

# **VD\_GERICHTE ZA19.036302 vom 23. September 2020**

VD Tribunal cantonal, 2020-09-23, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZA19.036302](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA19.036302)

FR: VD\_GERICHTE ZA19.036302 du 23 septembre 2020

IT: VD\_GERICHTE ZA19.036302 del 23 settembre 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

- 13 - 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**

Le litige a pour objet le droit du recourant à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité, respectivement les taux à la base de ces prestations. A cet égard, la conclusion prise par le recourant relative au montant des indemnités journalières sort du cadre du présent litige, si bien qu'elle doit être déclarée irrecevable. Au demeurant, comme l'a relevé à juste titre l'intimée, la contestation de l'assuré sur ce point date du 10 avril 2018 alors que celui-ci a été informé du montant de l'indemnité journalière par courrier du 14 juillet 2015, suivi par un décompte adressé à l'employeur le 15 juillet 2015. Cette contestation est ainsi intervenue bien au-delà du délai de trois mois fixé par le Tribunal fédéral en la matière (ATF 134 V 145 consid. 5.3.1 et TF 8C\_789/2012 du 16 septembre 2013 consid. 4.1), de sorte qu'elle est de toute façon tardive et que le décompte en question est entré en force.

### **E. 3**

Les modifications introduites par la nouvelle du 25 septembre 2015, entrée en vigueur le 1er janvier 2017 et modifiant diverses dispositions de la LAA, ne sont pas applicables au cas d'espèce, vu la date de l'accident assuré (cf. ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification [RO 2016 4388]).

- 14 -

### **E. 4**

Dans un premier grief de nature formelle, le recourant fait valoir une violation de son droit d'être entendu. Le droit d'être entendu garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) comprend notamment le droit pour l'intéressé de produire des preuves pertinentes, d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres

de preuves pertinentes, lorsque cela est de nature à influencer sur la décision à rendre (ATF 143 V 71 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 135 II 286 consid. 5.1). Il n'y a toutefois pas violation du droit à l'administration de preuves lorsque la mesure probatoire refusée est inapte à établir le fait à prouver, lorsque ce fait est sans pertinence ou lorsque, sur la base d'une appréciation des preuves dont elle dispose déjà, l'autorité parvient à la conclusion que les faits pertinents sont établis et que le résultat de la mesure probatoire sollicitée ne pourrait pas modifier sa conviction (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.3 ; 130 II 425 consid. 2.1). Le droit d'être entendu est une garantie de nature formelle, dont la violation entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recours sur le fond (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 142 III 360 consid. 4.1.4 ; 137 I 195 consid. 2.2). Selon la jurisprudence, sa violation peut cependant être réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2 ; 135 I 279 consid. 2.6.1). Toutefois, une telle réparation doit rester l'exception et n'est admissible, en principe, que dans l'hypothèse d'une atteinte qui n'est pas particulièrement grave aux droits procéduraux de la partie lésée ; cela étant, une réparation de la violation du droit d'être entendu peut également se justifier, même en présence d'un vice grave, lorsque le renvoi constituerait une vaine formalité et aboutirait à un allongement inutile de la procédure, ce qui serait incompatible avec l'intérêt de la partie concernée à ce que sa cause soit tranchée dans un délai raisonnable (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2 et références citées).

- 15 - En l'espèce, le recourant reproche à la CNA d'avoir ignoré sa demande, tendant à la production du dossier de contrôle AVS effectué en 2015 et de la détermination du réviseur LAA/LAVS sur la problématique des 175'000 francs. En l'occurrence, on ne voit pas en quoi ces documents auraient pu influencer sur la décision querellée. En effet, la CNA a estimé à juste titre que les éléments au dossier étaient suffisants pour lui permettre de trancher la question au stade de la vraisemblance prépondérante. D'ailleurs le recourant ne réitère pas cette réquisition de production au stade du recours, alors qu'il aurait eu tout loisir de le faire. On ne saurait ainsi retenir une violation du droit d'être entendu du recourant par l'autorité administrative.

## **E. 5**

Le recourant reproche à la CNA d'avoir considéré que son cas était stabilisé, en se fondant en particulier sur l'avis du Dr M. \_\_\_\_\_, alors que de l'avis du Dr J. \_\_\_\_\_, tel ne serait pas le cas. 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. 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 LPGGA). b) Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGGA) à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus à attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé 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 cessant dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA). Conformément à l'art. 8 al. 1 LPGGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de

- 16 - longue durée. Selon l'art. 7 al. 1 LPGA, 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 est réputée incapacité de gain, 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. L'art. 7 al. 2 LPGA précise que seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain et qu'en outre, il y a incapacité de gain uniquement si celle-ci n'est pas objectivement surmontable. Pour établir si on peut raisonnablement exiger de l'assuré qu'il surmonte par ses propres efforts les répercussions négatives de ses problèmes de santé et exerce une activité lucrative et, partant, réalise un revenu, il faut se placer d'un point de vue objectif. L'élément déterminant n'est donc pas la perception subjective de l'intéressé, mais de savoir si on peut objectivement attendre de lui qu'il surmonte ses limitations et exerce une activité lucrative en dépit de ses problèmes de santé (ATF 135 V 215 consid. 7.2 et les références citées). c) En l'occurrence, dans son rapport du 6 février 2017, le Dr M. \_\_\_\_\_ a estimé que le cas de l'assuré n'était pas stabilisé sur les plans neurologique, urologique et gastro-intestinal. A la suite du rapport du Dr J. \_\_\_\_\_ du 6 juin 2017 qui concluait à la présence de limitations au niveau de l'estime de soi et du manque de perspectives, mais pas au niveau somatique, le Dr M. \_\_\_\_\_ a retenu que la situation était stabilisée (cf. avis du 17 juillet 2017). Il a en outre indiqué que l'intéressé pouvait effectuer un travail semi-sédentaire en évitant le port de charges de plus de 15 kg et les positions statiques prolongées de la nuque. S'agissant du taux de capacité de travail dans une activité adaptée, le Dr M. \_\_\_\_\_ avait évoqué une fourchette entre 50 et 75% dans son rapport du 6 février 2017 ; interrogé à ce sujet, il a fixé le taux à 75% sur le plan somatique par avis du 29 septembre 2017. L'intimée a considéré, sur la base des rapports précités du Dr M. \_\_\_\_\_ que l'état de santé du recourant s'était stabilisé, de sorte qu'elle a mis fin à la prise en charge des frais de traitement et au versement de l'indemnité journalière le 4 octobre 2017 avec effet au 30 novembre 2017. Il convient en effet de constater

- 17 - qu'aucune pièce du dossier ne laisse entrevoir une possible amélioration de la capacité de travail du recourant. Au contraire, il ressort des différents rapports médicaux produits que les médecins n'ont pas de nouvelle proposition de traitement à lui administrer (cf. en particulier rapport des 19 janvier 2017 et 5 juillet 2017 du Dr J. \_\_\_\_\_), hormis la poursuite des séances de physiothérapie et un suivi psychologique. C'est ainsi à juste titre que l'intimée a considéré que l'état de santé du recourant était stabilisé au 17 juillet 2017 et qu'elle a cessé le versement des indemnités journalières au 30 novembre 2017.

## **E. 6**

Le recourant fait ensuite valoir que l'intimée, de manière arbitraire et contraire à la maxime inquisitoire, s'est fondée sur les conclusions du Dr M. \_\_\_\_\_ au sujet de sa capacité de travail, en écartant l'appréciation divergente des Drs J. \_\_\_\_\_ et X. \_\_\_\_\_, qui retiennent une incapacité de travail totale dans une activité adaptée. a) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), 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. En ce qui concerne la valeur probante d'un

rapport médical, il est déterminant 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 du dossier (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 bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et

- 18 - bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4). b) Une valeur probante doit également être accordée aux appréciations émises par les médecins de la CNA, car, selon la jurisprudence, cette institution 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. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, une 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 p. 353 et les références citées ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). c) En l'espèce, l'intimée s'est uniquement basée sur les rapports du Dr M.\_\_\_\_\_ pour retenir que l'exercice d'une activité adaptée à 75%, sans baisse de rendement, était exigible. Ce médecin a d'abord indiqué que le recourant pourrait à terme exercer une activité adaptée à un taux compris entre 50 et 75% alors que la situation n'était pas encore stabilisée (cf. rapport du 6 février 2017). Il a ensuite précisé, sur demande de l'intimée, qu'il estimait cette capacité à 75% sans émettre la moindre appréciation. Il convient en l'occurrence de constater que l'avis du Dr M.\_\_\_\_\_ n'est corroboré par aucune pièce du dossier. En effet, la Dre X.\_\_\_\_\_, a attesté une incapacité de travail complète de l'assuré en raison des douleurs. Elle a préconisé une évaluation de la capacité de travail (bilan de physiothérapie et d'ergothérapie en activité) de l'assuré, laquelle n'a jamais eu lieu, ainsi qu'un traitement d'ostéopathie pour soulager les douleurs ostéoarticulaires (cf. rapport du 25 avril 2019). Certes, elle n'a pas précisé pour quels types de tâches il y aurait impossibilité à déployer une activité, ni n'a défini les limitations fonctionnelles du recourant, mais son rapport suffit à jeter le doute sur le bien-fondé de l'avis du Dr M.\_\_\_\_\_ en lien avec la capacité résiduelle du recourant.

- 19 - Quant au Dr J.\_\_\_\_\_, il a mentionné que la situation était stabilisée du point de vue de la lésion médullaire, avec un résultat fonctionnel somatique correct, mais que des douleurs et une kinésiophobie rendaient les activités de la vie quotidienne quasiment impossibles. Il a décrit le quotidien difficile du recourant (fort ralentissement dans l'accomplissement des quelques tâches ménagères qu'il effectue, mobilité réduite, épuisement, péjoration des douleurs lors des activités) et a indiqué être très pessimiste quant à la reprise d'une activité professionnelle quelle qu'elle soit (cf. rapport du 26 novembre 2019). Ainsi, si le Dr J.\_\_\_\_\_ fait état d'une composante psychique dans les difficultés rencontrées par le recourant, il mentionne également les douleurs qui s'aggravent lors des activités. Il a, à cet égard, prescrit la poursuite du traitement de physiothérapie. Compte tenu des avis divergents du Dr M.\_\_\_\_\_, d'une part, et, des Drs X.\_\_\_\_\_ et J.\_\_\_\_\_, d'autre part, l'intimée ne pouvait se contenter de suivre les seules conclusions du Dr M.\_\_\_\_\_ pour déterminer la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée. On relèvera encore, contrairement à ce que soutient l'intimée, que le rapport du Dr

J. \_\_\_\_\_ du 26 novembre 2019 doit être pris en compte, dès lors qu'il se rapporte à une situation qui existait déjà au moment de la décision litigieuse, et ne contient pas de faits nouveaux (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C\_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2). d) Considérant ce qui précède, c'est à tort que l'intimée a estimé que le recourant était en mesure d'exercer une activité adaptée à 75 % avec un plein rendement sur la base des seules conclusions du Dr M. \_\_\_\_\_, lesquelles n'emportent pas conviction. Dès lors que l'on ne peut accorder une pleine valeur probante aux rapports du Dr M. \_\_\_\_\_, sous l'angle de l'évaluation de la capacité de travail, il n'est pas possible, en l'état du dossier, de déterminer la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée.

- 20 - L'instruction apparaît de ce fait lacunaire et nécessite d'être complétée, le dossier ne permettant pas d'apprécier à satisfaction de droit le caractère invalidant des atteintes liées à l'accident du 21 juin 2015. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à la CNA – à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 43 al. 1 LPGa) –, cette solution apparaissant comme la plus opportune. Il incombera dès lors à l'intimée de procéder à un complément d'instruction et de mettre en œuvre une expertise orthopédique afin que l'expert se prononce sur les atteintes que le recourant présente (diagnostic, étiologie, évolution) ainsi que sur sa capacité de travail et ses limitations fonctionnelles. Il appartiendra ensuite à la CNA, sur la base des renseignements recueillis, de procéder à un nouvel examen du taux d'invalidité, et de rendre une nouvelle décision statuant sur les prétentions du recourant. Vu ce qui précède, on ajoutera qu'il n'y a pas lieu de se prononcer sur les griefs du recourant relatifs à l'évaluation de son degré d'invalidité, respectivement à la détermination du revenu sans invalidité. L'instruction du cas étant encore incomplète, il est en effet prématuré de statuer sur ces questions.

## **E. 7**

Le recourant reproche enfin à l'intimée une estimation incorrecte de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à laquelle il a droit. 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,

- 21 - 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. 2.2). Aux termes de l'art. 25 al. 1 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital. Elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité, 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 218 consid. 4b ; TF 8C\_566/2017 du 8 mars 2018 consid. 5.1). 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\_566/2017 du 8 mars 2018 consid. 5.1). 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 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

- 22 - 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. En cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité dues à un ou plusieurs accidents, l'indemnité est fixée d'après l'ensemble du dommage (art. 36 al. 3, première phrase OLAA)] b) Le Dr M. \_\_\_\_\_ a fixé à 30% le taux de l'atteinte à l'intégrité en relation avec les séquelles somatiques de l'accident. Il s'est basé, pour ce faire, sur la table 7 (« Atteinte à l'intégrité dans les affections de la colonne vertébrale ») qui prévoit une indemnisation de 10 à 20% en cas de douleurs +++ avec une augmentation de 5 à 15% en cas de spondylodèse. Il a pondéré ces taux compte tenu de la tétraplégie incomplète type ASIA D présente chez le recourant. Ce dernier soutient, pour sa part, qu'il y a lieu d'appliquer, compte tenu de la tétraplégie incomplète, un taux de 50%, équivalent à une atteinte très grave et douloureuse au fonctionnement de la colonne vertébrale, selon l'annexe 3 OLAA. En l'espèce, on ne voit pas de motifs de s'écarter de l'évaluation faite par le Dr M. \_\_\_\_\_. En particulier, le recourant n'apporte pas d'éléments médicaux qui justifieraient de s'écarter de l'appréciation du médecin précité. L'intimée était ainsi fondée à allouer au recourant une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 37'800 fr. fondée sur un taux de 30%. Sur ce point, le recours doit être rejeté.

## **E. 8**

a) En définitive, le recours doit être partiellement admis dans la mesure de sa recevabilité et la décision sur opposition attaquée annulée en tant qu'elle concerne le taux d'invalidité du recourant. La cause est renvoyée à la CNA pour qu'elle procède conformément aux considérants. La décision litigieuse est confirmée s'agissant de l'IPAI.

- 23 - b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA). c) Le recourant, qui obtient partiellement gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, a droit à des dépens réduits, qu'il convient de fixer à 1'500 fr., débours et TVA compris (art. 61 let. g LPGA, art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimée.