

VS_GERICHTE S2 22 90 vom 20. Dezember 2024

VS Kantonsgericht, 2024-12-20, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S2 22 90](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S2_22_90)

FR: VS_GERICHTE S2 22 90 du 20 décembre 2024

IT: VS_GERICHTE S2 22 90 del 20 dicembre 2024

Regeste

S2 22 90 ARRÊT DU 20 DÉCEMBRE 2024 Tribunal cantonal du Valais Cour des assurances sociales Composition : Candido Prada, président ; Frédéric Fellay et Christophe Joris, juges ; Pierre-André Moix, greffier en la cause X _____, recourante contre VAUDOISE GÉNÉRALE COMPAGNIE D'ASSURANCES SA, intimée (art. 18 al. 1 et 19 LAA ; stabilisation de l'état de santé, rente d'invalidité de l'assurance-accidents)

Erwägungen

E. 1.1

Selon l'article 1 alinéa 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la LAA n'y déroge expressément.

E. 1.2

Le recours déposé le 6 décembre 2022, à l'encontre de la décision sur opposition du 8 novembre précédent, a été interjeté dans le délai légal (art. 60 LPGA) devant la Cour de céans, compétente à raison du lieu et de la matière (art. 56, 57 et 58 LPGA ; art. 81a al. 1 LPJA). Il répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il convient d'entrer en matière.

E. 2.1

Le litige porte sur la question de savoir si l'intimée a retenu à juste titre que la recourante n'avait pas droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents.

E. 2.2

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, puisque l'accident assuré s'est produit en 2013 (cf. ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification a contrario [RO 2016 4388]). Ci-après, il sera fait mention de l'ancienne version de la LAA (aLAA) pour les dispositions qui ont été modifiées par la nouvelle de 2015 inapplicable au cas d'espèce.

E. 3.1

Selon l'article 6 alinéa 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend 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 LPGA ; ATF 129 V 402 consid. 2.1 et 122 V 230 consid. 1 ainsi que les références).

E. 3.2

L'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident (art. 18 al. 1 aLAA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). L'article 7 LPGA dispose qu'est réputée incapacité de gain 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, si cette

- 10 - 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 (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2).

E. 3.3

L'article 19 alinéa 1 LAA prévoit que « 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 ». Cette norme règle tout d'abord le moment où un cas d'assurance doit être clôturé (ATF 134 V 109 consid. 3.2). Les prestations temporaires, telles que les indemnités journalières et le traitement médical, ne doivent être accordées par l'assureur-accidents – pour autant que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité soient terminées – qu'aussi longtemps que l'on peut attendre de la poursuite du traitement médical une amélioration notable de l'état de santé. Si ce n'est plus le cas, le cas doit être clos en suspendant les prestations temporaires et en examinant simultanément le droit à une rente d'invalidité et/ou à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ATF 144 V 354 consid. 4.1, 143 V 148 consid. 3.1.1 et 134 V 109 consid. 4.1 p. 113 s., cités p. ex. in arrêt du Tribunal fédéral 8C_176/2023 du 6 décembre 2023 consid. 3). L'amélioration de l'état de santé se détermine notamment en fonction de l'augmentation ou de la récupération probable de la capacité de travail réduite par l'accident. L'utilisation du terme « sensible » par le législateur montre que l'amélioration que doit amener une poursuite du traitement médical doit être significative. Ni la possibilité lointaine d'un résultat positif de la poursuite d'un traitement médical, ni un progrès thérapeutique mineur à attendre de nouvelles mesures – comme une cure thermale – ne donnent droit à sa mise en œuvre. Il ne suffit non plus qu'un traitement physiothérapeutique puisse éventuellement être bénéfique pour la personne assurée. Le maintien de mesures médicales destinées uniquement à atténuer des symptômes (p. ex. des douleurs) et non à guérir les dommages causés à la santé ne suffit pas à justifier l'absence de clôture du cas. Il en va de même pour des mesures d'évaluation ou de contrôle. Ainsi, un état douloureux durable ne fonde pas, à lui seul, un droit à la poursuite d'une thérapie (arrêt 8C_176/2023 précité consid. 3 et les réf. cit. ; GEERTSEN, in Hürzeler/Kieser [éd.],

- 11 - Kommentar zum schweizerischen Sozialversicherungsrecht – UVG, 2018, no 9 ad art. 19 et les réf. cit.). L'invalidité est une notion économique et non médicale. Les critères médico-théoriques ne sont pas déterminants, mais les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de gain le sont (cf. par analogie, RAMA 1991 n° U130 p. 272 consid. 3b ; voir aussi ATF 114 V 314 consid. 3c). Ainsi le taux d'invalidité ne se confond pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin, ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer

(ATF 110 V 275 consid. 4a).

E. 3.4

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 comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, 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 137 V 334 consid. 3.3.1). Pour procéder à cette comparaison, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à une éventuelle rente d'invalidité (ATF 143 V 295 consid. 4.1.3 et les réf. cit.). Dans le cas où l'assuré n'exerce plus d'activité professionnelle ou ne met pas pleinement en valeur sa capacité résiduelle de gain, une stricte comparaison des revenus au sens de l'article 16 LPGA est impossible. Dans ce cas, le degré d'invalidité doit être déterminé à partir de données médicales et selon la méthode générale de la comparaison des revenus. Selon la pratique en vigueur, l'appréciation par le médecin de la question de savoir jusqu'à quel point la capacité de rendement de l'assuré est limitée par suite de l'accident revêt ici une grande importance, notamment pour ce qui est du rendement au travail encore exigible (ATF 114 V 310). L'appréciation de la question de l'exigibilité donnée par le médecin permet de déterminer les activités qui entrent encore en considération pour l'assuré malgré les limitations dues à l'accident. Ensuite, il y a lieu d'évaluer le gain que l'intéressé pourrait encore réaliser en exerçant une telle activité (revenu d'invalide) et de le comparer avec celui qu'il aurait pu réaliser sans handicap (revenu sans invalidité) sur un marché équilibré du travail. Le degré d'invalidité résulte de cette comparaison (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 130 V 343 consid. 3.4, 128 V 29 consid. 1 et 104 V 135 consid. 2a et 2b).

- 12 -

E. 3.5

Le principe de la libre appréciation des preuves prévaut en procédure administrative comme en procédure judiciaire d'assurances sociales (art. 61 let. c LPGA). Il s'ensuit que les assureurs et les juges doivent apprécier les preuves librement, c'est-à-dire sans être liés par des règles de preuve formelles, ainsi que de manière aussi complète et consciencieuse que possible. Cela signifie qu'en procédure judiciaire, le juge des assurances sociales doit examiner tous les moyens de preuve objectivement et indépendamment de leur origine puis décider si les pièces à disposition permettent de procéder à une appréciation fiable des prétentions litigieuses. En présence de rapports médicaux contradictoires, il ne peut notamment pas trancher le litige sans apprécier toutes les pièces médicales et exposer les motifs pour lesquels il se fonde sur un avis médical plutôt que sur un 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. N'est donc en soi déterminante pour la valeur probante d'un moyen de preuve ni la provenance d'une prise de position reçue ou demandée par le biais d'un mandat ni sa désignation en tant que rapport ou

expertise (ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a, cités p. ex. in arrêt du Tribunal fédéral 8C_696/2022 du 2 juin 2023 consid. 4.3.1). Lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4, cité p. ex. in arrêt du Tribunal fédéral 8C_691/2022 du 23 juin 2023 consid. 3.3).

E. 4.1

En l'occurrence, l'intimée a retenu que l'état du poignet gauche de l'assurée s'est stabilisé au plus tard, le 31 décembre 2017, dès lors que le Dr I _____ décrivait en 2022 un état stationnaire depuis son examen précédent de 2017. S'agissant de la capacité de travail de l'intéressée, elle a soutenu qu'elle était légèrement entravée dans l'activité habituelle, mais qu'elle était pleine et entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. En effet, à la suite de son examen du 16 août 2016, le

- 13 - Dr G _____ avait conclu à une exigibilité complète dans une activité adaptée, point de vue que partageait le Dr I _____ dans ses rapports de 2017 et de 2022.

E. 4.2

Dans son mémoire, la recourante rappelle que, depuis le 8 mars 2016, la Dresse E _____ a attesté une incapacité de travail permanente de 25 %. Elle se réfère aussi à une échographie de son poignet réalisée le 23 février 2016, sur la base de laquelle ont été mises en évidence une tendinopathie et une synovite. Ces arguments ne sont pas pertinents. En effet, la Dresse E _____ ne se prononce pas sur la question de savoir s'il peut être exigé de sa patiente qu'elle exerce un autre travail n'impliquant pas (ou peu) l'usage d'un clavier d'ordinateur et/ou ne sollicitant pas son poignet gauche. L'incapacité de travail de 25 % qu'elle atteste concerne l'activité habituelle de la recourante et non une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles ; elle ne permet dès lors nullement de remettre en cause les conclusions des Drs G _____ et I _____ quant à l'exigibilité d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Il en va de même des inflammations identifiées sur les imageries de février 2016 (tendinopathie et synovite), examen antérieur aux rapports établis par ces deux spécialistes et connu de ceux-ci. Pour les mêmes motifs, la recourante relève en vain que le Dr G _____ a conclu à une perte de rendement de 20 à 25 % ; en effet, celle-ci ne concernait que l'activité habituelle de l'assurée, qui nécessitait l'utilisation d'un clavier d'ordinateur 80 % du temps, et non d'autres activités adaptées aux limitations fonctionnelles causées par son poignet gauche (cf. rapport du Dr G _____ p. 9, sous pièce n. 120).

E. 4.3

L'intéressée affirme que l'état de son poignet gauche est stabilisé depuis 2016, l'intervention réalisée en 2017 n'ayant pas conduit à une amélioration. Elle reproche à l'intimée de ne pas avoir statué sur son cas à cette époque, alors qu'elle le lui avait demandé à plusieurs reprises, la contraignant à poursuivre ses démarches afin d'obtenir une décision. L'intimée a considéré à bon droit que l'état de santé de l'assurée a été stabilisé au plus tard à la fin de l'année 2017. En effet, au cours de cette année-là, les spécialistes consultés discutaient de la question de savoir si une ablation du matériel d'ostéosynthèse (arthrodèse) était ou non indiquée (cf. rapport de la Dresse E _____ du 7 février 2017, sous pièce n.

137 ; rapport d'expertise du Dr I _____ du 23 mai 2017, sous pièce n. 147), intervention qui a finalement été réalisée, le 21 juillet 2017 (cf. protocole opératoire, sous pièce n. 169), et qui a entraîné une convalescence d'au moins trois mois. La Vaudoise a d'ailleurs maintenu l'allocation

- 14 - de ses prestations durant cette année 2017. Même en admettant que ce cas n'a, par la suite, pas été traité avec toute la diligence et la célérité qui pouvaient être attendues de l'intimée, la recourante ne peut rien en tirer dans le cadre de son recours céans puisque, comme cela ressort du présent arrêt, la décision sur opposition est conforme au droit. Il s'ensuit que ce grief est rejeté.

E. 5.1

L'intimée a considéré que la recourante n'avait pas droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents, car la comparaison au 1er janvier 2018 du revenu sans invalidité avec le revenu d'invalidité faisait ressortir une perte de gain (5.4 %) inférieure au minimum de 10 % fixé par l'article 18 alinéa 1 aLAA.

E. 5.2

Le revenu sans invalidité a été évalué à 57'814 fr. 40 au 1er janvier 2018 (pour une activité à temps plein). Il tient compte du salaire perçu par l'assurée en 2013, au moment de son accident, du renchérissement sur les salaires nominaux de 2014 à 2018 (cf. décision attaquée ch. 2.7). Cette évaluation, que la recourante ne conteste pas, doit être confirmée.

E. 5.3

Quant au revenu d'invalidité, il a été fixé à 54'681 fr. 20, sur la base des données statistiques tirées de l'ESS pour l'année 2018.

E. 5.3.1

Selon la jurisprudence, le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'assuré. 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'invalidité peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS (ATF 148 V 419 consid. 5.2 et 148 V 174 consid. 6.2). Une telle évaluation se fonde en principe sur la valeur centrale, respectivement médiane de l'ESS (ATF 148 V 174 consid. 9.2.3 et 9.2.4). Par ailleurs, lorsque le revenu d'invalidité est déterminé sur la base des salaires statistiques, le salaire peut à certaines conditions faire l'objet d'un abattement de 25 % au plus, afin de tenir compte du fait qu'une personne lésée ne peut pas forcément mettre pleinement à profit sa capacité de travail résiduelle sur un marché de travail réputé équilibré (ATF 148 V 419 consid. 5.2 et 148 V 174 consid. 6.3).

E. 5.3.2

In casu, l'intimée a utilisé le tableau « TA1_tirage_skill_level » qui répertorie, pour le secteur privé, le salaire mensuel brut selon les branches économiques, le niveau de compétence et le sexe. Elle a tenu compte du salaire médian global (valeur centrale) pour les femmes, toute activités confondues, au niveau de compétence 1 (tâches

- 15 - physiques ou manuelles simples), et l'a adapté à la durée normale hebdomadaire de travail en 2018 en Suisse, à savoir 41,7 heures. La Vaudoise a considéré que, sur un marché du travail équilibré, nombre de ces activités étaient en effet adaptées aux limitations

fonctionnelles et aux aptitudes de l'assurée (cf. décision attaquée ch. 2.8). La recourante n'émet aucune critique ciblée contre ce raisonnement. Les limitations fonctionnelles avec lesquelles elle doit compter sont les suivantes : pas d'activité nécessitant une supination du poignet gauche, pas d'activité nécessitant (avec le bras gauche) le port de charges de plus d'un kilo coude fléchi ou cinq kilos bras au corps, pas d'activité nécessitant des mouvements de rotation ou de flexion-extension répétitifs du poignet gauche (cf. rapport du Dr G _____ p. 9, sous pièce n. 120). Comme l'a retenu l'intimée, il existe sur un marché du travail équilibré un nombre significatif d'activités qui demeurent adaptées à de telles limitations fonctionnelles. En effet, la jurisprudence considère que les possibilités d'emploi dans un marché équilibré du travail sont suffisantes même pour des personnes considérées comme monomanuelles et limitées à des activités légères (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_722/2020 du 9 juillet 2021 consid. 5.6 et les arrêts cités), degré de limitation que la recourante n'atteint au demeurant pas puisqu'elle reste en mesure d'utiliser son poignet et sa main gauches dans une activité légère sans sollicitations excessives en terme de force et de mouvements. Quant à la question de savoir si la situation personnelle de l'assurée justifie un éventuel abattement sur le salaire d'invalidé statistique, l'intimée ne l'aborde pas explicitement dans sa décision. La recourante ne formule céans aucun grief à cet égard, mais elle demande que sa « perte de rendement de 20 % - 25 % » soit prise en compte. A ce sujet, on rappellera que cette perte de rendement que mentionne le Dr G _____ concerne l'activité habituelle de l'intéressée et, plus particulièrement, l'utilisation d'un clavier d'ordinateur (fatigabilité accrue nécessitant des pauses supplémentaires d'environ 5 min. toutes les 10 à 15 min. ; cf. rapport précité p. 9, sous pièce n. 120). Or, les activités que regroupe le niveau de compétence 1 du tableau « TA1_tirage_skill_level » de l'ESS – qui sont variées, n'impliquent pas de formation particulière et sont compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes – ne nécessitent pas l'utilisation d'un ordinateur. Comme déjà dit, nombre d'entre elles demeurent adaptées aux limitations que la recourante présente au niveau de son poignet gauche. Partant, on ne saurait retenir que le handicap de l'intéressée impliquerait des possibilités de gain inférieures à la moyenne dans une activité adaptée de niveau de compétence 1. Un abattement sur le salaire statistique d'invalidé ne se justifie donc pas

- 16 - pour ce motif, ni d'ailleurs en raison d'autres circonstances personnelles telles que l'âge de l'assurée, ses années de service, sa nationalité et son taux d'occupation. C'est donc à bon droit que l'intimée a arrêté le revenu d'invalidé à 54'681 fr. 20 pour une activité à temps plein.

E. 5.4

La comparaison du revenu sans invalidité de l'assurée au 1er janvier 2018, à 57'814 fr. 40, avec le revenu d'invalidé fixé à 54'681 fr. 20, fait ainsi ressortir une perte de gain de 5.4 %, ce qui n'ouvre pas le droit au versement d'une rente d'invalidité de l'assurance-accidents. Il s'ensuit que, sur ce point également, la décision de l'intimée échappe à la critique.

E. 6.1

Aucun des motifs invoqués par la recourante n'étant fondé, le recours est rejeté.

E. 6.2

Il n'est pas perçu de frais (art. 61 let. fbis LPGA), la loi spéciale, en l'occurrence la LAA, ne prévoyant pas le prélèvement de frais.

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