

VD_GERICHTE ZA16.006120 vom 26. Juni 2017

VD Tribunal cantonal, 2017-06-26, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA16.006120

FR: VD_GERICHTE ZA16.006120 du 26 juin 2017

IT: VD_GERICHTE ZA16.006120 del 26 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 (cf. 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 auprès du tribunal des assurances compétent (cf. art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 60 al. 1 LPGA).

- 11 - En l'espèce, formé en temps utile et selon les formes prescrites par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière. b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (cf. art. 93 let. a LPA-VD).

E. 2

a) 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). b) Est litigieuse, en l'occurrence, la question du taux de la rente et de l'IPAI accordé à la recourante ensuite de l'accident du 10 novembre 2012 au regard des atteintes à sa santé, plus particulièrement la question du lien de causalité entre dit accident et les troubles que la recourante présente au membre supérieur droit. En effet, la recourante ne conteste pas l'évaluation médicale de l'atteinte au membre supérieur gauche et des conséquences sur sa capacité de travail, de même que le taux d'invalidité et de l'IPAI qui découlent de cette seule atteinte. Elle reproche uniquement à l'intimée de ne pas avoir tenu compte de l'atteinte à son membre supérieure droit.

E. 3

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

- 12 - professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique

ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA). En vertu de l'art. 18 al. 1 LAA (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016), si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). 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.

E. 4

a) 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 et 118 V 286 consid. 1b et les références ; TF 8C_377/2009 du 18 février 2010 consid. 5.1). Si l'on peut admettre que l'accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute manière survenu sans cet évènement, le lien

- 13 - de causalité naturelle entre les symptômes présentés et l'accident doit être nié lorsque l'état de l'assuré est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine ; TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.3 et les références ; Jean-Maurice FRÉSARD/Margit MOSER-SZELESS, *L'assurance-accidents obligatoire*, in : *Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht*, 2e éd., Bâle 2007, n° 80 p. 865) ; 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 » ; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_6/2009 du 30 juillet 2009 consid. 3). 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 (TF 8C_262/2008 du 11 février 2009 consid. 2.2). Savoir si l'évènement assuré et l'atteinte en question sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que 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 402 consid. 4.3 et 129 V 177 consid. 3.1 et les références). b) Le droit à des prestations découlant d'un accident suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'évènement dommageable et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 ; 129 V 402 consid. 2.2 et 125 V 456 consid. 5a et les références). L'existence d'un rapport de causalité adéquate est une question de droit ; elle doit être appréciée sous l'angle juridique et tranchée par l'administration ou le juge, non par des

- 14 - experts médicaux (ATF 107 V 173 consid. 4b ; TF U 493/06 du 5 novembre 2007 consid. 3.1). c) 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. Les prestations d'assurance sont donc également versées en cas de rechutes ou de séquelles tardives (art. 11 OLAA). Selon la jurisprudence, il y a rechute lorsqu'une atteinte présumée guérie récidive, de sorte qu'elle conduit à un traitement médical ou à une (nouvelle) incapacité de travail. On parle en revanche de séquelles ou de suites tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent. Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 293 consid. 2c et les références ; TF 8C_69/2012 du 18 septembre 2012 consid. 2 ; TF 8C_260/2012 du 27 juin 2012 consid. 2). Il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'accident. Plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (TF 8C_596/2007 du 4 février 2008 consid. 3).

E. 5

Selon le principe de la 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

- 15 - preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans 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 comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux 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 exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2009 du 3 mai 2010 consid. 3.2.2). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee ; TFA U 216/04 du 21 juillet 2005 consid. 5.2). Le Tribunal fédéral a par ailleurs précisé que la CNA n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant

qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi, raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

- 16 - En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

E. 6

a) En l'espèce, l'évaluation médicale de l'atteinte à l'épaule gauche n'est pas contestée par les parties et ne prête pas flanc à la critique, les médecins étant unanimes à ce sujet. Ainsi, il est constant que la recourante ne peut plus utiliser son membre supérieur gauche que pour des gestes d'appoint. L'atteinte du membre supérieur droit n'est pas niée par l'intimée. A ce propos, les évaluations médicales au dossier, qu'elles proviennent des médecins traitants ou du SMR, concordent, tant du point de vue des diagnostics que des conséquences sur la capacité de travail. Le Dr U._____, dans son rapport du 12 janvier 2016, estime que dans une activité mono-manuelle droite, n'utilisant le membre supérieur gauche que pour les gestes d'appoint, la recourante n'aurait qu'une capacité de travail de 50 % en raison de la périarthrite scapulo-humérale et de l'arthrose acromio-claviculaire droites qu'elle présente. Selon ce médecin, ces pathologies seraient liées à la surcharge de ce membre pour compenser l'impossibilité d'utiliser le membre supérieur gauche. Cet avis est également celui de la Dresse W._____ (cf. rapport du 22 septembre 2015). Le Dr S._____ retient, quant à lui, que la recourante ne présentera aucune capacité de travail tant que l'atteinte du membre supérieur droit ne se sera pas améliorée. L'existence d'une atteinte au membre supérieur droit ne peut être niée en l'espèce. Seule demeure ici la question de son lien de causalité avec l'accident du 10 novembre 2012. L'intimée a soumis le dossier de la recourante à sa Division Médecine des assurances pour évaluation de cette question. Dans son

- 17 - appréciation chirurgicale du 9 mai 2016, le Dr M._____ observe que l'incapacité de travail retenue par les médecins traitants et le SMR est essentiellement en relation avec les lésions de l'épaule droite. Or, selon lui, ces lésions sont purement et typiquement dégénératives et ne peuvent être mises en relation de causalité pour le moins probable avec l'accident assuré. Une recherche extensive dans la littérature ne lui a pas permis de trouver des arguments laissant penser qu'il existe des lésions de surcharge d'une épaule en relation avec l'impossibilité d'utiliser le membre supérieur controlatéral. Il observe que rien dans la littérature médicale ne suggère par exemple qu'une personne amputée d'un membre supérieur développe des lésions de surcharge du membre supérieur restant. Partant, de l'avis de ce spécialiste, les lésions dégénératives n'ont pu tout au plus qu'être rendues symptomatiques en raison de l'inutilisation du membre supérieur gauche, respectivement toute activité professionnelle adaptée ne saurait entraîner une surutilisation du membre supérieur droit. Il conclut donc à une pleine capacité de travail dans une activité mono-manuelle droite, le bras gauche n'étant utilisé que pour des gestes d'appoint. Bien que le Dr M._____ se soit prononcé sur demande de l'intimée dans le cadre de la procédure en cours et que la force probante de son rapport doive être appréciée avec autant de sévérité que les rapports des médecins traitants, en tenant en particulier compte du fait

qu'il n'a pas examiné lui-même la recourante, il n'en reste pas moins que les critères de la jurisprudence (cf. supra consid. 5) permettent de lui conférer pleine valeur probante. Le Dr M. _____ a tenu compte de l'anamnèse et des pièces médicales au dossier, en particulier les rapports des Drs U. _____, S. _____ et W. _____. Il a étayé sa position par des considérations médicales détaillées permettant de comprendre pour quelles raisons il se distancie des avis des médecins traitants. Les diagnostics n'étant pas contestés, il est admissible que la question de la causalité seule puisse être appréciée sans que soit pratiqué un examen clinique, le point litigieux ayant fait l'objet d'une étude circonstanciée. Par ailleurs, la description des interférences médicales est claire et les conclusions dûment motivées. A cet égard, il est précisé que le fait qu'il

- 18 - déclare plausible que l'inutilisation du membre supérieur gauche ait rendu au fil du temps symptomatique l'atteinte à l'épaule droite n'entre pas en contradiction avec l'absence de causalité naturelle dès lors qu'il qualifie l'atteinte de dégénérative. Si le rapport du SMR peut également se voir conférer pleine valeur probante quant aux diagnostics posés, le Dr U. _____ ayant examiné la recourante et également tenu compte du dossier médical et de l'anamnèse, il n'en va pas de même quant à la seule question de la causalité. En effet, ce médecin se contente de mentionner que les plaintes à l'épaule droite de la recourante concordent avec les résultats de l'IRM de cette épaule, ce qui n'est pas nié, et la surcharge de ce membre sur plusieurs mois pour compenser l'impossibilité d'utiliser le membre supérieur gauche. La seule explication qu'il donne à cette dernière affirmation et que la surcharge est « logique dans le contexte de l'atteinte du côté controlatéral », ne donnant ainsi aucune explication médicale pour étayer cette thèse. Il ne précise d'une part pas en quoi l'inutilisation d'un membre représente une surcharge pour l'autre, ce qui ne va pas de soi, comme le démontre clairement le Dr M. _____. D'autre part, il ne décrit aucunement de quelle manière et dans quelle mesure cette surcharge pouvait entraîner l'atteinte diagnostiquée sur l'épaule droite et encore moins pour quelles raisons il faudrait écarter une explication dégénérative. La simple affirmation d'un lien « logique » entre la surcharge du membre supérieur droit, qui serait en soi évidente, et l'atteinte de ce membre, ne permet en aucun cas de retenir un lien de causalité naturelle entre cette atteinte à l'événement accidentel, respectivement de remettre en cause l'appréciation probante du Dr M. _____. Il en va de même de l'appréciation de la Dresse W. _____, qui n'amène pas plus de précisions médicales. Cette dernière a pratiqué plusieurs interventions sur le membre supérieur gauche de la recourante, en 2014 notamment. Ce n'est toutefois que dans son rapport du 22 septembre 2015 qu'elle mentionne pour la première fois l'atteinte du membre supérieur droit. Elle se contente alors d'expliquer que « vu que la

- 19 - patiente n'utilise plus du tout son membre supérieur gauche, elle a développé depuis 1 ½ an une cervico-brachialgie droite de compensation ». Le reste de son rapport est consacré à la description de la symptomatologie elle-même, aux autres diagnostics retenus et au traitement prescrit. Tout comme pour le rapport du SMR, la seule affirmation que l'atteinte de l'épaule droite est due à la non-utilisation du bras gauche, sans autres explications médicales, n'est pas de nature à pouvoir convaincre. Quant au Dr S. _____, s'il mentionne, dans son rapport du 3 février 2016, une tendinopathie de surcharge, il n'étaye pas non plus ce diagnostic. Il retient de plus également une arthropathie évolutive de l'articulation acromio-claviculaire droite, sans toutefois faire la part des choses entre une atteinte qui serait de surcharge et une atteinte qui serait dégénérative. Ainsi, bien que les médecins traitant parlent d'une atteinte de surcharge, ils n'amènent pas d'éléments

médicaux objectifs et suffisamment étayés permettant de retenir au degré de la vraisemblance prépondérante un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'atteinte à l'épaule droite. Il est dès lors exclu d'étendre la responsabilité de l'assurance-accidents aux conséquences de dite atteinte. b) L'évaluation du degré d'invalidité de la recourante ne repose ainsi que sur la seule atteinte à son membre supérieur gauche. A cet égard, l'appréciation médicale du Dr Q._____ peut être considérée comme probante selon les critères jurisprudentiels en la matière. Elle se fonde en effet sur le dossier médical de la recourante, une anamnèse détaillée, un examen clinique et ses conclusions sont claires et motivées. Les critiques de la recourante se dirige essentiellement sur le fait que le Dr Q._____ n'a pas tenu compte de l'atteinte à l'épaule droite, ce qui ne peut être retenu dès lors qu'il n'avait pas à le faire en l'absence d'un lien de causalité naturelle entre cette atteinte et l'accident en cause. Quant au grief soulevé d'un comportement inadéquat qu'aurait

- 20 - eu le Dr Q._____ envers la recourante, il peut être écarté au vu de la possibilité que cette dernière a eue de faire part de ses doléances à l'occasion de l'entretien avec le Dr C._____ le 11 janvier 2016. Elle n'a alors pas contesté la compétence du Dr Q._____, et s'est finalement déclarée satisfaite. Le Dr C._____ a en outre confirmé les conclusions du Q._____. La valeur probante du rapport de ce dernier peut d'autant moins être niée que son contenu est corroboré par les observations et conclusions des autres médecins intervenus au dossier, qu'il s'agisse des diagnostics posés sur le membre supérieur gauche ou de leur influence sur la capacité de travail. Au vu de ce précède, il peut être retenu que la recourante présente une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, soit ne nécessitant l'utilisation du membre supérieur gauche que pour des gestes d'appoint. c) Le dossier étant complet, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'en compléter l'instruction en ordonnant une expertise. 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 proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 134 I 140 consid. 5.3 ; 131 I 153 consid. 3 ; 130 II 425 consid. 2 ; TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.2.1).

E. 6.4

; 131 V 362 consid. 2.2.1 et 2.2.2). Pour évaluer le taux d'invalidité, et ainsi le montant de la rente, 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

- 22 - consid. 2). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants des revenus, avec et sans invalidité, et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 130 V 343 consid. 3.4 ; 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C_748/2008 du 10 juin 2009 consid. 2.1). b) On rappellera qu'en l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible – le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données

statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail (DPT) établies par la CNA (ATF 135 V 297 consid. 5.2 ; 129 V 472 consid. 4.2.1). La jurisprudence admet que les DPT, qui reposent sur des postes de travail concrets et permettent de ce fait une approche différenciée des activités exigibles en prenant en compte les limitations dues au handicap de l'assuré, les autres circonstances personnelles et professionnelles, ainsi que les aspects régionaux, constituent une base plus concrète que les données tirées de l'ESS pour apprécier le salaire d'invalidé, même si le Tribunal fédéral a renoncé à donner la préférence à l'une ou l'autre de ces méthodes d'évaluation (ATF 129 V 472 consid. 4.2 ; FRÉSARD/MOSER-SZELESS, op. cit., n°176). Pour que le revenu d'invalidé corresponde aussi exactement que possible à celui que l'assuré pourrait réaliser en exerçant l'activité que l'on peut raisonnablement attendre de lui (ATF 128 V 29 consid. 1), l'évaluation dudit revenu doit nécessairement reposer sur un choix large et représentatif d'activités adaptées au handicap de la personne assurée. C'est pourquoi la jurisprudence impose, en cas de recours aux DPT, la production d'au moins cinq d'entre elles (ATF 129 V 472 consid. 4.2.2 ; TF 8C_809/2008 du 19 juin 2009 consid. 4.2.2 et 8C_4/2008 du 25 juin 2008 consid. 3.2). La jurisprudence exige de plus la communication du nombre total des postes de travail pouvant entrer en considération d'après le type

- 23 - de handicap de l'assuré, ainsi que du salaire le plus haut, du salaire le plus bas et du salaire moyen du groupe auquel il est fait référence (ATF 129 V 472 ; TF 8C_809/2008 précité consid. 4.2.2). Il s'agit d'assurer une certaine représentativité des DPT produites et de garantir le respect du droit d'être entendu du recourant (ATF 129 V 472 ; TF 8C_809/2008 précité consid. 4.2.2). c) Conformément aux évaluations médicales et compte tenu du peu de formation de la recourante, il est admis, à l'instar de l'intimée, que les activités exigibles d'elle sont des activités légères dans différents secteurs de l'industrie, épargnant le membre supérieur gauche. En l'occurrence, l'intimée a listé vingt-neuf DPT et en a sélectionné cinq, comme collaboratrice de production (trois postes), réceptionniste et employée de conditionnement. Pour aucun des postes décrits l'usage des deux mains n'est nécessaire. Ces activités ne vont donc pas à l'encontre des limitations fonctionnelles retenues pour le membre supérieur gauche. Les DPT choisies sont conformes à la jurisprudence (cf. supra consid. 7c) et ne prêtent pas flanc à la critique. La recourante ne les a du reste pas contestées, bien qu'invitée, à sa demande, à venir consulter son dossier au greffe de la Cour de céans par courrier de la juge instructrice du 17 juin 2016. On retiendra dès lors que les cinq DPT sélectionnées par l'intimée peuvent être considérées comme adaptées au handicap de la recourante. Il en résulte, comme indiqué par l'intimée, un gain avec invalidité de 49'946 fr. par an. Aucun grief n'est formulé par la recourante à l'encontre du revenu sans invalidité retenu par l'intimée. Celui-ci a été, à juste titre, arrêté sur la base des informations communiquées par l'ancien employeur (cf. attestation de l'employeur du 19 octobre 2015), faisant état d'un salaire mensuel en 2015 de 5'226 fr. 95, versé douze fois l'an, d'un 13e salaire de 5'224 fr. 85, d'une prime mensuelle d'équipe de 450 fr. et

- 24 - d'allocations mensuelles de 560 fr., soit un salaire annuel de 80'068 francs. La comparaison entre le revenu sans invalidité de 80'068 fr. et le revenu avec invalidité de 49'946 fr. laisse apparaître une perte de gain de 37.62 %, de sorte que le droit à une rente fondée sur un taux d'invalidité de 38 % doit être confirmé.

E. 7

Cela étant constaté, encore faut-il déterminer le degré d'invalidité présenté par la recourante. a) Si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). 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

- 21 - traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente. La notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents et d'assurance-invalidité, où elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entre en ligne de compte pour l'assuré (art. 7 et 8 LPGA) ; l'uniformité de la notion d'invalidité n'a cependant pas pour conséquence de libérer chacune de ces assurances de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité (ATF 131 V 362 consid. 2.2.1 ; 126 V 288 consid. 2a et 2d ; 119 V 471 consid. 4a ; VSI 2004 p. 185 consid. 3 ; TFA I 766/04 du 7 juin 2005 consid. 4). D'un autre côté, une évaluation entérinée par une décision entrée en force d'un assureur ne peut pas rester simplement ignorée par un autre assureur, qui ne peut s'en écarter que s'il existe des motifs suffisants ; peuvent constituer de tels motifs le fait qu'une évaluation repose sur une erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable, qu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré ou de mesures d'instruction extrêmement limitées ou superficielles, ou encore qu'elle n'est pas du tout convaincante ou entachée d'inobjectivité (ATF 126 V 288 consid. 2d ; TFA I 766/04 du 7 juin 2005 consid. 4). Il faut en outre tenir compte du fait que l'assureur-accidents ne répond que des conséquences des atteintes à la santé qui sont en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident assuré ; c'est pourquoi l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-accidents n'a pas de force contraignante absolue pour l'assurance-invalidité, et vice-versa (ATF 133 V 549 consid. 6.2 et

E. 8

Dans un dernier grief, la recourante soutient que le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité arrêté par l'intimée est insuffisant. a) Selon l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui, par suite de l'accident, 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. Aux termes de l'art. 36 al. 1 OLAA une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie ; elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave. Cette disposition de l'ordonnance a été jugée conforme à la loi en tant qu'elle définit le caractère durable de l'atteinte (ATF 133 V 224 consid. 2). Selon la jurisprudence, l'atteinte à l'intégrité au sens de cette disposition consiste généralement en un déficit corporel anatomique ou fonctionnel, mental ou psychique. Le taux d'une atteinte à l'intégrité doit être évalué exclusivement sur la base de constatations médicales objectives (ATF 115 V 147 consid. 1 ; 113 V 218 consid. 4b). De même, puisqu'elle doit être prise en compte lors de l'évaluation initiale, l'aggravation prévisible de l'atteinte doit être également fixée sur la base des constatations du médecin (TF 8C_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.3). Il incombe donc 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 (TF 8C_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.2).

- 25 - Aux termes de l'art. 25 al. 1 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est échelonnée selon la gravité de l'atteinte, qui s'apprécie d'après les constatations médicales. C'est dire que chez tous les assurés présentant le même status médical, l'atteinte à l'intégrité est la même ; elle est évaluée de manière abstraite, égale pour tous, de sorte qu'il n'est pas nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'elle entraîne pour l'assuré concerné (ATF 115 V 147 consid. 1 ; 113 V 221 consid. 4b et les références). L'annexe 3 de l'OLAA comporte un barème – reconnu conforme à la loi et non exhaustif – des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent du montant maximum du gain assuré (ATF 124 V 29 consid. 1b et les références). Il représente une « règle générale » (ch. 1 al. 1 de l'annexe). 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 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, et en vue d'une évaluation encore plus affinée de certaines atteintes, la Division médicale de la CNA a établi des tables d'indemnisation. Dans la mesure, toutefois, 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 à l'OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc ; 116 V 156 consid. 3a ; RAMA 1998 n° U 296 p. 235, U 145/96 consid. 2a) et permettent de procéder à une appréciation plus nuancée, lorsque l'atteinte d'un organe n'est que partielle. b) En l'espèce, l'IPAI a été évaluée par le Dr Q. _____ et confirmée par les Drs C. _____ et M. _____. Le Dr Q. _____ a retenu les deux atteintes à l'intégrité suivante : épaule mobile jusqu'à l'horizontale, soit, conformément au tableau 01 - Atteinte à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres supérieurs 2870/1.F édité

- 26 - par la CNA, une indemnisation de 15 %, et coude mobile entre 0-30-90°, soit une indemnisation de 10 %. Il a en définitive fixé l'IPAI à 23.5 %, conformément à l'art. 36 al. 3 OLAA, qui stipule qu'en cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité physique, mentale ou psychique, dues à un ou plusieurs accidents, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée d'après l'ensemble du dommage. De l'avis de la recourante, ce taux devrait être supérieur compte tenu de l'atteinte à son bras droit. Or comme il a été démontré ci-dessus, dite atteinte n'est pas en lien de causalité avec l'accident concerné. Il n'y a dès lors pas lieu d'en tenir compte. La recourante ne critique pas l'appréciation de l'atteinte à l'intégrité concernant le seul membre supérieur gauche faite par le Dr Q. _____, dont le rapport, comme il a été exposé ci-dessus, peut être considéré comme probant. Au vu de ces éléments, l'IPAI telle qu'elle a été fixée par l'intimée peut être confirmée. c) En définitive, est retenue l'absence d'une quelconque atteinte à l'épaule droite d'origine traumatique susceptible de diminuer la capacité de travail de la recourante d'un point de vue de l'assurance- accidents. Cela étant, il n'existe aucun motif justifiant de s'écarter de l'appréciation de l'intimée, reconnaissant à la recourante une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles séquellaires. Partant, tant le taux de la rente d'invalidité que celui de l'IPAI, dont les calculs sont conformes au droit, doivent être repris.

E. 9

a) Le recours doit ainsi être rejeté et la décision attaquée confirmée. b) Il n'y a pas lieu de percevoir des frais de justice, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 LPA-VD ; art. 61 let. g LPGA).

- 27 -

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