

VD_GERICHTE ZA14.037274 vom 3. März 2016

VD Tribunal cantonal, 2016-03-03, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA14.037274

FR: VD_GERICHTE ZA14.037274 du 3 mars 2016

IT: VD_GERICHTE ZA14.037274 del 3 marzo 2016

Erwägungen

E. 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. Les prestations de l'assurance-accidents obligatoire comprennent notamment les prestations en espèce sous forme d'indemnités journalières (art. 16 LAA), de rentes d'invalidité (art. 18 LAA) et de survivants (art. 28 LAA), ainsi que les prestations en espèce versées à titre d'indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 24 LAA). 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 d'un accident a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. L'atteinte à l'intégrité au sens de cette disposition consiste généralement en un déficit corporel anatomique ou fonctionnel, mental ou psychique. Aux termes de l'art. 25 al. 1 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est déterminée en fonction de la gravité de l'atteinte. Elle 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 (JEAN-MAURICE FRÉSARD/MARGIT MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire in : Schweizerisches Bundes-verwaltungsrecht (SBVR), 2ème éd., 2007, no 229). 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 p. 221; RAMA 2004 no U 514 p. 415, U 134/03, consid. 5.2; RAMA 2000 no U 362 p. 41, U 360/98, consid. 1 ; TF 8C_703/2008 du 25 septembre 2009). L'évaluation de la gravité de l'atteinte, dont dépend le montant de l'indemnité, se détermine uniquement d'après les constatations médicales (cf. SVR 2009 UV n° 27 p. 97, 8C_459/2008, consid. 2.3 ; voir également THOMAS FREI, Die Integritätsentschädigung nach Art. 24 und 25 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, 1998, p. 41). Dans ce cadre, les médecins doivent, d'une part, constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et, d'autre part, estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (FRÉSARD/MOSER- SZELESS, op. cit., no 235).

- 15 - A teneur de l'art. 36 al. 4 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202), il sera équitablement tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité. Cette disposition de l'ordonnance a été jugée conforme à la loi en tant qu'elle définit le caractère durable de l'atteinte (cf. ATF 133 V 224 consid. 2). L'annexe 3 de l'OLAA, à laquelle renvoie l'art. 36 al. 2 OLAA, comporte un barème des atteintes à l'intégrité en pour cent du montant maximum du gain assuré. Ce barème – reconnu conforme à la loi – ne constitue pas une énumération exhaustive (cf. ATF 124 V 32 consid. 1b et les références). Il représente une « règle générale » (ch. 1 al. 1 de l'annexe 3). Pour les atteintes qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il y a lieu d'appliquer le barème par analogie, en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 de

l'annexe). Le ch. 2 de l'annexe 3 dispose au surplus qu'en cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence, aucune indemnité n'étant toutefois versée dans les cas pour lesquels un taux inférieur à 5% du montant maximum du gain assuré serait appliqué. A cette fin, la Division médicale de la CNA a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA. Sans lier le juge, ces tables sont néanmoins compatibles avec l'annexe 3 OLAA (cf. 124 V 211 consid. 4a/cc ; TF 8C_195/2013 du 10 août 2013 consid. 6.1, 8C_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.1, 8C_365/2007 du 15 mai 2008 consid. 7.2) et permettent de procéder à une appréciation plus nuancée, lorsque l'atteinte d'un organe n'est que partielle. Selon la table 5 de la CNA traitant de l'atteinte à l'intégrité résultant d'arthroses, l'arthrose légère ne donne droit à aucune indemnisation. En cas d'implant d'une endoprothèse, le taux d'atteinte à l'intégrité s'évalue selon l'état non corrigé, c'est-à-dire sur le degré de gravité de l'arthrose avant implant (colonnes 2 et 3 de la table). Les colonnes 5 et 6 entrent quant à elles en application en cas de prothèses implantées directement après l'accident (endoprothèses primaires). En

- 16 - fonction de la partie de l'articulation touchée par l'arthrose et de la gravité de celle-ci, la table 5 retient les taux d'atteinte à l'intégrité suivants : « (...) Arthrose moyenne Arthrose grave a. fémoro-patellaire 5-10% 10-25% a. fémoro-tibiale 5-15% 15-30% b. du genou (pangonarthrose) 10-30% 30-40% » La jurisprudence a confirmé à plusieurs reprises que l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité en cas d'implantation de prothèses ou d'endoprothèses doit reposer sur l'état de santé non corrigé, comme en cas de remise d'un moyen auxiliaire, à l'exception des moyens servant à la vision (cf. TF 8C_542/2012 du 8 juillet 2013, consid. 7.2, 8C_862/2009 du 26 juin 2009 consid. 3.1 et 3.2 et les références citées). b) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne 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 soient bien motivées (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3 et les références ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

- 17 - Lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que subsistent des doutes quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées, mêmes faibles, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'avis de ce médecin et il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; cf. également ATF 137 V 210 consid. 1.2.1). A contrario, l'appréciation d'un médecin interne à l'assurance peut se voir conférer pleine

valeur probante lorsque le rapport concerné apparaît concluant, exempt de contradictions et qu'il ne subsiste aucun indice susceptible de faire douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

E. 4

a) Dans le cas d'espèce, la recourante soutient que l'instruction menée par l'intimée quant à son droit à une IPAI a été lacunaire. Elle fait valoir que le Dr J. _____ n'a pas été sollicité au sujet des éléments médicaux apportés en cours de procédure d'opposition et qu'il ne s'est jamais prononcé sur son dossier radiologique. Elle requiert donc à titre principal le renvoi de la cause à l'intimée pour instruction complémentaire. De son côté, R. _____ réfute toute insuffisance d'instruction. Elle indique que le Dr J. _____ a été consulté tout au long de la procédure d'opposition, ses avis ayant été soumis à la recourante en mai et juin 2014. Ainsi, les déterminations du Dr V. _____ ont été portées à la connaissance du médecin-conseil, sans pour autant le faire revenir sur sa position. b) L'évaluation d'une atteinte à l'intégrité des suites d'un accident nécessite l'avis d'un médecin, à qui il appartient, d'une part, de constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et, d'autre part, d'estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (cf. consid. 4a supra). En l'occurrence, bien que le Dr J. _____ se soit certes prononcé sur la question de l'IPAI, son avis ne peut être retenu, faute de satisfaire aux

- 18 - exigences fixées par la jurisprudence en matière de force probante des rapports médicaux (cf. consid. 4b supra). D'une part en effet, ses prises de position sont par trop sommaires et imprécises pour s'imposer. Ainsi, le 27 mai 2011, R. _____ a demandé à son médecin-conseil d'indiquer si une IPAI serait probablement due et dans l'affirmative, de préciser en quoi consistait l'atteinte et quelle était son étendue. Le Dr J. _____ a fourni comme seule réponse : « 20% ». Le 25 juin 2012, interrogé par R. _____ dans les mêmes termes, le médecin-conseil s'est à nouveau contenté de répondre : « 20% pour le genou droit », sans nulle autre précision. En outre, dans son avis du 4 novembre 2013, le Dr J. _____ a uniquement précisé que l'IPAI était due « immédiatement compte tenu de l'hémi-prothèse au genou droit ». Ainsi, les avis successifs du Dr J. _____ sur lesquels R. _____ a fondé la décision attaquée sont dénués de toute motivation, de telle sorte qu'on ne peut leur conférer pleine valeur probante. L'avis du médecin-conseil du 13 octobre 2014 transmis par l'intimée à l'appui de sa réponse au recours du 22 octobre 2014 ne peut pas non plus être retenu. C'est en effet à tort que le Dr J. _____ y soutient que dans le cas d'espèce, l'IPAI peut être indifféremment fixée en fonction de la pose de la prothèse ou de l'atteinte causée par l'arthrose. En effet, en cas de pose d'une prothèse secondaire, le degré de l'atteinte doit être arrêté non sur la base de l'état corrigé, après implant, mais en tenant compte de l'état non corrigé, sur la base des colonnes 2 et 3 de la table 5 de la SUVA (cf. consid. 4a supra). Quant à l'IPAI due en cas d'arthrose, elle dépend de la gravité de l'arthrose. Selon la table 5 de la CNA, seules les arthroses moyennes et graves donnent lieu à indemnisation, à défaut des arthroses légères. Or, à cet égard également, l'avis du Dr J. _____ est insuffisamment motivé. A aucun moment en effet, il ne se prononce sur la gravité de l'arthrose constatée, critère pourtant déterminant pour fixer l'IPAI. Il procède à un calcul peu explicite, dans lequel, après être parti d'une fourchette de 5 à 30% (correspondant à la moins grave des arthroses fémoro-tibiales moyennes et à la plus grave des arthroses fémoro-tibiales graves), il réduit par deux le taux de 30% au motif que seul le compartiment fémoro-tibial externe serait touché. Le Dr J. _____ ne s'est en outre pas prononcé

- 19 - sur le risque d'aggravation au sens de l'art. 36 al. 4 OLAA, alors que dans son avis du 9 novembre 2009, il a évoqué le risque de devoir implanter une prothèse totale du genou, indiquant même le 10 mai 2010 : « On va vers la PTG [prothèse totale du genou] ». Ces remarques laissent entendre que le genou risquait d'être touché dans une plus grande mesure, jusqu'à nécessiter la pose d'une prothèse totale. L'assurée n'ayant bénéficié que d'une prothèse unicompartimentale, le reste du genou étant considéré par l'intimée comme intact, le risque évoqué par le Dr J. _____ nécessitait qu'il se prononce spécifiquement sur le caractère prévisible de ces aggravations. D'autre part, c'est de manière convaincante que la recourante fait grief au Dr J. _____ de s'être prononcé sur un dossier incomplet. La question de savoir s'il s'est déterminé sur les rapports du Dr V. _____ produits par l'assurée en procédure d'opposition peut être laissée ouverte en l'espèce. Peu importe dès lors que les courriers de l'intimée à l'assurée des 12 mai et 23 juin 2014 soient fondés, comme elle le soutient, sur les avis de son médecin-conseil. Le fait que le Dr J. _____ se soit prononcé sans examiner le dossier radiologique de l'assurée, grief que l'intimée n'a pas contesté, suffit pour conclure que le médecin-conseil s'est prononcé sur un dossier incomplet. Certes, le protocole opératoire du Dr F. _____ du 5 mai 2011 est un document déterminant pour l'évaluation de l'état du genou de la recourante. Il ne justifie toutefois pas à lui seul d'exclure d'emblée l'examen du dossier radiologique, lequel fait partie du dossier médical. On s'étonnera à cet égard qu'R. _____ ait à deux reprises purement et simplement refusé de faire examiner les radiographies par son médecin-conseil, malgré les demandes réitérées de l'assurée, au motif qu'une telle démarche était selon elle « inutile », alors qu'un tel examen est pourtant usuel, indépendamment des conclusions qu'en tire l'expert au final. Au vu des éléments qui précèdent, force est de reconnaître que l'avis du Dr J. _____ quant à l'évaluation de l'IPAI n'est pas suffisamment probant et ne permet donc pas à régler la question litigieuse.

- 20 -

E. 5

En l'occurrence, compte tenu des lacunes dans l'instruction du cas, il existe un doute quant à la fiabilité et la pertinence des constatations médicales sur lesquelles l'intimée a fondé la décision litigieuse. Il subsiste des incertitudes s'agissant de l'importance de l'atteinte à l'intégrité touchant le genou droit de la recourante. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'intimée dans le sens des conclusions principales prises par la recourante – dès lors qu'il lui appartenait au premier chef d'instruire conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, selon l'art. 43 al. 1 LPGA – cette solution apparaissant comme la plus opportune. Dans ce contexte, il appartiendra à R. _____ de mettre en œuvre une expertise médicale neutre, conformément à l'art. 44 LPGA. Ce faisant, l'intimée veillera à respecter les principes et recommandations posés à l'ATF 137 V 210, applicables par analogie aux expertises pluridisciplinaires (ATF 139 V 349 consid. 5.4 p. 357). Elle soumettra à l'expert l'intégralité du dossier médical, y compris le dossier radiologique complet, ainsi que les avis des Drs J. _____ et V. _____. Il appartiendra notamment à l'expert, après examen du dossier complet et, cas échéant, examen de l'assurée, d'établir précisément l'état du genou droit avant la pose de la prothèse le 5 mai 2011. Il se prononcera sur le degré de gravité de l'arthrose et déterminera si dite arthrose touchait également le compartiment fémoro-tibial interne. L'expert prendra également position sur le risque d'aggravation, selon l'art. 36 al. 4 OLAA. Compte tenu de ces éléments, il incombera à l'intimée de statuer

sur le droit à l'IPAI de la recourante, par le biais d'une nouvelle décision.

E. 6

Compte tenu du renvoi de la cause à l'intimée pour nouvelle décision sur le droit à l'IPAI, la conclusion de la recourante portant sur les intérêts moratoires est prématurée, dès lors que de tels intérêts sont l'accessoire de la créance principale. La Cour de céans n'a donc pas à statuer sur ce point. Il appartiendra cependant à l'intimée, en temps voulu, de rendre une décision motivée sur l'éventuel droit de l'assurée à des intérêts moratoires au sens de l'art. 26 al. 2 LPGA.

- 21 -

E. 7

a) Au vu de ce qui précède, le recours est admis et la décision attaquée est annulée, la cause étant renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants. b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (cf. art. 61 let. a LPGA). c) La recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens (cf. art. 61 let. g LPGA). Dans son acte de recours et sa réplique du 10 décembre 2014, elle a conclu à la mise à charge de l'intimée des frais d'établissement des rapports médicaux du Dr V._____, pour un total de 610 fr., dont 435 fr. se rapportent à des consultations intervenues en cours de procédure recours. En vertu de l'art. 45 al. 1 LPGA, les frais occasionnés par les mesures d'instruction indispensables à l'appréciation du cas sont pris en charge par l'assureur. Selon la jurisprudence, les frais d'expertise privée peuvent être inclus dans les dépens mis à la charge de l'assureur social, lorsque cette expertise était nécessaire à la résolution du litige (cf. ATF 135 V 473, 115 V 62 ; cf. TF 9C_136/2012 du 20 août 2012 consid. 5 et la référence). En l'occurrence, les brefs avis du Dr V._____ n'ont pas directement permis d'établir de manière concluante l'état de fait médical déterminant s'agissant de la question de l'IPAI. Ils ont néanmoins contribué, dans une certaine mesure, à la résolution du litige. Cela étant, il convient d'arrêter le montant des dépens dus par l'intimée à la recourante à 2'000 fr., cette somme incluant les frais liés à la consultation du Dr V._____.

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