

VD_GERICHTE ZA19.036947 vom 25. August 2020

VD Tribunal cantonal, 2020-08-25, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA19.036947

FR: VD_GERICHTE ZA19.036947 du 25 août 2020

IT: VD_GERICHTE ZA19.036947 del 25 agosto 2020

Erwägungen

E. 6

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

- 18 - 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 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). 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 et la référence ; 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_517/2017 du 12 juillet 2018 consid. 6.1).

E. 7

a) En l'espèce, à la suite d'un premier accident le 18 février 2005, lors duquel l'assuré s'est notamment blessé à l'épaule droite, la CNA lui a alloué une rente d'invalidité de 22 % et une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 7,5 % (cf. décision du 21 novembre 2007). Après un autre accident le 16 août 2009, impliquant l'épaule gauche, la CNA a maintenu le versement de la rente de 22 % et a octroyé une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5 % (cf. décision du 16 novembre 2012). Le 14 avril 2015, l'assuré a eu un nouvel accident et a dû subir deux opérations à l'épaule gauche, les 9 novembre 2015 et 12 juillet 2017. Contrairement à ce qu'il soutient, la CNA a considéré qu'il s'agissait d'une rechute et a admis que ces interventions étaient en lien de causalité avec l'accident de 2009. Elle a pris en charge le cas et a notamment versé des indemnités journalières (cf. art. 21 al. 3 LAA).

Par la suite, elle a constaté que l'état de santé était stabilisé au 30 juin 2018 et a dès lors examiné si la rente octroyée précédemment devait être modifiée. Elle a confirmé l'allocation d'une telle rente. La CNA n'a donc pas remis en cause le lien

- 19 - de causalité entre les accidents subis par le recourant et ses atteintes, puisqu'elle a maintenu le droit à la rente. b) Pour le surplus, la position de la CNA ne prête pas flanc à la critique. Il y a effectivement lieu d'admettre que l'état de santé de l'assuré était stabilisé au 30 juin 2018. Tous les médecins s'accordent sur ce point. Dans leur rapport du 3 janvier 2018, les spécialistes de la G. _____ ont retenu qu'une stabilisation médicale était attendue dans un délai de trois à quatre mois. Le 23 avril 2018, le Dr A. _____ a annoncé que le traitement était terminé du point de vue orthopédique. Quant à la Dre D. _____, elle a observé lors de son examen en juin 2018 que l'état de santé était stabilisé (cf. rapport du 12 juin 2018). Le Dr T. _____ a pour sa part indiqué que la situation était stagnante et qu'il n'avait d'autre solution à proposer que la continuation de la physiothérapie afin de soulager son patient (cf. rapports des 14 mai 2018 et 11 juillet 2019). La poursuite d'une physiothérapie de maintien et la prise d'anti-douleurs ne permettent pas de considérer que la situation n'est pas stabilisée. Ces traitements sont pris en charge par l'intimée et n'ont donc pas à être discutés ici. Pour examiner le droit du recourant à la rente, il convient de déterminer si un changement important des circonstances propre à influencer son taux d'invalidité s'est produit depuis la décision du 21 novembre 2007. Il s'agit en effet de la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec, notamment, une comparaison des revenus conformes au droit. La décision rendue en 2012 n'est quant à elle pas fondée sur ce dernier point, la CNA s'étant limitée à considérer que les séquelles ne réduisaient pas la capacité de gain de manière importante. Par sa décision de 2007, la CNA a retenu que l'assuré conservait une pleine capacité de travail dans une activité légère ne nécessitant pas des manutentions supérieures à 10 kg, ni de sollicitations

- 20 - du bras [droit] au-dessus de l'horizontale, et permettant d'alterner les positions. Cette décision, non contestée, reposait principalement sur l'appréciation du Dr B. _____ (cf. rapport du 21 mai 2007). En 2012 et 2017, au cours de séjours du recourant à la G. _____, les médecins ont désormais fait état de lésions aux deux épaules. Les limitations fonctionnelles qu'ils retenaient, liées au port de charges lourdes et au travail au-dessus du plan des épaules, étaient pour l'essentiel superposables à celles définies par le Dr B. _____, mais concernaient les deux épaules. Les médecins de la G. _____ ont retenu une tendance à la catastrophisation. En 2017, ils ont indiqué que la capacité de travail de l'assuré était entière dans une activité adaptée. La Dre D. _____ a pour sa part également constaté une pleine capacité de travail dans une telle activité. Les limitations fonctionnelles qu'elle a décrites sont globalement semblables à celles exposées par ses confrères de la G. _____. Son rapport du 12 juin 2018 fait suite à un examen complet du recourant et expose de manière précise les plaintes qu'il a exprimées. En outre, ce rapport a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, laquelle est très détaillée, et tient compte de l'appréciation des autres médecins s'étant prononcés sur l'état de santé de l'assuré, ainsi que des documents d'imagerie. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires. En particulier, la Dre D. _____ a indiqué que les mesures (mobilité et force des épaules) réalisées par les différents médecins ayant examiné le recourant étaient très hétéroclites, variables en fonction du type d'examen clinique et également au cours du même examen. La Dre D. _____ a ajouté qu'il y avait une incohérence entre ces mesures et les mouvements spontanés de l'assuré qu'elle avait

observés au cours de l'anamnèse et du status. Elle avait également été frappée par une discordance entre les plaintes rapportées par l'intéressé et les constatations faites lors de son examen, comme l'avait déjà relevé le Dr Z._____ en 2012. Elle a retenu que ces différences entraient dans le cadre d'un trouble fonctionnel et non organique. Elle a expliqué cela, notamment, par plusieurs éléments déjà mis en évidence par les médecins

- 21 - de la G._____ en 2012 et 2017, soit une catastrophisation élevée et une kinésiophobie. Les Drs M._____ et F._____ ont pour leur part également relevé que les douleurs ne s'expliquaient pas par l'imagerie (cf. rapport du 7 mars 2019). La Dre D._____ a écarté le diagnostic de trouble somatoforme douloureux mentionné par le Dr T._____, qui ne serait d'ailleurs pas nouveau, puisque ce médecin le retenait déjà à partir de 2007 (cf. en particulier, rapport du 3 mai 2007). Au final, la Dre D._____ a rejoint l'appréciation des médecins de la G._____ de 2017, en constatant que l'assuré présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Ses conclusions sont convaincantes et bien motivées. En définitive, son rapport remplit les critères jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante, de sorte qu'il y a lieu de se rallier à ses conclusions. Les autres documents médicaux figurant au dossier ne permettent pas de remettre en cause ce qui précède. En particulier, le rapport établi le 10 décembre 2018 par le Dr P._____ n'est pas suffisant pour admettre une incapacité de travail dans toute activité. En effet, ce médecin a tout d'abord expliqué qu'il n'avait pas pu faire effectuer à l'assuré un quelconque test clinique pour évaluer sa problématique. Le patient était extrêmement démonstratif en raison des douleurs. Le Dr P._____ a ajouté qu'en l'absence d'examen radiologique et d'imagerie récente, il était pour lui quasiment impossible de se prononcer. Toutefois, en réponse aux questions de CAP Protection juridique, il s'est tout de même déterminé, en évoquant une incapacité totale de travail dans toute activité. Cette appréciation n'est aucunement motivée et ne saurait dès lors être retenue. Par ailleurs, le seul fait que le Dr S._____, médecin généraliste traitant, a délivré des certificats d'incapacité totale de travail, ne signifie pas encore que l'assuré ne peut pas exercer une activité adaptée à son état de santé. Enfin, ni le Dr T._____, ni le Dr A._____ ne se sont prononcés sur le taux de capacité de travail dans une telle activité. Ce dernier a néanmoins encouragé une reconversion professionnelle et a retenu des limitations fonctionnelles globalement semblables à celles susmentionnées, soit notamment s'agissant du port de

- 22 - charges et du travail au-dessus de l'horizontale (cf. rapport du 5 mars 2018). Au vu de ce qui précède, c'est à juste titre que la CNA a refusé de mettre en œuvre une expertise, les éléments disponibles étant suffisants pour lui permettre de rendre une décision en toute connaissance de cause. Contrairement à ce que soutient le recourant, la CNA ne s'est en aucun cas fondée sur la seule évaluation du Prof. M._____, selon laquelle les douleurs n'étaient pas expliquées par les lésions retrouvées à l'imagerie. En outre, le fait que le Dr P._____ – dont l'évaluation, non étayée, doit être écartée – a mentionné l'opportunité d'une expertise ne suffit pas à conclure qu'une telle mesure d'instruction devait être mise en œuvre. Enfin, comme l'a relevé la CNA, les assurés n'ont pas de droit à cet égard. En définitive, on doit admettre, à l'instar de la CNA, que l'assuré conserve une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles liées aux épaules.

E. 8

Il convient d'examiner le préjudice économique subi par le recourant. a) Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est

comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). La notion de marché équilibré est certes théorique et abstraite, mais elle est inhérente au système et trouve son fondement à l'art. 16 LPGA. Cela signifie qu'il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail – ce qui revient à l'assurance-chômage –, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles

- 23 - correspondent à l'offre de la main d'œuvre (TF 9C_633/2016 du 28 décembre 2016 consid. 4.2 ; 8C_466/2015 du 26 avril 2016 consid. 3.2.2). Pour fixer le revenu d'invalide, on se fondera sur un revenu hypothétique lorsque l'assuré ne met pas – ou pas pleinement – à profit sa capacité de travail après l'accident. Dans ce cas, la jurisprudence a dégagé deux méthodes d'évaluation du revenu d'invalide, entre lesquelles le Tribunal fédéral a renoncé à donner la préférence ; la première se fonde sur les données salariales publiées par l'Office fédéral de la statistique (OFS) dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), tandis que la seconde repose sur les données salariales résultant de descriptions de postes de travail (DPT) récoltées par la CNA (ATF 135 V 297 consid. 5.2 ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 et les références citées). b) En l'occurrence, l'intimée a fixé le revenu d'invalide à 61'853 fr. sur la base des données salariales résultant de cinq DPT adaptées aux limitations du recourant décrites par la Dre D._____. Ces DPT ne sont pas critiquables et n'ont d'ailleurs pas été contestées en tant que telles par ce dernier. Il s'est limité à soutenir que ce montant était illusoire puisqu'aucun employeur ne voulait l'engager au vu de ses limitations. Il a dès lors estimé ne disposer d'aucune capacité de gain. Toutefois, le fait qu'il n'a pas réussi à trouver d'emploi adapté, même avec l'aide des autorités de chômage, ne permet pas de conclure d'emblée à un revenu d'invalide nul. En effet, la CNA n'a pas à examiner la question de savoir s'il peut effectivement être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail. En l'occurrence, si les restrictions induites par ses limitations fonctionnelles peuvent diminuer dans une certaine mesure ses possibilités de retrouver un emploi, on ne saurait considérer qu'elles rendent cette perspective illusoire. Le marché du travail offre un large éventail d'activités légères, dont on doit convenir qu'un certain nombre sont adaptées à ses limitations et accessibles sans formation spécifique. On peut citer, par exemple, des activités dans le domaine de la production, comme tourneur-rectifieur dans la réalisation de pièces mécaniques.

- 24 - En définitive, le revenu d'invalide de 61'853 fr doit être confirmé. Il en va de même du revenu sans invalidité de 67'861 fr., lequel n'a au demeurant pas été contesté. Il résulte de la comparaison de ces revenus un préjudice économique de 8,85 %, inférieur à celui de 22 % déterminé par la CNA dans sa décision du 21 novembre 2007. Ainsi, en tant qu'elle maintient la rente d'invalidité de 22 %, la décision sur opposition litigieuse n'est pas critiquable.

E. 9

Le recourant a encore conclu à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 50 %.

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. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité 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). b) En l'espèce, s'agissant notamment de l'épaule droite, le Dr B. _____ avait retenu en 2007 un taux d'atteinte à l'intégrité de 7,5 %. En 2012, pour l'épaule gauche, le Dr Z. _____ avait fixé un taux de 5 %. La CNA a versé les indemnités correspondantes.

- 25 - La Dre D. _____ a constaté qu'il n'y avait pas d'aggravation manifeste et objective de l'état des épaules propre à modifier l'appréciation de ses confrères. Pour ce faire, elle s'est notamment fondée sur les examens cliniques effectués par les médecins de la G. _____, le Dr T. _____, et par ses soins, ainsi que sur les éléments radiologiques et d'imagerie (cf. rapports des 12 juin 2018 et 16 juillet 2019). Ses conclusions se basent sur une évaluation objective de l'atteinte à l'intégrité, au terme d'un rapport probant qu'il n'y a pas lieu de remettre en cause (cf. consid. 7b supra), et son complément. Le taux d'atteinte à l'intégrité de 50 % dont se prévaut le recourant ne repose pas sur l'appréciation d'un médecin, mais sur son propre sentiment, ce qui n'est pas suffisant pour remettre en cause les considérations qui précèdent. Par conséquent, le refus de l'intimée d'allouer une indemnité pour atteinte à l'intégrité supplémentaire n'est pas critiquable.

E. 10

a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition attaquée confirmée. b) La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir des frais judiciaires. Le recourant, qui n'obtient pas gain de cause, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA a contrario). Lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure est supportée par le canton (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des indemnités ; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ [règlement cantonal

- 26 - vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire civile ; BLV 211.02.3]). En l'occurrence, Me Neeman a déposé la liste de ses opérations le 30 juin 2020, totalisant 14,56 heures de travail, ainsi que 501 fr. de débours hors TVA. Le temps consacré pour chaque poste mentionné apparaît correct et justifié. S'agissant des débours, il convient toutefois d'appliquer le forfait de 5 % du défraiement hors taxe (art. 3bis al. 1 RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). Le montant de l'indemnité de Me Neeman est donc arrêté à 2'620 fr. 80 concernant ses honoraires (correspondant à 14,56 heures x 180 fr.), auquel s'ajoute une somme forfaitaire de 131 fr. 05 pour les débours, et la TVA par 211 fr. 90, soit un total de 2'963 fr. 75.