

VD_GERICHTE ZA16.030785 vom 26. Oktober 2017

VD Tribunal cantonal, 2017-10-26, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA16.030785

FR: VD_GERICHTE ZA16.030785 du 26 octobre 2017

IT: VD_GERICHTE ZA16.030785 del 26 ottobre 2017

Erwägungen

E. 3

cm dont la partie la plus volumineuse était située en avant du greffon. Lors d'un entretien du 29 octobre 2007 avec un inspecteur de la CNA, l'assuré a expliqué que le 2 juillet 2007, alors qu'il avait repris en plein son activité de coffreur depuis le 14 mai 2007, son genou droit avait lâché soudainement. Le 21 novembre 2007, le Dr W. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a fait état d'un status après plastie du LCA et d'une insuffisance musculaire du quadriceps. Un traitement par rééducation musculaire était actuellement en cours, avec une évolution lente mais favorable, avec amélioration progressive de la fonction

- 4 - musculaire de la cuisse droite. Le 5 décembre 2007 toutefois, le Dr W. _____ a constaté un net recul de l'état musculaire du quadriceps, suggérant une arthroscopie de contrôle. Le Dr W. _____ a effectué le 22 février 2008 une arthroscopie du genou droit. Le 19 juin 2008, l'assuré a été examiné par le médecin d'arrondissement en vue d'un éventuel séjour à la CRR. Dans la mesure où la situation avait peu évolué depuis l'intervention du 22 février 2008, avec un manque de mobilité et de force ainsi que des douleurs empêchant la reprise du travail, le Dr J. _____, spécialiste en chirurgie, a proposé un nouveau séjour à la CRR. L'assuré a séjourné du 15 juillet au 13 août 2008 auprès de la CRR. Au vu des améliorations objectives et subjectives, les Drs C. _____, spécialiste en rhumatologie, et S. _____, ont estimé qu'une reprise à pleine capacité de l'activité de coffreur pouvait être prévue le 8 septembre 2008. c) Le 21 janvier 2010, le Dr K. _____ a fait passer à l'assuré une nouvelle IRM du genou droit, dont les conclusions étaient les suivantes : "Chondropathie fémoro-tibiale de grade II du compartiment interne. Status après suture de la corne postérieure du ménisque interne sans signe de nouvelle déchirure. Apparition d'une chondropathie de grade II du cartilage de recouvrement du condyle fémoral externe. Status après résection partielle de la corne antérieure du ménisque externe. Pas de signe de nouvelle déchirure. Chondropathie rotulienne de grade II du versant interne de la rotule. Signes de tendinite rotulienne proximale hypertrophique. Status après plastie du LCA. Pas de signe de rupture secondaire. Suspicion d'une lésion cyclope de 1 x 2 cm."

- 5 - Le 25 janvier 2010, le Dr W. _____ a fait savoir à la CNA que l'assuré était revenu à sa consultation le 19 janvier 2010 pour des douleurs récidivantes aiguës, surtout lors de mouvements de torsion et de pivotement sur le pied droit. La stabilité et la mobilité étaient sans particularités, mais les interlignes articulaires sensibles à la palpation. L'assuré avait donc été mis à l'arrêt partiel à 50% depuis le 25 janvier 2010. Le 2 février 2010, l'employeur de l'assuré, B. _____ Sàrl, a déposé une déclaration de sinistre en indiquant que le 13 janvier 2010, l'assuré était tombé en glissant sur un échafaudage, le genou droit ayant été contusionné. L'assuré a expliqué à un inspecteur de la CNA le 9 mars 2010 avoir été au chômage depuis sa sortie de la CRR en septembre 2008, et ce jusqu'à fin septembre

2009. Durant le chômage, il avait suivi des cours de français pendant six mois. Il avait repris une activité de coffreur le 1er octobre 2009, et c'était dès qu'il avait recommencé à travailler que les douleurs étaient réapparues. d) Selon la déclaration de sinistre du 5 août 2013, l'assuré avait accidentellement chuté le 26 juillet 2013 d'un mur de 2,7 mètres, avec lésions multiples. Le Dr Z. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a pratiqué le 8 janvier 2014 une arthroscopie et ménisectomie partielle interne avec réparation de l'ostéochondrite disséquante par la technique AMIC (Autologous Matrix Induced Chondrogenesis). Le 25 février 2014, il a indiqué à la CNA que l'évolution était favorable à la suite de la greffe AMIC, et le pronostic également favorable, une reprise du travail pouvant être prévue à trois mois. Le 29 avril 2014, le Dr Z. _____ a indiqué au médecin-conseil de la CNA que l'IRM de contrôle à quatre mois post-opération du 8 janvier 2014 montrait une assez bonne progression de la greffe, mais que le

- 6 - genou de l'assuré restait douloureux. Ce médecin se disait surtout frappé par une importante amyotrophie du quadriceps. Un retour à une activité professionnelle du domaine de l'assuré paraissait encore difficile alors que se posait la question d'une prise en charge à la CRR afin d'accélérer cette récupération. L'assuré a effectué un nouveau séjour à la CRR du 1er juillet au

E. 6

Cela étant constaté, encore faut-il déterminer le degré d'invalidité présenté par le recourant.

a) 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 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 arrêt du 10 juin 2009 consid. 2.1). 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

- 23 - 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 et 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'invalide, 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, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], 3e éd., Bâle 2016, n° 236 – 241). Un abattement en pour-cent du salaire d'invalide déterminant n'est pas admissible dans le système des DPT (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3 ; TF 8C_88/2014 du 10 septembre 2014 consid. 3.3 et

8C_715/2008 du 16 mars 2009 consid. 4.3). b) Le recourant ne conteste pas le revenu sans invalidité retenu par l'intimée. Celui-ci, établi en tenant compte d'un salaire horaire de 29 fr., pour une moyenne de 2'112 heures de travail annuelles, plus 8.33% de vacances, ne prête pas le flanc à la critique. S'agissant du revenu avec invalidité, le recourant fait valoir que le calcul de l'intimée « apparaît sommaire, puisqu'il ne permet pas de comprendre la base » retenue par cette dernière. Or le montant de 60'160 fr. retenu par la CNA l'a été sur la base de cinq DPT (n° [...], [...], [...], [...] et [...]), pour la profession de collaborateur de production, ledit montant correspondant à la moyenne des salaires minimaux et maximaux des activités en cause pour l'année 2015. Ces DPT sont au demeurant conformes aux limitations fonctionnelles retenues, et ne sont dès lors pas critiquables. Pour le

- 24 - surplus, aucun abattement ne peut être effectué sur le revenu avec invalidité établi sur la base des DPT (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3). Après comparaison des revenus sans (66'348 fr.) et avec invalidité (60'160 fr.), il en résulte un degré d'invalidité de 9,33% insuffisant pour ouvrir le droit à la rente (cf. art. 18 al. 1 LAA). Pour autant que de besoin, on rappellera ici que 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 6.4, 131 V 362 consid. 2.2.1 et 2.2.2).

E. 7

Dans un autre grief, le recourant soutient que le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) arrêté par la CNA à 5% 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 (ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 ; RS 832.202), 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 (cf. 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 et 113 V 218 consid. 4b). De même, puisqu'elle doit être prise en compte lors de l'évaluation initiale,

- 25 - l'aggravation prévisible de l'atteinte doit être également fixée sur la base des constatations du médecin (cf. 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 (cf. TF 8C_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.2). 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 (cf. 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

- 26 - procéder à une appréciation plus nuancée, lorsque l'atteinte d'un organe n'est que partielle. b) La CNA a reconnu une IPAI de 5% sur la base de l'appréciation du Dr H._____. Cette appréciation n'est pas contredite. Le Dr H._____ a en outre expliqué que l'état du genou droit de l'assuré correspondait à une arthrose moyenne. Sur la base de la table 5 des barèmes d'indemnisation, et dans la mesure où une arthrose fémoro- tibiale moyenne est indemnisée entre 5 et 15%, il a estimé qu'une indemnisation de 5% était justifiée. Aucun élément ne permet de remettre en cause cette appréciation, qui sera dès lors confirmée.

E. 8

Au vu de ce qui précède, le recours se révèle mal fondé et doit donc être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée. a) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (cf. art. 61 let. a LPGA). Au vu de l'issue du litige, le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA). b) Lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, comme c'est le cas en l'occurrence, le conseil juridique commis d'office est rémunéré par le canton (art. 118 al. 1 let. a et c CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il y a donc lieu, dans le présent arrêt, de fixer la rémunération de l'avocat d'office. En l'espèce, Me Brenci a fixé à treize heures et sept minutes le temps consacré à ce dossier. C'est ainsi un montant de 2'361 fr. (treize heures et sept minutes x tarif horaire de 180 fr.) qui doit être reconnu à titre d'honoraires pour les opérations effectuées, plus la TVA à 8%, d'un montant de 189 fr., soit 2'550 fr. au total. L'avocat d'office a également droit au remboursement de tous les débours qui s'inscrivent raisonnablement dans l'exécution de sa tâche (ATF 122 I 1 consid. 3a). En l'occurrence, c'est un montant de 32 fr. 30, TVA à 8% en sus par 2 fr. 60,

- 27 - qui doit être reconnu à ce titre. L'indemnité d'office doit ainsi être fixée à 2'584 fr. 90, montant arrondi à 2'585 francs. La rémunération du conseil d'office est provisoirement supportée par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser ce montant dès qu'il est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]).

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