

VD_GERICHTE ZA17.013217 vom 15. März 2018

VD Tribunal cantonal, 2018-03-15, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA17.013217

FR: VD_GERICHTE ZA17.013217 du 15 mars 2018

IT: VD_GERICHTE ZA17.013217 del 15 marzo 2018

Erwägungen

E. 14

au 15 juin 2017, par lequel la Dresse JK. _____, médecin assistante au Service des Urgences du Département des centres interdisciplinaires et logistique médicale du DF. _____, a écrit ce qui suit : « [...] Anamnèse Patient de 52 ans, qui présente hier des vertiges (sensations que le monde tourne), un acouphène oreilles ddc, céphalée diffuse comme des piqûres 5/10 et une diplopie qui a cédée [sic] seule avec sensation de brûlure dans les yeux. Ressent aussi une douleur comme de l'électricité dans l'hémicorps D (très souvent depuis

- 27 - accident 2015). Va à la pharmacie pour prendre la TA [tension artérielle] qui était élevée, les pharmaciens appellent donc une ambulance. Tous ses symptômes se présentent souvent (2-3 épisodes par semaine) depuis 2015 suite à l'accident, déjà discuté avec MT [médecin traitant] d'après le patient sans solution trouvée. Dit être très compliant avec son ttt [traitement] anti-HTA [hypertension artérielle]. Pas d'EF [état fébrile]. Pas de chute ou trauma récent. [...] Traitement à la sortie Continuer le traitement habituel Suites de prise en charge Suivi par le MT. Nous lui proposons d'adapter les doses du traitement anti-HTA. » E n d r o i t : 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) devant le tribunal des assurances compétent, à savoir 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). En l'espèce, le recours a été formé en temps utile et satisfait aux autres conditions de recevabilité (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable. 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 (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour en connaître (art. 93 let. a LPA-VD).

- 28 - 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 134 V 418 consid. 5.2.1 ; 131 V 164 consid. 2.1 ; 125 V 413 consid. 2c). b) En l'espèce, est litigieux le droit du recourant à des prestations de l'intimée

au-delà du 28 février 2017, particulièrement le droit à une rente. 3. A titre liminaire, le recourant se prévaut d'un grief de nature formelle, à savoir celui de violation de son droit d'être entendu en ce sens que son dossier ne comporterait aucun examen neurologique complet. La violation de ce droit entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recours au fond (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 142 III 360 consid. 4.1.4 ; 137 I 195 consid. 2.2), de sorte que l'existence d'une telle violation doit normalement être déterminée à titre préalable. Cependant, le grief du recourant se confondant en l'occurrence avec le fond, il sera analysé ci-après en même temps que celui d'une instruction incorrectement menée dont l'intéressé se plaint également. 4. a) En vertu de l'art. 4 LPGA, est réputée 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. 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.

- 29 - b/aa) Selon la jurisprudence relative aux prestations accordées au sens de la LAA en cas d'accident professionnel et non professionnel, le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. 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 faut et 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 de celle-ci. 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'assureur ou, 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. Si 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; 119 V 335 consid. 1 ; 118 V 286 consid. 1b ; TF 8C_414/2011 du 2 avril 2012 consid. 3.1). Lorsqu'un état maladie préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident (statu quo sine) par suite d'un développement ordinaire (TF 8C_551/2012 du 26 juin 2013 consid. 2 ; 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2). A contrario, aussi longtemps

- 30 - que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (TF 8C_373/2013 du 11 mars 2014 consid. 3.2). 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 ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_347/2013 du 18 février 2014 consid. 2.2). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré (TF 8C_262/2008 du 11 février 2009 consid. 2.2). bb) Dans le cadre d'une suppression du droit aux prestations, la preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (TF 8C_423/2014 du 31 mars 2015 consid. 4.2 et réf. cit.). cc) Une aggravation significative et donc durable d'une affection dégénérative préexistante de la colonne vertébrale par suite d'un accident n'est prouvée que lorsque la radioscopie met en évidence un tassement subit des vertèbres, ainsi que l'apparition ou l'agrandissement de lésions après un traumatisme (TFA U 179/03 du 7 juillet 2004 consid. 4.4.2 ; U 282/06 du 4 juin 2007 consid. 3.3 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 3a). Une telle aggravation post-traumatique (sans lésion structurelle associée) d'un état dégénératif antérieur de la colonne vertébrale auparavant asymptomatique cesse de produire ses effets en règle générale après six à neuf mois, voire au maximum après une année. Le statu quo sine est même déjà atteint après trois à quatre mois pour des lombalgies post-traumatiques, une aggravation dans ce domaine, qui

- 31 - permettrait d'aller au-delà de cette période, devant être établie radiologiquement et se distinguer de l'évolution normale due à l'âge (« eine allfällige richtunggebende Verschlimmerung röntgenologisch ausgewiesen sein und sich von der altersüblichen Progression abheben muss » ; TF 8C_1029/2012 du 22 mai 2013 consid. 4.2.1 ; 8C_562/2010 du 3 août 2011 consid. 5.1 ; 8C_677/2007 du 4 juillet 2008 consid. 2.3.2). c/aa) Outre un lien de causalité naturelle, le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident 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 précité consid. 3.2 ; 129 V 402 consid. 2.2 ; 125 V 456 consid. 5a et réf. cit. ; TF 8C_560/2015 du 29 avril 2016 consid. 3.1). bb) Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, cependant, en cas d'atteinte à la santé physique, la causalité adéquate se recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle (ATF 138 V 248 consid. 4 ; 127 V 102 consid. 5b/bb ; 118 V 286 consid. 3a ; TF 8C_220/2016 du 10 février 2017 consid. 7.3 ; 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1). Ainsi, l'examen du rapport de causalité adéquate est superflu lorsque, sur la base de l'appréciation médicale, le lien de causalité naturelle entre l'événement assuré et les troubles signalés n'a pas été prouvé à tout le moins selon le critère de la vraisemblance prépondérante (ATF 119 V 335 consid. 4c). cc) Il en va différemment lorsqu'il convient de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique, la jurisprudence ayant dégagé des critères objectifs pour juger d'un tel lien (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 ; TF 8C_464/2014 du 17 juillet 2015 consid. 5.1 ; 8C_651/2014 du 31 août 2015 consid. 6.1).

- 32 - Dans ce cas, il faut d'abord classer les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité, 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 (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa ; 115 V 403 consid. 5c/aa ; TF 8C_804/2014 du 16 novembre 2015 consid. 3.1). Sont déterminantes les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent. La gravité des lésions subies – qui constitue l'un des critères objectifs définis par la jurisprudence pour juger du caractère adéquat du lien de causalité – ne doit être prise en considération à ce stade de l'examen que dans la mesure où elle donne une indication sur les forces en jeu lors de l'accident (TF 8C_816/2012 du 4 septembre 2013 consid. 7.2 et réf. cit.). Dans le cas d'un accident insignifiant ou de peu de gravité, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques doit, en règle ordinaire, être d'emblée niée. Dans les cas d'un accident grave, l'existence d'une relation adéquate doit en règle générale être admise, sans même qu'il soit nécessaire de recourir à une expertise psychiatrique. En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 ; TF 8C_804/2014 du 16 novembre 2015 consid. 4.1 ; 8C_651/2014 du 31 août 2015 consid. 6.1) : - 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 ;

- 33 - - les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ; - les difficultés apparues en cours de guérison et les 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. De manière générale, lorsque l'on se trouve en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut un cumul de trois critères sur les sept susmentionnés ou au moins que l'un des critères retenus se soit manifesté de manière particulièrement marquante pour l'accident. En revanche, en présence d'un accident apparaissant comme l'un des plus graves de la catégorie intermédiaire, à la limite de la catégorie des accidents graves, un seul des sept critères peut être suffisant. 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 de l'accident puisse être admis (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 ; TF 8C_804/2014 du 16 novembre 2015 consid. 4.1 ; 8C_651/2014 du 31 août 2015 consid. 6.1). dd) On ajoutera qu'il est admissible de laisser la question de la causalité naturelle ouverte lorsque ce lien ne pourrait de toute façon pas être qualifié d'adéquat (ATF 135 V 465 consid. 5.1 ; TF 8C_685/2015 du 13 septembre 2016 consid. 4.2 ; 8C_434/2013 du 7 mai 2014 consid. 7.1). d) 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 allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA [ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence

- 34 - seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même maladie qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles 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 (ATF 123 V 137 consid. 3a et réf. cit. ; TF 8C_533/2013 du 28 avril 2014 consid. 3.2 ; 8C_596/2007 du 4 février 2008 consid. 3). 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 réf. cit. ; TF 8C_69/2012 du 18 septembre 2012 consid. 2). 5. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur 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 plutôt qu'une autre (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_104/2014 du 30 mai 2014 consid. 4.1) En ce qui concerne les rapports des médecins des assureurs, ceux-ci peuvent se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permette de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et réf. cit. ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 ; 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). 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

- 35 - 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). 6. En l'espèce, le recourant estime avoir droit à des prestations de la part de l'intimée, notamment une rente, du fait de différentes atteintes à sa santé, qu'il met en lien avec les accidents qu'il a eus dans la première moitié de la décennie 1990 et, particulièrement, avec celui du

E. 18

novembre 2015, pouvant ainsi donner lieu à des prestations, et seules les limitations fonctionnelles en découlant, consistant en le fait de devoir éviter le port de lourdes charges ainsi que les activités très répétitives et en force avec la main droite, doivent être retenues. 7. a/aa) L'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA) et à une indemnité journalière s'il est totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident (art. 16 al. 1 LAA). 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). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de

- 43 - la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). A teneur de l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente d'invalidité 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 – ce par quoi il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; TF 8C_735/2010 du 10 août 2011 consid. 2.2) – 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.

bb) 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 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 assurée 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 ;

- 44 - 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). Selon la jurisprudence, la détermination du revenu d'invalide sur la base des données salariales résultant des DPT suppose, en sus de la production d'au moins cinq DPT, la communication du nombre total des postes de travail pouvant entrer en considération d'après le type de handicap, 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 consid. 4.2.2). Un abattement en pour-cent du salaire d'invalidé 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 ; 8C_715/2008 du 16 mars 2009 consid. 4.3). En outre, s'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (TF 9C_1043/2008 du 2 juillet 2009 consid. 3.2 et réf. cit.). b/aa) En l'espèce, le recourant fait valoir qu'il n'a nullement recouvré sa pleine capacité de travail et de gain, ne pouvant utiliser

- 45 - correctement ses membres supérieurs, ressentant de profondes douleurs dans les régions capitales, cervicales, dorsales lombaires et brachiales D'emblée, il doit être précisé que, par suite de ce qui a été retenu ci-dessus (cf. consid. 6c supra), seules les limitations physiques découlant de l'atteinte au poignet droit doivent en l'état être analysées. Or, aucun document médical au dossier ne permet de soutenir que l'état de santé du recourant ne pouvait être considéré comme stabilisé – en application de l'art. 19 al. 1 LAA – à la date du 28 février 2017 s'agissant de la fracture du poignet droit. Plus exactement, aucun médecin ne préconise la poursuite d'un traitement médical susceptible d'apporter une sensible amélioration de l'état de santé de l'intéressé : le rapport du Dr L._____ du 9 février 2017 mentionne une fracture du radius distal consolidée et traitée conservativement et les Drs X._____ et KW._____ indiquent dans leur rapport du 2 mars 2017 qu'ils n'ont plus de proposition thérapeutique. La permanence de douleurs ne suffit pas à considérer que l'état de santé n'est pas stabilisé. Seule est déterminante l'appréciation médicale et, en l'occurrence, il peut être déduit de l'absence de proposition de traitement que, thérapeutiquement, il n'y a plus à attendre d'amélioration au niveau du poignet droit. C'est ainsi à juste titre que l'intimée a mis fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 28 février 2017. bb) L'intimée a alors analysé le droit du recourant à percevoir une rente. L'intéressé ne conteste pas le revenu sans invalidité retenu par l'intimée. Celui-ci, établi en tenant compte d'un salaire horaire de 23 fr. pour un temps de travail hebdomadaire de quarante-cinq heures, a ainsi été arrêté à juste titre à un montant annuel de 53'820 francs (23 x 45 x 52 [semaines par année]). En contestant avoir recouvré sa pleine capacité de travail et de gain, le recourant conteste cependant implicitement le revenu d'invalidé retenu par l'intimée.

- 46 - En l'occurrence, celui-ci a été déterminé par l'intimée sur la base de DPT. Dans la mesure où, tel que susmentionné, seule l'atteinte au poignet droit consécutive à l'accident du 18 novembre 2015 engage la responsabilité de l'intimée, à l'exclusion des autres atteintes dont se prévaut l'intéressé, le bien-fondé du choix des DPT ne doit donc être évalué qu'à la lumière des limitations engendrées par cette atteinte, soit le fait de devoir éviter le port de lourdes charges ainsi que les activités très répétitives et en force avec la main droite. L'intimée a déterminé le revenu d'invalidé sur la base de cinq DPT (n° [...], [...], [...], [...] et [...]), pour des postes de chauffeur-livreur, employé d'horlogerie, aide-mécanicien, employé à l'exploitation des ordures et collaborateur de production, dont la moyenne des salaires correspondait à un revenu annuel moyen de 56'777 fr. 20. Les conditions imposées par la jurisprudence en matière de DPT et les limitations fonctionnelles

mises en évidence par les Drs K. _____ et D. _____ et confirmées par le Dr Z. _____ ayant été respectées, il convient de valider le revenu avec invalidité retenu par l'intimée. Après comparaison des revenus sans (53'820 fr.) et avec invalidité (56'777 fr. 20), on constate, avec l'intimée, que le recourant ne subit aucune incapacité de gain, de sorte qu'une rente ne saurait lui être octroyée. 8. A toutes fins utiles, il est relevé que l'intéressé ne conteste pas – en procédure de recours – le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité que l'intimée lui a reconnue, laquelle ne prêle au demeurant pas le flanc à la critique. 9. Dans le cadre de son argumentation, le recourant se plaint encore d'une instruction incorrectement menée et d'une violation de son droit d'être entendu en ce sens que son dossier ne comporte aucun examen neurologique complet, contrairement à ce qu'aurait recommandé le Dr F. _____ de la R. _____ le 9 juin 2016.

- 47 - a) La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGA) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGA). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 ; TF 9C_718/2015 du 22 mars 2016 consid. 5.2). La violation de la maxime inquisitoire (ou, autrement dit, du devoir d'administrer les preuves nécessaires) n'a pas une portée absolue. En effet, le juge peut renoncer à accomplir certains actes d'instruction sans que cela n'entraîne une violation du devoir d'administrer les preuves nécessaires (art. 61 let. c LPGA) ou plus généralement une violation du droit d'être entendu s'il est convaincu, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves (ATF 125 V 351 consid. 3a), que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (sur l'appréciation anticipée des preuves ATF 131 I 153 consid. 3 ; 130 II 425 consid. 2) (TF 8C_660/2015 du 24 février 2016 consid. 4.1). b) En l'espèce, il convient de relever qu'une analyse neurologique avait précisément déjà été effectuée par le neurologue N. _____ le 14 avril 2016. Au vu de la teneur du consilium du 9 juin 2016, spécifiquement de sa rubrique imagerie, le Dr F. _____ n'en avait manifestement pas connaissance. Du reste, compte tenu de l'intervalle de deux mois séparant ces deux rapports médicaux, un nouvel examen

- 48 - neurologique mis en œuvre dans les suites de la recommandation du Dr F. _____ n'aurait certainement pas abouti à un résultat différent de celui découlant de l'analyse opérée par le Dr N. _____. En outre, aucun des médecins, notamment spécialiste de la main, ayant examiné le recourant ultérieurement au Dr F. _____ n'a recommandé une nouvelle analyse neurologique. A cet égard, il est constaté que les Drs K. _____ et D. _____ de la R. _____, dans leur rapport de synthèse du 23 juin 2016, ont – sur la base de tous les rapports, soit notamment le consilium du 9 juin 2016 du Dr F. _____ (cf. rubrique bilans et investigations) – estimé qu'il n'y avait rien à relever sur le plan neurologique, rappelant à ce sujet le rapport du Dr N. _____ du 14 avril 2016. Ils n'ont

donc pas estimé qu'il était nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle analyse neurologique comme recommandée par le Dr F._____. Compte tenu de ce qui précède, l'intimée était par conséquent légitimée à considérer, déjà au stade de la décision litigieuse, que la situation médicale était exhaustivement instruite sur le plan neurologique, ce que n'a fait que confirmer l'appréciation médicale sollicitée en cours d'instruction judiciaire par l'intimée et rendue le 17 mai 2017 par le Dr I._____. Partant, les griefs tirés d'une instruction menée incorrectement et d'une violation du droit d'être entendu doivent être rejetés. 10. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. b) La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA ; art. 4 al. 3 TFJDA [tarif vaudois du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]), il n'y a pas lieu de percevoir des frais judiciaires.

- 49 - N'obtenant pas gain de cause, le recourant n'a pas droit à des dépens, pas plus que l'intimée en sa qualité d'assureur social (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205). Le recourant bénéficie en outre, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Alessandro Brenchi (art. 118 al. 1 let. c CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Ce dernier a produit une liste de ses opérations, datée du

E. 21

août 2017 et totalisant 9 heures et 40 minutes. Vérifiée d'office, cette liste doit être approuvée. L'indemnité d'office sera dès lors fixée à 1'938 fr. 60 (débours par 55 fr. et TVA par 143 fr. 60 compris).

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