle que retenue par la décision sur opposition litigieuse. d) On ajoutera qu'en l'absence de tout diagnostic du registre psychiatrique évoqué ou discuté par les différents spécialistes consultés, une investigation de l'état de santé psychique du recourant, telle que proposée par ce dernier, apparaît superflue.

E. 8

Il se justifie dès lors de se prononcer sur la rente allouée à l'assuré dès le 1er mars 2013 selon décision du 25 juillet 2013, confirmée sur opposition le

E. 12

février 2014. 9. En dernier lieu, il s'impose d'examiner la quotité de l'IPAI octroyée par la CNA, à concurrence d'un taux de 5%. a) Celui qui, par suite d'un accident assuré, souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (art. 24 al. 1 LAA). Aux termes de l'art. 24 al. 2 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé. Cette disposition légale ne fixe pas seulement le moment auquel l'assureur-accidents doit statuer sur le droit éventuel à une indemnité pour atteinte à l'intégrité, mais également le moment déterminant auquel les conditions matérielles du droit doivent être examinées. L'assureur doit d'abord statuer sur le droit à la rente avant de rendre sa décision sur l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (TF 8C_221/2012 du 4 avril 2013 consid. 4.2.2 ; TFA U 105/03 du 23 décembre 2003 consid. 5.2 in : RAMA 2004 n° U 508 p. 265).

- 38 - D'après 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. b) Faisant notamment usage d'une délégation de compétence prévue à l'art. 25 al. 2 LAA, le Conseil fédéral a édicté l'art. 36 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202). Selon l'alinéa 2 de cette disposition réglementaire, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 OLAA. Cette annexe comporte un barème – reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 124 V 29 consid. 1b ; 124 V 209 consid. 4a/bb ; 113 V 218 consid. 2a) – des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent. L'indemnité allouée pour les atteintes à

l'intégrité désignées à l'annexe 3 OLAA 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 valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Toutefois, dans la mesure où il s'agit de valeurs indicatives, destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 OLAA et permettent de procéder à une appréciation plus nuancée, lorsque l'atteinte d'un organe n'est que partielle (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc ; TF 8C_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.1). c) Le Tribunal fédéral des assurances a consacré le caractère objectif ou égalitaire de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, qui doit être

- 39 - fixée exclusivement en fonction de la gravité et de la durabilité de l'atteinte et non pas en fonction de la manière dont elle est vécue par l'assuré (ATF 113 V 218 consid. 4). La gravité de l'atteinte s'apprécie selon les constatations médicales. Elle doit être la même pour tous les assurés présentant le même status médical, sur la base des mêmes constatations médicales objectives. Elle est évaluée de manière abstraite, égale pour tous et il n'est pas nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'elle entraîne pour l'assuré concerné ou des effets particuliers ressentis par un assuré donné (ATF 115 V 147 consid. 1 ; 113 V 218 consid. 4b et les références citées). Il incombe au premier chef aux médecins d'évaluer l'atteinte à l'intégrité, car, de par leurs connaissances et leur expérience professionnelles, ils sont les mieux à même de juger de l'état clinique de l'assuré et de procéder à une évaluation objective de l'atteinte à l'intégrité (Walter Gilg/Hans Zollinger, *Die Integritätsentschädigung nach dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung*, Berne 1984 p. 100 ss ; Frei, *Die Integritätsentschädigung nach Art. 24 und 25 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung*, 1998, p. 68). Cette appréciation a lieu sur le plan médico-théorique et les facteurs subjectifs doivent être mis à l'écart. Les circonstances particulières (handicap dans les loisirs, âge, etc.) de l'assuré ne sont pas prises en considération dans la fixation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, ni la manière dont ce dernier ressent les douleurs. d) En l'occurrence, la CNA a fixé à 5% le degré de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, se basant sur les considérations du Dr J. _____ du 19 septembre 2012. Ce faisant, ce médecin s'est fondé sur la Table 7 des barèmes d'indemnisation des atteintes à l'intégrité, édictés par la CNA, laquelle prévoit ce qui suit en présence d'une « hernie discale prouvée » :

- 40 - • une IPAI de 5% à 10% en cas de douleurs modérées après mobilisation, rares ou nulles au repos, disparaissant rapidement et complètement (1 à 2 jours) ; • une IPAI de 10% à 20% en cas de douleurs minimales permanentes, même au repos, accentuées par les efforts. Le Dr J. _____ a pris en considération le degré d'IPAI de 10% correspondant au seuil douloureux évoqué par l'assuré. Il a déduit la moitié de ce taux pour prendre en compte l'état antérieur constaté lors des examens cliniques consécutifs à l'accident et finalement retenir un degré d'IPAI définitif de 5%. Ce raisonnement et ses fondements ne peuvent qu'être ici confirmés, tandis que la contestation du recourant dans ce contexte apparaît vague et hors de proportion au regard des atteintes à la santé diagnostiquées des suites de l'accident du 27 janvier 2010. Les arguments de l'assuré ne peuvent en conséquence qu'être écartés s'agissant de son droit à l'IPAI et la décision de l'intimée à cet égard maintenue. Le

recourant n'a au surplus pas soulevé de grief à l'encontre du montant de l'IPAI correspondant à l'indemnisation de 5%, soit 6'300 fr. (valeur 2013), lequel ne prête au demeurant pas flanc à la critique. 10. Il résulte de l'ensemble des éléments qui précèdent que le recours, entièrement mal fondé, doit être rejeté et la décision entreprise confirmée. a) Le présent arrêt est rendu sans frais, vu la gratuité de la procédure (cf. art. 61 let. a LPGA ; 45 LPA-VD). Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer des dépens dès lors que le recourant, n'obtient pas gain de cause (cf. art. 61 let. g LPGA ; art. 55 LPA-VD).

- 41 -

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