

VD_GERICHTE ZA19.053731 vom 9. März 2021

VD Tribunal cantonal, 2021-03-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA19.053731

FR: VD_GERICHTE ZA19.053731 du 9 mars 2021

IT: VD_GERICHTE ZA19.053731 del 9 marzo 2021

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

- 5 - 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) 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) Le litige a pour objet le point de savoir si l'invalidité de la recourante s'est modifiée – de manière à influencer son droit à la rente de l'assurance-accidents de 52 % – entre le 27 mai 2002, date de la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, et le 31 juillet 2018, date à laquelle l'intimée s'est prononcée sur la révision du droit à la rente. b) Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante pour l'assureur-accidents (ATF 131 V 362 consid. 2.3 ; la réciprocité de cette règle à l'égard de l'assurance-invalidité a également été admise : ATF 133 V 549 consid. 6). En l'espèce, l'intimée était en droit de procéder à la révision de la rente d'invalidité de la recourante en faisant abstraction de la date du 18 août 2005, laquelle correspond à une décision rendue par les organes de l'assurance-invalidité qui n'a pas de force contraignante pour l'assurance-accidents.

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. b) Selon l'art. 18 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, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite. Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus à attendre de la

- 6 - 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_202/2017 du 21 février 2018 consid. 3) – 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). c) aa) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 141 V 9 consid. 2.3). La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important. Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force – qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus – et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71). bb) Dans le domaine de l'assurance-accidents, une modification de l'état de fait est en principe sensible ou notable, au sens de l'art. 17 LPGA, lorsque la différence du taux d'invalidité par rapport à la situation antérieure s'élève au moins à 5 % (ATF 140 V 85 consid. 4.3 et 133 V 545 consid. 6.2).

- 7 - cc) S'agissant du moment à partir duquel la révision produit ses effets, en cas de réduction ou de suppression de la rente en raison, par exemple, de l'amélioration de l'état de santé de l'assuré, c'est la date de la décision de l'assureur-accidents qui est déterminante (et non celle de la décision sur opposition) pour les effets de la révision, pour autant qu'il soit établi que les conditions en sont réalisées à ce moment-là (ATF 140 V 70 consid. 4 ; JEAN-MAURICE FRÉSARD/MARGIT MOSER- SZELESS, L'assurance accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 3e éd., Bâle 2016, n. 302). d) 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). e) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales 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

- 8 - (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions 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 bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

E. 4

Appréciation du cas et pronostic [...] A l'examen de ce jour (11 juin 2018), Mme M. _____ est venue seule en voiture et se présente avec 20 minutes d'avance. Elle se déplace sans difficulté et monte aisément les 14 marches de l'escalier menant au cabinet. Madame s'assied et se relève normalement du siège, sans prendre de précaution particulière. Enjouée, tonique et souriante, l'assurée se montre tout à fait collaborante durant l'entretien. Elle ne manifeste aucun signe d'inconfort ou de douleur durant l'examen, bien qu'elle relate des algies, sur un mode non démonstratif. Madame ne change pas de position. Aucune fatigabilité ou ralentissement psychomoteur n'est objectivé. La thymie est bien modulée. Le seuil anxiogène est dans les normes. Madame est calme, ne présente pas de signes d'angoisse ni de symptômes neurovégétatifs durant l'entretien ; par ailleurs, aucun symptôme ne ressort de l'anamnèse. On ne relève pas de troubles du comportement, de déviance caractérielle grave, de conduites d'évitement ; au contraire, l'expertisée se développe dès l'enfance, voire au plus tard à l'adolescence. Sans formation, âgée de 23 ans, Madame a pu trouver un travail en Suisse, quitter son pays et s'adapter à un nouveau mode de vie. Ses relations sociales ont été stables et harmonieuses. Rapidement, Mme M. _____ a noué une relation affective, toujours en cours. Ces divers éléments permettent d'exclure un trouble de personnalité, en particulier une personnalité anxieuse. Quant à la dysthymie évoquée en novembre 2000 par le Docteur A. _____, Madame n'en présente plus les critères, à savoir qu'elle n'a pas d'humeur chroniquement abaissée, de ruminations constantes, de troubles du sommeil permanents dus à des pensées négatives (le sommeil serait perturbé par les douleurs).

- 12 - Quant au diagnostic de troubles de l'adaptation, selon la CIM-10, ce diagnostic ne peut excéder 6 mois. En cas de persistance des symptômes, un autre diagnostic doit être retenu. Or à ce jour, je ne relève pas d'éléments florides dans la lignée dépressive ou anxieuse, ceci depuis plusieurs années (absence de suivi et de psychotropes depuis 2001 environ). En l'absence d'une détresse émotionnelle majeure et de conflits psychosociaux conséquents, on ne peut retenir un diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant. Une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (la personnalité est fruste, peu différenciée avec des capacités d'adaptation limitées) peut être retenue, comme déjà évoquée dans l'expertise en novembre 2000. En l'absence d'une amnésie circonstancielle, de flashbacks, de pensées intrusives, d'attaques de panique, de cauchemars récurrents, d'émoussement psychique ou d'état de qui-vive, le diagnostic d'état de stress post-traumatique est exclu. cc) Force est d'admettre, au vu des observations rapportées par la Dre P. _____, que la situation sur le plan psychiatrique s'est sensiblement améliorée depuis l'expertise du Dr A. _____ de novembre 2000. d) Le dossier ne contient aucune appréciation médicale propre à susciter le doute quant au bien-fondé de ces expertises. e) Au final, il y a lieu de retenir que la recourante présente, eu égard aux atteintes en lien de causalité avec l'accident du 24 juillet 1992, une capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

E. 5

Cela étant constaté, il s'agit de déterminer le degré d'invalidité de la recourante. a) aa) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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

- 13 - réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4 et 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à une éventuelle rente (ATF 143 V 295 consid. 4.1.3 ; 129 V 222 consid. 4.1 ; 128 V 174). bb) Il ressort en l'occurrence du dossier qu'il convient de retenir comme année de référence pour procéder à la comparaison des revenus l'année 2018. b) aa) Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que la personne assurée aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant si elle n'était pas invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible ; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par la personne assurée avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; TF 9C_719/2015 du 3 juin 2016 consid. 6.2). bb) S'agissant du revenu avec invalidité, 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 lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalide peut être évalué notamment sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; cf. ATF 129 V 472 consid. 4.2.1). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (cf. ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). cc) Le montant ressortant des statistiques peut faire l'objet d'un abattement pour prendre en considération certaines circonstances

- 14 - propres à la personne intéressée et susceptibles de limiter ses perspectives salariales (limitations liées au handicap, à l'âge, aux années de service, à la nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et au taux d'occupation) ; une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent ainsi influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 134 V 322 consid. 5.2 ; 126 V 75 consid. 5b/aa-cc ; TF 9C_652/2014 du 20 janvier 2015 consid. 3.1). Il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération. Il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalide, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret (ATF 126 V 75 consid. 5b/bb ; TF 8C_80/2013 du 17 janvier 2014 consid. 4.2 ; TF 9C_751/2011 du 30 avril 2012 consid. 4.2.1). c) aa) En l'occurrence, l'intimée a comparé un revenu sans invalidité de 49'548 fr. 95 avec un revenu d'invalide de 41'855 fr. 80 pour aboutir à un degré d'invalidité de 16 %. Les deux termes de la comparaison sont fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS, alors que le revenu sans invalidité doit, selon la jurisprudence rappelée ci-avant être évalué de la manière la plus concrète possible, soit sur la base du dernier revenu perçu par la personne assurée avant l'accident, en tenant compte de l'évolution des salaires. Dans la mesure où le dossier contient le montant du dernier salaire de la recourante avant son accident, le

raisonnement suivi par l'intimée ne peut être suivi et il convient dès lors de s'écarter de la comparaison des revenus qu'elle a effectuée. bb) Dans le cas présent, il y a lieu de se référer à la dernière activité de la recourante, soit celle de serveuse à 100 % qu'elle exerçait depuis janvier 1992 auprès d'un café-restaurant. A l'époque, la recourante exerçait sa profession à la saison. Depuis lors établie en Suisse à demeure, pays dont elle a par ailleurs acquis la nationalité, aucun motif ne s'oppose désormais à l'exercice de l'activité de serveuse à l'année. Compte tenu d'un salaire de serveuse de 35'373 fr. en 1992 (2'721 fr. x 13), adapté à l'évolution des salaires jusqu'en 2018 (+ 33,2 % [Office fédéral de la

- 15 - statistique, Evolution des salaires nominaux des femmes, 1992-2018, T39]), le revenu sans invalidité se serait élevé à 47'116 fr. 85. Le salaire de référence pour des femmes exerçant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), était, en 2018, de 4'371 fr. par mois, part au treizième salaire comprise (ESS 2018, TA 1, niveau de qualification 1). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2018 (41,7 heures), ce montant doit être porté à 4'556 fr. 75, soit annuellement 54'681 francs. S'agissant de l'abattement sur le salaire statistique retenu au titre de revenu d'invalidé, il y a lieu de constater que le taux de 5 % retenu par l'intimée afin de tenir compte de l'éloignement prolongé du marché du travail ne se justifie pas, un tel motif n'ayant pas été reconnu par la jurisprudence. En comparant un revenu sans invalidité de 47'116 fr. 85 avec un revenu d'invalidé de 43'744 fr. 80 (montant qui tient compte d'un taux d'activité de 80 %), il en résulte un degré d'invalidité de 7,16 %, arrondi à

E. 7

Pour finir, il convient de préciser qu'il n'y a pas lieu, dans le cadre de la présente procédure, d'examiner la problématique du sort de l'action récursoire des assureurs contre le tiers responsable et les implications financières que la révision du droit à la rente peut engendrer à ce sujet, cette question ne faisant pas partie de l'objet du litige (ATF 141 V 148 consid. 4.3). Au demeurant, dans la mesure où la diminution de la rente correspond à une diminution du dommage subi par la recourante, celle-ci ne subit aucun préjudice en raison de la créance subrogatoire que les assureurs sociaux ont fait valoir (GHISLAINE FRÉSARD-FELLAY, Le recours subrogatoire de l'assurance-accidents sociale contre le tiers responsable ou son assureur, thèse, Fribourg 2007, n° 950, p. 313).

E. 8

Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté ce qui entraîne la confirmation de la décision litigieuse.

E. 9

Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020, applicable conformément à l'art. 83 LPGA), ni d'allouer de dépens, dès lors que la recourante n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).