

VD_GERICHTE ZA21.008898 vom 30. Juni 2022

VD Tribunal cantonal, 2022-06-30, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA21.008898

FR: VD_GERICHTE ZA21.008898 du 30 juin 2022

IT: VD_GERICHTE ZA21.008898 del 30 giugno 2022

Erwägungen

E. 11

bifocales postérieures - Fracture comminutive de la scapula G : traitement conservateur RACHIS - fracture Burst L1 avec atteinte des 3 colonnes associée à un recul du mur postérieur de 9 mm, fragment intra-canalair de 10 mm latéralisé à G - fracture des processus transverses G L2-L5 et L3 D [droite] - Fracture du processus épineux L2 - MEMBRE INFÉRIEUR droit : - fracture du péroné distal D Weber C » Le 21 mars 2018, la Dre N. _____, médecin à J. _____, a estimé que l'incapacité de travail de l'assuré était totale du 6 décembre 2017 au 27 avril 2018, à réévaluer. Au cours de ce séjour à J. _____, il a été constaté que la participation du patient aux thérapies était élevée et aucune incohérence n'a été relevée (rapport du 9 avril 2018 des Drs N. _____ et I. _____). Le 30 mars 2018, le Dr H. _____, médecin généraliste traitant, a fait état d'une évolution favorable mais lente, estimant le pronostic plutôt bon. Il notait qu'il fallait s'attendre à la persistance de problèmes au niveau de la colonne dorso-lombaire. Le 28 août 2018, le Dr H. _____ a indiqué que son patient avait toujours mal au dos. Le 1er octobre 2018, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI). Lors d'un téléphone du 4 octobre 2018 avec une gestionnaire de la CNA, l'assuré a indiqué qu'il avait mal dès qu'il marchait.

- 4 - Lors d'un entretien à son domicile avec un gestionnaire de la CNA le 6 décembre 2018, l'assuré a expliqué qu'il ne prenait aucun médicament, ne faisait plus de physiothérapie, et que c'était surtout son dos le problème. La Dre P. _____, médecin d'arrondissement auprès de la CNA, a examiné l'assuré le 23 janvier 2019. A cette occasion, elle a notamment relevé que l'assuré, qui n'était pas plaintif, mentionnait sur demande des douleurs du bas du dos lorsqu'il marchait plusieurs heures qui nécessitaient parfois qu'il s'arrête, des douleurs du dos lorsqu'il restait longtemps assis, environ 2 heures, ainsi que des douleurs de sa cheville droite lorsqu'il marchait en terrain irrégulier (rapport, p. 5, appréciation). Pour le surplus, la Dre P. _____ a relevé ce qui suit (rapport, p. 6, appréciation) : « Objectivement, on constate une attitude scoliotique du rachis avec une épaule D plus basse que la G et une crête iliaque D plus haute que la G. Le fil à plomb met également en évidence une attitude scoliotique. On note également une rectitude de la colonne lombaire basse avec un Schober lombaire à 10/11 et une distance doigt-sol de 26 cm. Au niveau des MI [membres inférieurs], la marche s'effectue sans boiterie, l'assuré peut marcher sur les pointes et les talons sans difficulté, petit déficit au niveau de l'équilibre en appui monopodal mais des deux côtés. On note par contre une amyotrophie importante du MID [membre inférieur droit] avec un déficit de 2 cm au niveau de la cuisse D et de 1.5 cm au niveau du mollet D. Légère diminution de la mobilité D tant en flexion dorsale qu'en flexion plantaire. L'assuré ne présente pas de trouble sensitivo-moteur des MI. Sur le plan

médical, la situation n'est pas stabilisée, les radiographies à notre disposition mettent en évidence une attitude scolioïde, voire une véritable scoliose avec probable rotation des vertèbres au-dessus de la fixation de D12 mais les radiographies ne prennent pas toute la colonne. On note un syndrome lombo-vertébral à l'effort. Lors de la dernière consultation du Dr W. _____ en avril 2018, la fracture n'était pas totalement consolidée au niveau du MID. Nous n'avons aucune radiographie qui a été effectuée depuis lors et l'assuré aurait dû être reconvoqué fin décembre 2018 pour un contrôle à une année post-opératoire, ce qui n'a pas été fait et n'a pas encore été programmé. Il est nécessaire de demander au Dr W. _____ de convoquer l'assuré et que des radiographies soient faites. Nous verrons alors si la fracture est consolidée et si une ablation du matériel d'ostéosynthèse doit être envisagée prochainement. Si le rendez-vous ne peut pas être agendé dans un délai raisonnable, nous vous prions de nous

- 5 - resoumettre le dossier pour que l'assuré soit adressé à un médecin en pratique privé avec des délais de convocation plus courts. Avec l'accord du patient, nous vous prions de transmettre une copie de ce rapport d'examen médical au Dr W. _____. Selon ce qui sera décidé par le Dr W. _____, nous reverrons l'assuré et déciderons du moment opportun pour un éventuel séjour à J. _____ afin d'évaluer les capacités fonctionnelles résiduelles de cet assuré et les capacités professionnelles résiduelles. » Le 18 février 2019, la Dre W. _____ a fait savoir à la CNA que le patient était content ; il n'avait plus aucune douleur ni aucune plainte au niveau de sa cheville droite. La Dre W. _____ ne proposait dès lors pas d'ablation du matériel d'ostéosynthèse. L'assuré a effectué un second séjour à J. _____, du 8 mai au

E. 12

mai 2021, estimant qu'il n'y avait pas de preuve de la péjoration de l'état de santé du recourant. E n d r o i t : 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

- 14 - 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. 2. Le litige porte sur le point de savoir si l'intimée était fondée à refuser de prendre en charge les suites de la rechute du 7 mai 2020, faute d'aggravation objective de l'état de santé du recourant depuis le dernier examen médical effectué en novembre 2019 par la médecin d'arrondissement. 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. La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA [ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]). b) Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé

qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même affection qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état

- 15 - pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a et les références citées ; TF 8C_232/2019 du 26 juin 2020 consid. 3.3). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur- accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 293 consid. 2c et les références citées ; TF 8C_450/2019 du 12 mai 2020 consid. 4). c) Aux termes de l'art. 17 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 (al. 1); de même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement (al. 2). L'art. 17 LPGA ne trouve application que dans les cas où l'assuré est au bénéfice d'une rente d'invalidité (al. 1) ou d'autres prestations durables (al. 2). En revanche, si un assuré a vu son cas liquidé par une décision de refus de prestations entrée en force, il a néanmoins toujours la possibilité de demander des prestations pour une rechute ou des séquelles tardives d'un accident assuré (art. 11 OLAA) en invoquant la survenance d'une modification dans les circonstances de fait à l'origine de sa demande de prestations (TF 8C_709/2020 du 6 septembre 2021 consid. 4.1). 4. a) 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

- 16 - 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 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). b) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références

citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1). c) 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 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).

- 17 - 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 et les références citées ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). 5. Le recourant fait pour l'essentiel valoir que son état de santé s'est péjoré depuis avril 2020. Dans le cadre de l'instruction initiale des suites de l'accident du 6 décembre 2017, l'intimée a estimé, notamment sur la base de l'examen de la médecin d'arrondissement du 20 novembre 2019, que la situation du recourant était stabilisée, et a retenu les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges dépassant 20 kg, pas de port de charges répété et prolongé de plus de 15 kg, pas d'activités s'exerçant accroupi ou à genoux, ni en porte-à-faux du rachis. L'activité habituelle était encore possible au taux de 50 %, à la condition qu'elle respecte parfaitement les limitations fonctionnelles précitées. Dans une activité adaptée, la capacité de travail était de 100 %, sans baisse de rendement. En 2019, la médecin d'arrondissement notait que subjectivement, l'assuré se plaignait de lombalgies en barre avec des douleurs également au niveau latéral droit, constantes à 2-3/10, qui pouvaient augmenter à 4-5/10 si l'activité sur le chantier était importante, et à 6-7/10 s'il portait des charges lourdes au-delà de 20 kg. Le recourant présentait également des douleurs aux changements de temps et était réveillé la nuit, en moyenne quatre à cinq nuits par semaine. Objectivement, la Dre P. _____ constatait une raideur du rachis, un Schobert lombaire diminué, une distance doigt-sol supérieure à 20 cm. L'inclinaison comme la rotation à gauche étaient également limitées par rapport à la droite.

- 18 - Après l'annonce de la rechute, l'intimée a soumis le cas du recourant à sa médecin d'arrondissement. Cette dernière estime qu'il est probable que les troubles invoqués soient imputables, au degré de la vraisemblance prépondérante, à l'événement du 6 décembre 2017. Elle est toutefois d'avis qu'il n'y a pas d'aggravation objectivable depuis la fin du dernier traitement, mais une aggravation subjective, sous la forme d'une augmentation des douleurs, dans un contexte psycho-social difficile, le recourant ayant toujours travaillé dans la construction, n'ayant pas pu reprendre son activité habituelle et n'ayant pas de formation. Pour aboutir à ces conclusions, la Dre P. _____ a en particulier comparé les radiographies des 25 avril 2019 et 17 juin 2020 et constaté qu'elles étaient superposables. Le recourant se fonde sur l'avis de son médecin traitant qui signale une aggravation des douleurs depuis avril 2020, qui a nécessité l'introduction d'un traitement par physiothérapie

et prise d'anti-inflammatoires. Alors qu'en 2019, l'assuré déclarait être en mesure de marcher plusieurs heures (cf. notamment le rapport d'examen de la médecin d'arrondissement du 23 janvier 2019), le Dr H. _____ mentionne que le recourant ne peut désormais marcher que par tranches de dix minutes, et pour autant que la douleur ne soit pas trop aiguë. Lors de mise en œuvre d'une mesure de formation auprès de A. _____, il a été relevé que la position debout était impossible après une demi-heure de travail et que l'assuré ne parvenait pas à suivre la cadence de travail imposée, manifestant des signes de fatigue lorsqu'il désirait s'y adapter. Le rapport final de cet organisme précise également que l'assuré « veut toujours faire », « essaie sans se plaindre », et qu'il ne s'exprimait pas sur ses douleurs, mais que l'observation de l'assuré lors de chaque déplacement permettait d'émettre l'hypothèse qu'il n'aurait aucune chance d'engagement en entreprise, son rendement étant par ailleurs estimé à 22 % à l'issue de cette mesure qui a porté sur la période du 20 janvier au

E. 16

février 2021.

- 19 - En l'espèce, le recourant a subi des lésions traumatiques sévères et l'existence de lombalgies séquellaires ont été reconnues par la Dre P. _____, ce qui a du reste justifié l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Même si son état de santé a été considéré comme stabilisé en novembre 2019, il y a lieu de constater que le recourant garde une colonne vertébrale déformée et compromise dans sa dynamique. Il a subi une fixation rigide de cinq vertèbres (de la 11^{ème} vertèbre dorsale à la 3^{ème} lombaire) qui a forcément un impact sur la mobilité de la colonne et est de nature à surcharger les articulations sus et sous-jacentes. Dans un tel contexte, il paraît vraisemblable qu'une augmentation des douleurs puisse se manifester tôt ou tard, même sans modification visible à l'examen radiographique. Une aggravation est d'autant plus plausible que les rapports au dossier mettent en évidence le caractère non plaintif du recourant, son caractère volontaire, l'absence de surcharge psychogène, d'incohérence ou de signes de non-organicité. Par ailleurs, tant l'employeur que les responsables du stage auprès de A. _____ ont souligné sa motivation, sa volonté d'accomplir les tâches confiées nonobstant les douleurs ainsi que son excellente collaboration. Au vu des circonstances spécifiques du cas d'espèce, l'intimée ne pouvait pas nier une rechute sur la base du seul avis de sa médecin d'arrondissement, laquelle écartait une aggravation uniquement sur l'absence d'aggravation objectivable sur la radiographie, tout en admettant que les troubles invoqués étaient imputables à l'accident du 6 décembre 2017, et aurait dû procéder à un complément d'instruction. En définitive, l'instruction menée par l'intimée est lacunaire et ne permet pas de se prononcer en connaissance de cause. Il convient par conséquent de renvoyer la cause à cette autorité, dès lors que c'est à elle qu'il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA). Il lui appartiendra de mettre en œuvre une expertise médicale, en y associant idéalement un spécialiste du rachis, afin d'instruire l'aggravation alléguée par le recourant. Une expertise pluridisciplinaire comportant en particulier un volet neurologique et psychiatrique, comme le requiert le recourant, ne paraît pas utile en

- 20 - l'absence de pièces médicales évoquant l'existence d'atteintes relevant de ces domaines. Si une expertise orthopédique s'avère en l'espèce nécessaire, l'intimée pourra toutefois étendre le champ de l'expertise à toute autre spécialité médicale qu'elle jugerait opportune. 6. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la

cause étant retournée à l'intimée pour complément d'instruction dans le sens des considérants, puis nouvelle décision. b) La procédure étant gratuite (art. 61 let. fbis LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires. c) Le recourant, qui obtient gain de cause avec le concours d'un syndicat qui peut se voir accorder des dépens (ATF 126 V 11 consid. 2), a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 1'500 fr., débours et TVA compris (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 la mettre intégralement à la charge de la partie intimée.

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