

VD_GERICHTE ZA19.030522 vom 20. April 2020

VD Tribunal cantonal, 2020-04-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA19.030522

FR: VD_GERICHTE ZA19.030522 du 20 avril 2020

IT: VD_GERICHTE ZA19.030522 del 20 aprile 2020

Erwägungen

E. 1

a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (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 peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

E. 2

a) En l'espèce, sont litigieux la question de la stabilisation de l'état de santé de l'assuré, et par conséquent le droit au versement d'indemnités journalières et la prise en charge de ses frais médicaux au-delà du 30 septembre 2018, ainsi que les degrés d'invalidité et d'atteinte à l'intégrité des suites de l'accident du 2 octobre 2014. b) Les modifications de la LAA introduites par la novelle du 25 septembre 2015 (RO 2016 4375), entrée en vigueur le 1er janvier 2017, ne sont pas applicables au cas d'espèce. Selon le ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification (RO 2016 4388), les prestations d'assurance allouées pour les accidents qui sont survenus avant l'entrée en vigueur de la modification du 25 septembre 2015 sont en effet régies par l'ancien droit.

E. 3

a) 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'assurance alloue en outre ses prestations pour les lésions causées à l'assuré victime d'un accident lors du traitement médical (art. 6 al. 3 LAA).

- 14 - L'assurance-accident ne répond que des atteintes à la santé qui sont en relation de causalité non seulement naturelle mais encore adéquate avec un événement assuré ou une maladie professionnelle (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et 3.2) b) Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. S'il est totalement ou partiellement incapable de travailler (cf. art. 6 LPGA) à la suite de l'accident, il a droit à une indemnité journalière (cf. art. 16 al. 1 LAA). Le droit à l'indemnité prend naissance le troisième jour qui suit celui de l'accident et s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (cf. art. 16 al. 2 LAA). Si l'assuré est invalide (cf. art. 8 LPGA) à 10 % au moins par suite de l'accident, il a droit à une rente d'invalidité (cf. art. 18 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 (cf. art. 19 al. 1 LAA). L'art. 19 al. 1 LAA délimite temporellement le droit au traitement médical ainsi qu'aux indemnités journalières et le droit à la rente d'invalidité, le moment déterminant étant celui auquel l'état de santé peut être considéré comme relativement stabilisé (TFA U 391/00 du 9 mai 2001 consid. 2a). Pour qu'il soit possible de statuer sur la rente, il faut que le traitement ne puisse plus entraîner d'amélioration ni éviter de péjoration de l'état de santé, de sorte que celui-ci doive être considéré comme stable (cf. TF 8C_1023/2008 du 1er décembre 2009 consid. 5.1 et 5.2 avec la jurisprudence citée). Par amélioration sensible de l'état de santé, il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3 et les références citées). L'utilisation du terme "sensible" par le législateur montre que l'amélioration que doit amener une poursuite du traitement médical doit être significative. Des

- 15 - améliorations insignifiantes ne suffisent pas (ATF 134 V 109 consid. 4.3). En particulier, il n'y a pas amélioration sensible si une mesure thérapeutique ne peut que soulager pour un temps limité les plaintes liées à une atteinte à la santé qui est stabilisée (TFA U 244/04 consid. 3.1). L'évolution de l'état de santé de la personne assurée doit être établie avec une vraisemblance prépondérante sur la base d'un pronostic et non sur la base de constatations rétrospectives (TFA U 244/04 consid. 3.1 avec références citées ; TF 8C_29/2010 du 27 mai 2010 consid. 4.2).

E. 4

Pour évaluer le taux d'invalidité, et ainsi le montant de la rente, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGa).

E. 5

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. Conformément à l'art. 36 al. 1 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; 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 (ATF 133V 224 consid. 2.2). b) L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 de l'OLAA (art. 36 al. 2 OLAA). Cette annexe comporte un barème des atteintes à l'intégrité en pour cent du

- 16 - montant maximum du gain assuré. Ce barème – reconnu conforme à la loi – ne constitue pas une énumération exhaustive (ATF 124 V 29 consid. 1b ; 113 V 2018 consid. 2a). 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, la Division médicale de la CNA a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA. Sans lier le juge, ces tables sont néanmoins compatibles avec l'annexe 3 OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc ; TF 8C_566/2017 du 8 mars 2018 consid. 5.1) et permettent de procéder à une appréciation plus nuancée, lorsque l'atteinte d'un organe n'est que partielle.

E. 6

a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). b) D'après la jurisprudence, le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances 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 permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee

- 17 - et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3). 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).

E. 7

a) Les avis des parties divergent tout d'abord quant à la question de la stabilisation de l'état de santé de l'assuré. b) L'intimée s'est fondée sur l'appréciation du 3 septembre 2018 de la Dre B. _____, dans laquelle elle constate que l'intervention du 25 janvier 2018 n'a permis ni de diminuer ni de faire disparaître les douleurs résiduelles. Durant l'examen final du 30 août 2018, l'assuré a en effet mentionné que les douleurs étaient inchangées depuis l'opération mais qu'elles étaient désormais absentes au repos. S'agissant des médicaments, il ne prenait habituellement que du Dafalgan®. Il avait arrêté la physiothérapie mais effectuait régulièrement des exercices à la maison. La Dre B. _____ a encore noté que l'assuré ne ressentait plus d'inconfort lorsqu'il était assis et appuyé contre le dossier d'une chaise. Elle a estimé que la situation était stabilisée sur le plan médical. L'avis de la Dre B. _____ est convaincant et a été posé au terme d'une étude circonstanciée, établie en

pleine connaissance de l'anamnèse, fondée sur un examen approfondi du dossier médical et un examen clinique et radiologique complet du recourant. L'évaluation de la situation médicale est claire et ses conclusions sont motivées.

- 18 - L'appréciation du 3 septembre 2018 satisfait ainsi aux réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître pleine valeur probante. Cette appréciation est du reste corroborée par diverses pièces au dossier. Le Dr Z. _____ a en effet indiqué, dans la lettre de sortie de la Clinique M. _____ du 20 juillet 2015, qu'une stabilisation médicale était attendue d'ici à la fin de l'année. Le Dr F. _____ était également d'avis, dans son rapport du 15 mars 2016, que la situation est stabilisée. Il a relevé qu'il n'y avait plus d'évolution sur le plan somatique et précisé qu'il ne voyait plus d'utilité à ce que le traitement soit poursuivi. La situation était dès lors déjà considérée comme stabilisée depuis à tout le moins mars 2016 par les médecins de l'assuré, lorsqu'il a subi son opération d'ablation des vis d'ostéosynthèse post spondylodèse, le 25 janvier 2018. Avant cela, le recourant s'est vu expliquer que le bénéfice de cette intervention ne pouvait être prédit et que le risque était important qu'elle n'ait aucun effet sur la douleur. Si l'intervention s'est déroulée sans complication (cf. lettre de sortie du 14 février 2018), elle n'a toutefois pas apporté de bénéfice au niveau de la douleur. Le Dr D. _____ l'a constaté lors de la consultation du 4 avril 2018. Bien que l'examen neurologique réalisé à cette occasion était bon et que les contrôles radiologique et clinique étaient rassurants, le Dr D. _____ a précisé ne pas avoir de solution supplémentaire pour soulager les symptômes douloureux et ne pas prévoir d'autres consultations. L'état de santé de l'assuré avant et après l'opération était par conséquent inchangé. Tous ces éléments tendent à confirmer l'appréciation de la Dre B. _____. c) Le recourant oppose toutefois aux constatations de la Dre B. _____ celles des Drs D. _____ et X. _____, plus particulièrement leur rapport respectif des 18 mai 2018 et 24 février 2019.

- 19 - En ce qui concerne le rapport du 18 mai 2018 du Dr D. _____, et plus particulièrement la prescription de séances de physiothérapie pour une rééducation proprioceptive, on relèvera qu'il s'agit d'une ordonnance unique dont on ne trouve aucun renouvellement au dossier. Le recourant a par ailleurs déclaré à la Dre B. _____, lors du bilan final du 30 août 2018, qu'il avait cessé les séances de physiothérapie et réalisait désormais des exercices à domicile. Il avait en outre précédemment expliqué au Dr J. _____ que la physiothérapie n'avait pas permis de soulager ses symptômes (cf. examen du 24 mai 2016). Il apparaît dès lors qu'un traitement de physiothérapie ne permet pas d'améliorer sensiblement la situation. Tout au plus peut-il être admis qu'il tend à la préservation de l'état de santé de son bénéficiaire. Le recourant se prévaut encore du rapport du Dr X. _____ du 24 février 2019, dans lequel celui-ci indique que des éventuelles pistes thérapeutiques existent et qu'une prise en charge dans un centre d'antalgie est possible. Cette considération est toutefois de l'ordre de l'hypothèse, laquelle ne permet pas de retenir, même au stade de la vraisemblance prépondérante, qu'un tel traitement améliorerait sensiblement l'état de santé de l'assuré. Cette appréciation n'est en outre pas partagée par les médecins qui ont suivi le recourant depuis son accident, aucun d'eux n'ayant jamais évoqué une prise en charge dans un centre d'antalgie. Elle est également contraire aux constatations du Dr D. _____ qui indique ne plus avoir de solution pour soulager les douleurs de l'assuré (cf. rapport du 18 mai 2018). d) Les griefs formulés par le recourant sont infondés et doivent être rejetés. Dans ces circonstances, l'intimée était fondée à considérer que l'état de santé de l'assuré était stabilisé au 30 septembre 2018, en

mettant de ce fait fin au versement des indemnités journalières et à la prise en charge du traitement médical.

E. 8

Le recourant conteste également le taux d'invalidité, arrêté à 15 % dans la décision attaquée.

- 20 - Il estime qu'une évaluation récente et concrète de la capacité résiduelle de travail devrait être réalisée pour démontrer que le degré d'invalidité retenu est trop faible, comme l'affirme le Dr X. _____ dans son rapport du 19 avril 2019. Or, une telle évaluation, récente et concrète, figure déjà au dossier ; il s'agit de l'examen médical final du 30 août 2018 réalisé par la Dre B. _____. Elle a en effet procédé à un examen clinique et radiologique de l'assuré avant de considérer qu'il était capable de travailler à 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Il n'existe au dossier aucun rapport médical circonstancié et objectivé, notamment postérieur à ce bilan final, qui contredirait les conclusions de la Dre B. _____ quant à la capacité de travail. S'il est exact que, dans son rapport du 19 avril 2019, le Dr X. _____ soutient que le degré d'invalidité devrait être supérieur à 15 %, à aucun moment il n'objective son appréciation. Il se contente au contraire d'énoncer son point de vue et de le justifier uniquement au regard de ses connaissances de l'assuré et de son expérience de médecin praticien et de spécialiste en médecine interne. Cela ne saurait suffire, ce d'autant plus qu'il lui aurait incombé de se prononcer sur la capacité de travail de l'assuré, qui relève de l'appréciation médicale et ainsi donc de ses compétences, et non sur le taux d'invalidité qui est une appréciation économique. Ni le rapport du Dr X. _____, ni d'ailleurs aucun autre rapport médical, ne remet ainsi en cause l'appréciation de la Dre B. _____. Le recourant ne conteste au demeurant pas spécifiquement le calcul effectué par l'intimée. Contrôlé d'office, celui-ci ne prête pas le flanc à la critique et peut être confirmé. Les griefs du recourant doivent par conséquent être rejetés.

E. 9

Le recourant reproche encore à l'intimée d'avoir retenu un taux d'indemnité pour atteinte à l'intégrité insuffisant. Il estime que celui-ci devrait s'élever à 20 % sur la base de la table 7.

- 21 - La CNA a fixé l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à 10 % sur la base des conclusions de la Dre B. _____. Dans son appréciation du 3 septembre 2018, elle s'est référée à la table 7 du barème établi par la CNA relatif aux atteintes à l'intégrité dans les affections de la colonne vertébrale. Pour les fractures dont l'angle est situé entre 10° et 20°, le taux d'atteinte à l'intégrité varie selon les douleurs. Le taux est de 5 à 10 % lorsque les douleurs sont modérées après mobilisation, rares ou nulles au repos, disparaissant complètement et rapidement (1 à 2 jours) et entre

E. 10

a) Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition du 7 juin 2019 confirmée. b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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