

## **VD\_GERICHTE ZA17.032848 vom 19. Februar 2018**

VD Tribunal cantonal, 2018-02-19, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZA17.032848](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA17.032848)

FR: VD\_GERICHTE ZA17.032848 du 19 février 2018

IT: VD\_GERICHTE ZA17.032848 del 19 febbraio 2018

### **Erwägungen**

#### **E. 11**

Si l'état définitif est atteint : les lésions consécutives à l'accident du 08/07/2013 ont-elles entraîné une atteinte durable à l'intégrité corporelle de l'assuré ? Si oui, en quoi consiste l'atteinte à l'intégrité uniquement consécutive à l'accident et à quel degré l'estimez-vous selon l'annexe 3 OLAA et les tables de la SUVA ? L'état définitif n'est pas atteint. Monsieur C.\_\_\_\_\_ souffre toujours des suites de son accident avec notamment des séquelles douloureuses d'une algodystrophie avec un CRPS de degré 2 et une capsulite rétractile à gauche et des rachialgies post traumatiques.

#### **E. 12**

A quel degré en pourcentage estimez-vous l'incapacité médico- théorique que le lésé subit en ne prenant en considération ni sa profession, ni ses activités privées ? Quelle est l'importance de cet handicap corporel subsistant en tenant compte que des suites dues à l'accident et par rapport à l'Intégrité physique totale estimée à 100 % ? La situation n'étant pas stabilisée il est pour le moment difficile de prévoir une atteinte à l'intégrité physique et une incapacité médico-théorique. » Par décision du 30 janvier 2017, G.\_\_\_\_\_ a informé l'assuré que dans la mesure où il présentait une capacité de travail de 75% dans

- 7 - une activité adaptée à compter du 1er janvier 2017 selon l'expertise du M.\_\_\_\_\_ elle lui verserait les indemnités journalières de l'assurance- accidents à 100% jusqu'au 30 juin 2017, à savoir durant un laps de temps suffisant pour lui permettre de trouver un emploi adapté à son état de santé actuel. Dès le 1er juillet 2017, G.\_\_\_\_\_ annonçait qu'elle mettrait un terme au versement des indemnités journalières, dès lors qu'une incapacité de travail inférieure ou égale à 25% ne donnait pas droit à l'indemnité journalière selon l'art. 25 al. 3 OLAA. L'assuré a fait part de son désaccord avec cette décision par courrier du 14 février 2017. L'assuré, désormais représenté par Me Florence Bourqui, avocate auprès d'Inclusion Handicap, a encore fait valoir le 31 mars 2017 que son état n'était pas stabilisé, que les médecins du M.\_\_\_\_\_ n'avaient pas tenu compte de ses douleurs d'origine multiple, qu'il ne pouvait plus réellement utiliser son membre supérieur gauche compte tenu de l'atteinte à son poignet, que la question des activités réellement exigibles de sa part n'avait pas été examinée, et qu'il entendait enfin ne pas se contenter du bas salaire qui était le sien lorsqu'était survenu l'accident du 8 juillet 2013. Le 4 avril 2017, le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a indiqué suivre l'assuré depuis juillet 2013, en précisant que celui-ci nécessitait encore un suivi régulier par les différents spécialistes impliqués, ainsi que des séances de physiothérapie. Le 4 avril 2017 également, le Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur ainsi que spécialiste en chirurgie de la main, a relevé que l'intéressé était toujours en traitement pour les séquelles d'une fracture complexe du radius distal gauche traitée par fixateur externe puis par arthrodèse du poignet avec développement d'un

syndrome épaule-main plus particulièrement d'une capsulite rétractile de l'épaule omolatérale. Il présentait également des lombalgies chroniques séquellaires à une fracture-tassement de L1 avec

- 8 - trouble statique résiduel. Pour le Dr R. \_\_\_\_\_, le patient présentait une importante limitation du membre supérieur gauche et la situation ne pouvait être considérée comme stabilisée, l'assuré nécessitant un suivi médical de plusieurs mois dans le meilleur des cas. Dans son rapport à G. \_\_\_\_\_ du 11 mai 2017, le Dr R. \_\_\_\_\_ a maintenu que la situation n'était pas stabilisée et que l'assuré devrait bénéficier prochainement d'une arthro-IRM de l'épaule gauche pour exclure une lésion significative de la coiffe des rotateurs, estimant l'incapacité de travail totale dans toute activité. Par décision sur opposition du 21 juin 2017, G. \_\_\_\_\_ a rejeté l'opposition de l'assuré et maintenu que compte tenu d'une capacité de travail à 75% depuis le 1er janvier 2017 dans une activité adaptée, elle cesserait le versement des indemnités journalières au 30 juin 2017, étant donné le laps de temps de cinq mois accordé, lui permettant de rechercher un emploi adapté. B. Par acte du 26 juillet 2017, C. \_\_\_\_\_, toujours représenté par Me Bourqui, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à son annulation et à la poursuite du versement des indemnités journalières au-delà du 30 juin 2017 sur la base d'une incapacité de travail entière, et ce jusqu'au 31 janvier 2018 (soit six mois après l'amélioration de la situation constatée par le Dr R. \_\_\_\_\_) à tout le moins, en fonction de l'évolution de son état de santé, le dossier étant renvoyé à l'intimée pour nouvelles investigations concernant son droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI). En substance, il a fait valoir que l'intimée ne disposait pas lorsqu'elle a statué d'éléments lui permettant de se prononcer sur le droit à une rente d'invalidité et à une IPAI, ni d'éléments justifiant l'arrêt des indemnités journalières. Ces dernières étaient uniquement susceptibles d'être réduites vu le rapport du Dr R. \_\_\_\_\_ du 6 juillet 2017, notant à cet égard que dans la mesure où il devait changer de profession, cette réduction ne pourrait intervenir sans qu'un délai raisonnable de six mois ne lui soit fixé. Pour le recourant, le

- 9 - défaut d'instruction du dossier avait conduit l'intimée à violer les art. 16 et 18 LAA. Avec son recours, le recourant a notamment produit ledit rapport du 6 juillet 2017 du Dr R. \_\_\_\_\_, selon lequel il présentait une capsulite rétractile de l'épaule gauche encore très handicapante et poursuivait le traitement de physiothérapie et balnéothérapie. Selon le Dr R. \_\_\_\_\_, le traitement actuel n'interdisait pas la reprise d'une activité lucrative à 50% pour autant qu'elle soit adaptée (tout à fait sédentaire, sans manutention, sans port de charge, autorisant le changement de position selon nécessité). Le Dr R. \_\_\_\_\_ a toutefois estimé que la situation n'était pas encore stabilisée, rappelant que l'assuré ne pourrait jamais reprendre son activité d'ouvrier agricole. Le Dr R. \_\_\_\_\_ a encore indiqué que l'assuré avait été adressé au Dr V. \_\_\_\_\_, spécialiste de l'épaule, pour un avis complémentaire. Dans sa réponse du 21 septembre 2017, l'intimée a conclu au rejet du recours, en reprenant la motivation développée à l'appui de sa décision sur opposition. Elle a pour le surplus fait valoir que selon les informations qui lui avaient été communiquées par la caisse cantonale de chômage, l'assuré avait droit au chômage dès le 1er juillet 2017, estimant qu'il était dès lors « bien apte » au travail dès cette date, requérant pour le surplus que la décision de la caisse de chômage soit produite. Par écriture du 13 octobre 2017, le recourant a fait valoir ne s'être inscrit au chômage qu'à la fin du mois d'août 2017, lorsque sa capacité de travail dans une activité adaptée avait été estimée à 50% par le Dr

R. \_\_\_\_\_, ce taux étant celui annoncé à l'ORP. Il a dès lors à nouveau conclu au renvoi du dossier à l'intimée, à charge pour elle de poursuivre l'instruction s'agissant de la capacité de travail, par exemple par un séjour à la [...]. Il a encore souligné que le taux de 25% retenu par le M. \_\_\_\_\_ dans une activité adaptée était susceptible de déboucher sur l'octroi d'une rente. Avec son écriture, il a produit une attestation du 23 août 2017 de l'Office régional de placement (ORP) [...] selon laquelle il était inscrit auprès de cet ORP depuis le 9 juin 2017, avec entrée en fonction le 1er juillet 2017, pour un temps de travail de 50%.

- 10 - Le 2 novembre 2017, l'intimée a confirmé sa position. Elle a pour le surplus notamment produit un courrier du 31 juillet 2017 de la Division juridique des ORP à la caisse cantonale de chômage selon lequel l'assuré, qui avait déposé une demande de prestations de l'assurance- invalidité, et disposait d'une capacité de travail résiduelle de 50%, remplissait les conditions de l'art. 15 LACI et pouvait être reconnu apte au placement, la prise en charge des prestations incombant à titre provisoire à l'assurance-chômage. C. Le dossier de l'assurance-invalidité du recourant a été produit et les parties informées qu'elles pouvaient le consulter au greffe. 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 (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). En l'espèce, formé en temps utile 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).

- 11 - 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 (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a ; cf. RCC 1985 p. 53). b) Le litige porte, en l'occurrence, sur le droit du recourant à des indemnités journalières (cf. art. 16 LAA) de la part de l'intimée au-delà du 30 juin 2017, à raison de l'accident subi le 8 juillet 2013. La question du droit à la rente ou celle de l'IPAI n'est pas litigieuse, puisque la décision sur opposition contestée ne porte pas sur le droit à ces prestations. Toutefois, une fois que l'état de l'assuré sera stabilisé, ce qui n'était pas le cas lorsque la décision attaquée a été rendue, ainsi qu'on le verra (cf. consid 4 ci-dessous), il incombera à l'intimée de déterminer l'éventuel droit du recourant à une rente de l'assurance-accidents obligatoire, ainsi qu'à une IPAI. 3. a) En vertu de l'art. 4 LPGA, 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. 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. L'assuré a droit, notamment, au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA). L'art. 16 al. 1 LAA dispose que l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler 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

- 12 - 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). A cet égard, la jurisprudence considère qu'un délai doit être imparti à l'intéressé pour rechercher une activité raisonnablement exigible dans une autre profession ou un autre domaine. La durée de ce délai doit être appréciée selon les circonstances du cas particulier. Elle est généralement de trois à cinq mois selon la pratique applicable en matière d'assurance-maladie (ATF 129 V 460 consid. 5.2 p. 464 ; 114 V 281 consid. 5b p. 289 s. et les références ; cf. aussi TF 8C\_173/2008 du 20 août 2008 consid. 2.3). A l'issue de ce délai, le droit à l'indemnité journalière dépend de l'existence d'une perte de gain éventuelle imputable au risque assuré. Celle-ci se détermine par la différence entre le revenu qui pourrait être obtenu sans la survenance de l'éventualité assurée dans la profession exercée jusqu'ici et le revenu qui est obtenu ou pourrait raisonnablement être réalisé dans la nouvelle profession (ATF 114 V 281 consid. 3c in fine p. 286 ; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 2ème éd., 2009, n° 26 ad art. 6). La perte de gain chiffrée en pour cent donne ainsi le taux de l'incapacité de travail résiduelle (cf. TF 8C\_251/2012 du 27 août 2012, consid. 2). Quant au droit à la rente, il 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 (art. 19 al. 1 LAA). b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose notamment 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

- 13 - faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (cf. ATF 129 V 177 consid. 3.1 et 129 V 402 consid. 4.3 ; cf. TF 8C\_21/2016 du 20 septembre 2016 consid. 3.1 ; cf. ; Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 3e éd., Bâle 2016, n° 104 p. 929). 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 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. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à

des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (cf. ATF 129 V 177 consid. 31 et 129 V 402 consid. 4.3.1 ; cf. TF 8C\_21/2016 précité loc. cit. et 8C\_734/2015 du 18 août 2016 consid. 6.1 [non publié à l'ATF 142 V 435]). Si l'accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré 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) (cf. TF 8C\_794/2014 du 3 décembre 2015 consid. 4.2 et la référence citée ; cf.

Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 107 p. 930). Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. 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

- 14 - pratiquement pas de rôle (cf. ATF 118 V 286 consid. 3a et 117 V 359 consid. 5d/bb ; cf. TF 8C\_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1). c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. A cet égard, il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, 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 du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3 ; cf. TF 9C\_55/2016 du 14 juillet 2016 consid. 3.1) 4. En l'occurrence, il est constant que l'assuré a été victime d'un accident le 8 juillet 2013. Il reste à déterminer si celui-ci a entraîné des atteintes à la santé justifiant une prise en charge par l'intimée au-delà du 30 juin 2017. En particulier, il y a lieu d'examiner si l'état du recourant était stabilisé lorsque la décision attaquée a été rendue. Or dans son rapport d'expertise du 3 janvier 2017, le Dr H. \_\_\_\_\_ a constaté que la situation n'était pas encore stabilisée. Ce même constat a été posé par le Dr R. \_\_\_\_\_ les 11 mai et 6 juillet 2017. En pareilles circonstances, la caisse intimée n'était dès lors pas fondée,

- 15 - sauf à violer l'art. 19 al. 1 LAA, à mettre un terme au versement des indemnités journalières servies au recourant. A cela s'ajoute que si le rapport d'expertise du Dr H. \_\_\_\_\_ est bien daté du 3 janvier 2017, l'examen médical y relatif a été réalisé le 30 novembre 2016. Ainsi, l'avis de ce spécialiste porte sur la capacité de travail que le recourant aurait dû avoir en janvier 2017. L'expert a toutefois bien indiqué que la situation n'était pas stabilisée, et que le recourant nécessitait encore des traitements médicaux à but antalgique, de la rééducation posturale du rachis en raison de dysbalances rachidiennes à la suite de sa fracture de L1, et de rééducation de son épaule gauche laquelle présente une

capsulite rétractile dans le cadre de l'algodystrophie du membre supérieur gauche. Le Dr H. \_\_\_\_\_ relève du reste bien que l'exigibilité « pourrait » être applicable au 1er janvier 2017. Ainsi il paraît délicat de considérer sans autre que l'assuré présentait une capacité de travail de 100% avec un rendement de 75% au 1er janvier 2017 sur la base de l'expertise du Dr H. \_\_\_\_\_, lequel a fait état de ce qui aurait dû être la capacité de travail du recourant à cette date, sans toutefois constater la stabilisation de son état. Quant au Dr R. \_\_\_\_\_, il a relevé dans son rapport à G. \_\_\_\_\_ du 11 mai 2017 que l'assuré devrait bénéficier prochainement d'une arthro-IRM de l'épaule gauche pour exclure une lésion significative de la coiffe des rotateurs, estimant l'incapacité de travail totale dans toute activité. Finalement le 6 juillet 2017, le Dr R. \_\_\_\_\_ a répété que la situation n'était pas encore stabilisée, estimant toutefois que le traitement actuel n'interdisait pas la reprise d'une activité lucrative à 50% pour autant qu'elle soit adaptée (tout à fait sédentaire, sans manutention, sans port de charge, autorisant le changement de position selon nécessité). Ce fait corrobore ainsi celui, non contesté par le recourant, selon lequel il est en mesure d'exercer une activité adaptée à 50% à compter du 1er juillet 2017, ainsi que cela ressort du formulaire de confirmation d'inscription PLASTA du 23 août 2017 qu'il a lui-même produit et qui mentionne une

- 16 - entrée en fonction au taux de 50% le 1er juillet 2017. On relèvera à cet égard que le fait que le recourant ait été reconnu apte au placement ne permet pas d'établir une capacité de travail entière, mais tient en particulier à l'art. 70 al. 2 let. b LACI (loi fédérale du 25 juin 1982 sur l'assurance-chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité ; RS 837.0), qui dispose que l'assurance-chômage est tenue de prendre provisoirement le cas à sa charge pour les prestations dont la prise en charge par l'assurance-chômage, l'assurance-maladie, l'assurance-accidents ou l'assurance-invalidité est contestée. Il résulte de ce qui précède que faute de stabilisation de l'état du recourant, et en présence de rapports médicaux contradictoires, l'intimée n'était pas fondée à mettre un terme à ses prestations avec effet au 30 juin 2017. A cette date, il paraît en effet que l'état n'était pas encore stabilisé. Du reste, par avis du 8 septembre 2017, le Dr W. \_\_\_\_\_ du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) a estimé qu'il convenait d'interroger le Dr V. \_\_\_\_\_. On retiendra dès lors que des indemnités journalières sont dues à l'assuré au-delà du 30 juin 2017, étant constant que dès cette date, le recourant a présenté une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée. Il incombera pour le surplus à l'intimée de poursuivre l'instruction du cas, en requérant en particulier la production du rapport établi par le Dr V. \_\_\_\_\_, respectivement les pièces venues s'ajouter au dossier de l'assurance-invalidité de l'assuré. Une fois que l'état de ce dernier sera stabilisé, il appartiendra alors à l'intimé de calculer l'éventuel droit à la rente, respectivement à l'IPAI. 5. a) Il résulte de ce qui précède que le recours doit être admis, la décision attaquée étant annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision. b) La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'est pas perçu de frais de justice. Voyant son recours admis, le recourant peut

- 17 - prétendre à des dépens à la charge de l'intimée. Il convient de fixer l'indemnité de dépens à 2'000 fr. compte tenu de l'ampleur et de la difficulté de la cause (art. 61 let. g LPGA et art. 55 LPA-VD), ce montant couvrant celui qui aurait été alloué au titre de l'assistance judiciaire.

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