

VD_GERICHTE ZA16.004869 vom 22. Juni 2017

VD Tribunal cantonal, 2017-06-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA16.004869

FR: VD_GERICHTE ZA16.004869 du 22 juin 2017

IT: VD_GERICHTE ZA16.004869 del 22 giugno 2017

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 sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 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 (art. 56 al. 1 LPGA). Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

- 8 - Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA- VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD). b) En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile compte tenu des fêtes d'hiver (cf. art. 38 al. 4 let. c LPGA) devant le tribunal compétent, respecte les autres conditions de forme prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

E. 2

a) En tant qu'autorité de recours, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal peut examiner d'office l'ensemble des aspects de la prestation litigieuse. Elle peut toutefois aussi se limiter à se prononcer expressément sur les seuls griefs soulevés, sans exposer de manière détaillée dans le jugement les autres éléments fondant la décision, sauf si des aspects particuliers du dossier le justifient (ATF 125 V 413 consid. 2c). Elle se prononce sur la situation en fait et en droit jusqu'au moment de la décision litigieuse (ATF 140 V 70 consid. 4.2 et 131 V 242 consid. 2.1). b) Le litige porte sur le droit aux indemnités journalières et à la poursuite, à la charge de l'intimée, d'un traitement médical allant au-delà d'une simple médication antalgique et anti-inflammatoire et de deux séries de neuf séances de physiothérapie prescrites par un médecin, pour la période postérieure au 30 juin 2015. La question du droit à la rente ou l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) n'est pas litigieuse, puisque la décision sur opposition contestée ne porte pas sur le droit à ces prestations. c) On précisera que les modifications introduites par la nouvelle du 25 septembre 2015, entrée en vigueur le 1er janvier 2017 (cf. ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification [RO 2016 4388]), ne sont pas applicables au cas d'espèce (cf. aussi ATF 136 V 24 consid. 4.3 ;

- 9 - 130 V 445 consid. 1.2.1 ; 129 V 1 consid. 1.2 ; TF 9C_446/2013 du 21 mars 2014 consid. 4.2).

E. 3

a) Selon l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir: a. au traitement ambulatoire dispensé par le médecin, le dentiste ou, sur leur prescription, par le personnel paramédical ainsi que, par la suite, par le chiropraticien; b. aux médicaments et analyses ordonnés par le médecin ou le dentiste; c. au traitement, à la nourriture et au logement en salle commune dans un hôpital; d. aux cures complémentaires et aux cures de bain prescrites par le médecin; e. aux moyens et appareils servant à la guérison. Aux termes de l'art. 16 al. 1 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique; en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). b) A teneur 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.

- 10 - De jurisprudence constante, cela signifie que l'assuré a droit à la prise en charge des traitements médicaux et aux indemnités journalières tant qu'il y a lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de son état de santé et pour autant que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité aient été menées à terme. Lorsque ces conditions ne sont plus remplies, le droit à ces prestations cesse et le droit à la rente commence (TF 8C_403/2011 du 11 octobre 2011 consid. 3.1.1 ; ATF 134 V 109 consid. 4.1 et les références citées). Le droit à la prise en charge des traitements médicaux et des indemnités journalières cesse également s'il n'y a plus lieu d'attendre une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré, qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération, mais qu'aucune rente n'est allouée parce que l'assuré présente un taux d'invalidité inférieur au seuil de 10% prévu par l'art. 18 al. 1 LAA (ATF 134 V 109 consid. 4.1 et 133 V 57 consid. 6.6.2). c) Une fois que le traitement médical a cessé, des mesures médicales ne peuvent être prises en charge qu'aux conditions de l'art. 21 LAA et seulement si l'assuré a été mis au bénéfice d'une rente. S'il n'a pas droit à une telle prestation, il appartient à l'assurance-maladie de prendre en charge le traitement. Demeure réservée l'annonce d'une rechute ou de séquelles tardives nécessitant un traitement médical (art. 11 OLAA ; [Ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]).

E. 4

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé: il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua

non

- 11 - de celle-ci (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et 402 consid. 4.3.1; 119 V 335 consid. 1). Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration, 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 le droit des assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références; TF 8C_714/2013 du 23 juillet 2014 consid. 3.1 et 8C_433/2008 du 11 mars 2009 consid. 3.1). Lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (TF 8C_895/2011 du 7 janvier 2013 consid. 5.1, 8C_513/2007 du 22 avril 2008 consid. 2 et les références). En droit des assurances sociales, il n'existe pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré. En l'absence de preuves, la décision est défavorable à la partie qui entend déduire un droit d'une circonstance dont l'existence n'est pas établie (ATF 126 V 319 consid. 5a).

E. 5

En l'espèce, l'ensemble des médecins consultés s'accorde à constater que l'état de l'épaule gauche du recourant ne peut plus être amélioré par un traitement somatique (rapport du 26 mai 2014 des spécialistes de la CRR, du 24 novembre 2014 du Dr N. _____, des 18 mai et 11 août 2015 du Dr C. _____, des 3 et 29 juillet 2015 du Dr Q. _____). Le Dr T. _____ indique ne pas avoir de solution à proposer au terme de ses dernières investigations (rapport du 4 février 2016) et la physiothérapeute K. _____ se limite pour sa part à décrire le traitement prodigué aux épaules de l'assuré (rapport du 16 novembre 2015). De ce point de vue, l'état de santé est incontestablement stabilisé, quand bien même il entraîne encore des limitations fonctionnelles, non contestées par la CNA. Le point de savoir si ces limitations peuvent ouvrir le droit à une rente doit encore faire l'objet d'une décision. Mais dans l'attente de cette

- 12 - décision, la CNA était en droit de mettre fin aux prestations litigieuses en raison de la stabilisation de l'état de santé (cf. consid. 3a supra). Si une rente de l'assurance-accidents est finalement allouée en raison des atteintes à l'épaule gauche, elle le sera en principe avec effet rétroactif au 1er juillet 2015 (cf. consid. 7b infra).

E. 6

Le recourant allègue des atteintes à l'épaule droite, dont il considère qu'elles sont dues à une surutilisation de son épaule gauche et donc, indirectement, à l'accident. Il ne produit toutefois aucune pièce médicale pour étayer cette hypothèse, qui est réfutée par le Dr C. _____ (appréciation médicale du 11 août 2015, p. 2). Dans ces circonstances, il n'est pas nécessaire de procéder à un complément d'instruction, compte tenu de la position claire du médecin d'arrondissement de la CNA sur ce point et de l'absence de tout document médical étayant l'allégation du recourant.

E. 7

Sur le plan psychique, le Dr H. _____ a constaté des atteintes à la santé apparues à la suite de l'accident (rapport 27 janvier 2016 p. 8 - 13). Indépendamment de la question d'un éventuel rapport de causalité naturelle avec l'accident, que l'on peut renoncer à examiner à

ce stade, un rapport de causalité adéquate doit être nié, pour les motifs suivants. a) En cas d'atteinte à la santé physique, la jurisprudence a posé plusieurs critères en vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et des troubles d'ordre psychique développés ensuite par la victime. Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement: les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par exemple une chute banale), les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même. L'existence d'un lien de causalité adéquate entre un accident insignifiant ou de peu de gravité et des troubles psychiques peut, en règle

- 13 - générale, être d'emblée niée, tandis qu'en principe, elle doit être admise en cas d'accident grave; pour admettre le caractère adéquat du lien de causalité entre un accident de gravité moyenne et des troubles psychiques, il faut que soient réunis certains critères particuliers et objectifs dont les plus importants sont les suivants (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa; 403 consid. 5c/aa ; TF 8C_651/2014 du 31 août 2015 consid. 6.3) : - 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 des complications importantes; - 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 et 403 consid. 5c/aa ; TF 8C_788/2008 du 4 mai 2009 consid. 2). b) En l'occurrence, au vu de son déroulement, l'accident du 10 juillet 2013 doit être classé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne.

- 14 - La Cour de céans constate que l'assuré a chuté alors qu'il travaillait sur un chantier. On ne saurait, d'un point de vue objectif, conférer un caractère particulièrement dramatique ou impressionnant à cet accident. Depuis ce dernier, une atteinte persistante à l'épaule gauche subsiste, constituant une atteinte à l'intégrité de 15% selon le Dr C._____ (cf. le rapport d'examen final du 18 mai 2015 de ce chirurgien orthopédiste). Cependant, une grande partie des symptômes présentés par le recourant à l'épaule et au bras gauches ne peut pas être expliquée par les atteintes à la santé physique médicalement constatées. Une incapacité de travail dans l'activité habituelle de coffreur dans le bâtiment a persisté, mais pas dans une activité adaptée telle que décrite par le Dr C._____ et, avant lui, par les spécialistes de la Clinique romande de réadaptation dans leur rapport du 26 mai 2014, la situation étant stabilisée dès cette date déjà, quand bien même l'intimée n'a mis fin à ses prestations qu'au 30 juin 2015. Le traitement médical n'a pas été anormalement long. Le traitement n'a pas été entaché d'erreurs entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident. De même, objectivement, il n'a été observé ni difficultés apparues au cours de la guérison ni complications importantes sur le plan physique. En présence d'un accident de gravité moyenne et en l'absence en l'espèce, de cumul des circonstances à prendre en

considération ou d'intensité particulière de celles-ci, il convient de nier l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident du 10 juillet 2013 et les troubles psychiques présentés ensuite par le recourant. La CNA n'est pas tenue d'engager sa responsabilité sur ce plan et n'est donc pas tenue de prendre en charge le traitement psychiatrique ni de prolonger le versement des indemnités journalières pendant ce traitement.

E. 8

Cela étant, le dossier est complet, permettant ainsi à la Cour de statuer en pleine connaissance de cause. Un complément d'instruction apparaît inutile et la requête d'expertise pluridisciplinaire formulée en ce sens par le recourant le 2 février 2016 doit dès lors être rejetée. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore

- 15 - proposées, il a la conviction qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 134 I 140 consid. 5.3, 131 I 153 consid. 3 et 130 II 425 consid. 2 ; cf. TF 9C_303/2015 du 11 décembre 2015 consid. 3.2 ; 8C_285/2013 du 11 février 2014 consid. 5.2 et 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.2.1).

E. 9

Vu ce qui précède, le recours mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée. a) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGa a contrario ; art. 55 LPA-VD). b) Par prononcé du 10 mars 2016, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire à compter du 2 février 2016 et a obtenu à ce titre la commission d'un avocat d'office en la personne de Me Alessandro Brenci. Conformément à l'art. 2 al. 1 RAJ (règlement vaudois sur l'assistance judiciaire en matière civile du 7 décembre 2010 ; RSV 211.02.3), le conseil juridique commis d'office a droit au remboursement de ses débours et à un défraiement équitable, qui est fixé en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office ; à cet égard, le juge apprécie l'étendue des opérations nécessaires pour la conduite du procès. c) Le 8 mai 2017, Me Brenci a produit une liste des opérations dont il n'y a pas de motif de s'écarter. Il convient par conséquent de lui allouer une indemnité d'office de 1'497 fr. 20, TVA comprise pour un tarif horaire de 180 fr. (art. 2 al. 1 let. a RAJ). d) La procédure étant gratuite, il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. a LPGa).

- 16 - e) Le recourant est rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser le montant pris en charge par le canton dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ).

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