

NE_GERICHTE CDP.2013.318 vom 22. Dezember 2014

NE Tribunal cantonal, 2014-12-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne_gerichte_CDP.2013.318

FR: NE_GERICHTE CDP.2013.318 du 22 décembre 2014

IT: NE_GERICHTE CDP.2013.318 del 22 dicembre 2014

Erwägungen

E. 0

2.08.2007 [I 249/06] cons. 3.2). La situation est similaire dans le cas d'espèce. En effet, l'assurance-accidents est en principe en droit de demander la restitution du montant des indemnités journalières LAA si, cumulées à une rente de l'assurance-invalidité, elles dépassent le gain dont l'assuré est présumé avoir été privé, les frais supplémentaires et les éventuelles diminutions de revenu subies par les proches (art. 68 et art. 69 al. 2 LPGA; ancien art. 40 LAA). Ainsi, si une rente de l'assurance-invalidité est allouée, avec effet rétroactif, pour une période pendant laquelle l'assurance-accidents a versé des indemnités journalières LAA, l'assurance-accidents peut demander la restitution des indemnités journalières, à concurrence d'une éventuelle surindemnisation, et demander que sa créance en restitution soit compensée avec l'arriéré de rente de l'assurance-invalidité (arrêts du TF du 06.04.2011 [8C_367/2010] cons. 4.2 et du 18.03.2008 [U 53/07] cons. 3.1 et 3.2). En l'occurrence, la recourante a alloué à A. des indemnités journalières LAA du 4 mars 2009 au 31 août 2012. L'octroi avec effet rétroactif d'une rente AI à la susnommée du

E. 1

er mars 2010 à février 2012, voire à fin août 2012, pourrait engendrer une éventuelle surindemnisation qui donnerait droit à la recourante de compenser cette créance avec l'arriéré de rente de l'assurance-invalidité . Le refus de l'OAI d'octroyer une rente d'invalidité à A. touche donc la recourante au sens des articles 49 al. 4 et 56 LPGA. Partant, le recours est recevable.

E. 2

a) Aux termes de l'article 28 al. 1 LAI , l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et, qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c). Il y a interruption notable de l'incapacité de travail au sens de l'article 28 al. 1 let. b LAI lorsque l'assuré a été entièrement apte au travail pendant 30 jours consécutifs au moins (art. 29 ter RAI). Une invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente, une invalidité de 50 % au moins à une demi-rente, une invalidité de 60 % au moins à trois-quarts de rente et une invalidité de 70 % au moins à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI). Le taux de la rente est déterminé non seulement par l'étendue de l'incapacité de gain subsistant à l'issue du délai de carence mais également par le degré moyen d'incapacité de travail ayant cours pendant ce délai. Ainsi, une rente entière ne peut être octroyée que si l'assuré a présenté une incapacité de travail d'au moins 70 % en moyenne sur l'année et qu'au terme de celle-ci, il est invalide au moins dans une même proportion. Le degré

d'incapacité de travail présenté en moyenne par l'assuré pendant une année et l'incapacité de gain subsistant après la période d'attente doivent dès lors être cumulés et atteindre le degré minimum légal ouvrant droit aux différentes rentes, pour qu'une rente d'un degré correspondant soit octroyée (arrêt du TF du 08.04.2014 [9C_900/2013] cons. 6.1 et les références). b) Si l'invalidité est une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, il ne convient pas moins d'examiner d'abord l'incapacité de travail telle qu'elle a été fixée par les médecins. En effet, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration, ou le juge s'il y a eu recours, a besoin de renseignements que seul le médecin est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou incapable de travailler. En outre, les données fournies par le médecin constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 cons. 4; arrêt du TF du 29.06.2007 [I 312/06] cons. 2.3). En matière d'appréciation 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. Il ne peut écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante. Le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'article 44 LPG ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 cons. 4). Selon une jurisprudence constante, 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. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de l'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 dûment motivées (ATF 125 V 351 cons. 3a, 122 V 157 cons. 1c).

E. 3

a) Dans le cas présent, est litigieux le droit à la rente de l'assurée et, plus spécifiquement, le début de sa capacité de travail dans une activité adaptée. Dans son rapport d'expertise du 12 mai 2012, le Dr D. a notamment expliqué ce qui suit (p. 9-10) : " La situation ne s'est pas encore normalisée. L'arthrodèse n'est pas encore solide, mais semble en progression, même lente. Le CT-scanner de novembre 2011 montrait donc une consolidation (ou un cal)

uniquement autour de la vis d'arthrodèse. Le bilan radiologique du jour semble plus rassurant, avec une image évoquant une consolidation plus étendue. Un élément particulier nous laisse optimiste, en l'occurrence l'absence de faillite du matériel d'ostéosynthèse, voire même de tout signe de micro-instabilité de ce dernier (absence de liseré autour de la vis). Le tableau clinique corrobore cette arthrodèse encore partielle, avec un état irritatif local persistant (empâtement) mais modéré. La stique globale du pied est rassurante. La mobilité articulaire régionale également (en tenant compte de la raideur de l'articulation sous-astragaliennne). La patiente est déjà munie de supports plantaires, avec moulage adapté de l'arrière-pied. Les contraintes sur l'arthrodèse peuvent certainement être encore améliorées par une adaptation du chaussage. Usuellement, dans de tels cas, lorsque l'expectative est de mise, l'utilisation de chaussures montantes avec renforts latéraux, peut être particulièrement bénéfique, ceci jusqu'à l'arthrodèse définitive. Peut-être que l'adjonction d'une barre de déroulement (dans la semelle) peut aussi aider, en limitant, même indirectement, ces contraintes. L'utilisation d'une chevillière compressive a certainement le potentiel de limiter la tuméfaction résiduelle de la cheville. En fonction de l'évolution clinique, un nouveau bilan scannographique pourrait s'avérer utile dans un délai de 3-4 mois. La physiothérapie peut se poursuivre, le but étant le drainage de la cheville. Cet élément peut s'améliorer avec des séances en piscine. Sur le plan professionnel, cette situation ne permet pas une reprise de travail dans une activité exercée essentiellement en position debout, telle que vendeuse en rayon. L'activité de vendeuse responsable ou en chef, s'occupant des commandes et de l'administration (permettant ainsi d'adopter la position assise régulièrement) en même temps que l'activité de rayon, pourrait équivaloir à un taux de 50 %. Ce taux est à réévaluer à terme, une fois que l'arthrodèse sera complète. Relevons cependant que, une arthrodèse de l'arrière-pied laisse assez souvent une certaine IT pour les activités exercées debout uniquement ou essentiellement en position debout. Dans une activité adaptée, privilégiant la position assise, évitant la marche sur terrain inégal, peut-être aussi les charges lourdes (10 kg maximum portés sur de courtes distances), la CT attendue est en revanche entière. Ceci en tenant compte des améliorations [s] de chaussage précitées. Cette capacité fut vraisemblablement d'actualité déjà en février 2012, peut-être même en novembre 2011 (date du CT démontrant une arthrodèse partielle)." Dûment expliquées, les conclusions de l'expert sont convaincantes. Celui-ci a en outre examiné l'assurée le 13 mars 2012 et a effectué un bilan radiologique. Pour le reste, son rapport répond à tous les réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. Les avis des médecins du SMR au sujet de la capacité de travail de l'intéressée et, en particulier du Dr E., sont quant à eux peu constants. Dans son rapport du 22 novembre 2010, le Dr F. a considéré que l'incapacité de travail semblait être justifiée par les suites de l'accident de mars 2009 pour 50 % et "pour le reste par le fait que l'assurée était enceinte". Se référant à un rapport du Dr C. datant de juin 2010, il avait au préalable indiqué que "dans une activité assise, évitant la mise en charge de la cheville, il n'y aurait semble-t-il aucune limitation". Dans son premier avis du 20 septembre 2012, le Dr E. a retenu une capacité de travail entière dans une activité adaptée depuis le 13 mars 2012 sur la base du rapport d'expertise du 12 mai 2012 du Dr D. ainsi que d'un rapport du CHUV faisant état d'une capacité de travail entière dans une activité assise et mentionnant un CT-scan effectué le 25 juin 2012 qui montrait une bonne reprise de l'arthrodèse. Le surprenant revirement d'opinion concernant le début de la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée en mars 2010 au lieu de mars 2012 sur invitation du juriste de l'OAI, sur lequel s'est basé l'OAI pour rendre sa décision, laisse perplexe. Faute de contenir une quelconque motivation, cet avis

est inutilisable. Dans un troisième avis du 9 septembre 2013, le Dr E. a encore changé d'opinion en se référant aux rapports du Dr C. de juin 2010, selon lesquels ■ selon lui ■ il n'y aurait aucune limitation dans une activité assise sans mise en charge de la cheville, et du Dr B. du 12 mars 2010, qui aurait fait état d'une amélioration de la situation après infiltration mais proposait une nouvelle intervention après la grossesse. Dans son rapport du 5 janvier 2010, le Dr B. a indiqué que l'assurée pouvait travailler dans une activité adaptée, laquelle pouvait notamment s'exercer en position assise, et qui excluait les activités uniquement debout ainsi que celles exercées principalement en marchant, de même qu'elle ne pouvait porter un poids de plus de 10 kg. La marche prolongée et en terrain inégal devait être évitée. Ce praticien ne s'est toutefois pas prononcé sur le pourcentage exigible. Ce rapport datant d'avant les diagnostics supplémentaires de arthrose post-traumatique de la sous-taliennne et de cal vicieux d'une fracture du processus latéral du talus posés par les médecins du CHUV, l'évaluation de la capacité de travail qui y est faite est à relativiser. Dans un courrier du 12 mars 2010 adressé au Dr J., au CHUV, en vue de discuter d'une suite de traitement et éventuellement d'une intervention, ce même médecin n'a pas fait état, comme le prétend le Dr E., d'une amélioration de la situation, mais au contraire d'une évolution défavorable et du fait que l'infiltration de la sous-astragaliennne réalisée n'avait permis un soulagement que pendant 48 à 72 heures. Quant aux rapports du Dr C. des 28 juin et 16 août 2010 auxquels font références les Drs F. et E., on cherche en vain où il y serait indiqué qu'il n'y avait aucune limitation dans une activité assise sans mise en charge de la cheville comme le déclarent les deux médecins du SMR susmentionnés. Dans un rapport du 12 janvier 2012, le Dr F., chirurgien orthopédiste au CHUV, a indiqué qu'une activité adaptée n'était à ce moment-là possible qu'à hauteur de 2 à 3 heures par jour. En revanche, le Dr H., chirurgien orthopédiste au CHUV, a retenu une capacité de travail entière notamment dans une activité exercée en position assise ou dans différentes positions depuis le 14 mars 2011. Dans un rapport du 13 septembre 2012, le Dr I., chirurgien orthopédiste au CHUV, a indiqué que dans un poste en position assise, l'intéressée devrait pouvoir travailler à 100 %. On doit toutefois relativiser l'évaluation de la capacité de travail dans une activité adaptée faite par les Drs G. et H. S'agissant du rapport du Dr G., à la lecture des réponses données, il semblerait qu'il n'ait pas différencié activité habituelle et activité adaptée, cette dernière pouvant par exemple être exercée en position assise. Aux questions posées relatives à la capacité de travail dans de telles activités, ce médecin a en effet les deux fois répondu qu'il était impossible pour l'assurée de rester plus de 2 à 3 heures debout. Quant à l'appréciation de la capacité de travail du Dr H., on doit encore plus en douter dans la mesure où l'assurée a été hospitalisée du 14 au 18 mars 2011 pour subir une arthrodèse astragaliennne gauche, intervention qui a nécessité 3 mois de plâtre avec 6 semaines de charge partielle et 6 semaines de charge totale. Au vu de ce qui précède, les rapports susmentionnés ne permettent pas de remettre en cause les résultats convaincants auxquels a abouti l'expert, dont les conclusions ont au demeurant été confirmées par le Dr E. dans son premier avis. b) En l'occurrence, l'avis du SMR sur lequel l'OAI se base n'a, comme on l'a vu, aucune valeur probante. Dans la mesure où le rapport d'expertise du 12 mai 2012 du Dr D., versé au dossier, a pleine et entière force probante et émane d'un expert indépendant, spécialiste reconnu, dont les conclusions ne sont mises en doute par aucun indice concret, il y a lieu de s'y référer. Les éléments au dossier étant suffisants pour établir l'état de santé de l'assurée ainsi que sa capacité de travail et de gain pour la période litigieuse, la cause est en état d'être jugée. La Cour peut donc statuer elle-même sur le droit à la rente. Le Dr C. ayant justifié une capacité de travail nulle de l'intéressée tant dans l'activité habituelle que dans

une activité adaptée jusqu'en février 2012, on doit retenir que, jusqu'à cette date, elle était totalement invalide. En outre, pendant le délai de carence (art. 28 al. 1 let. b LAI), à savoir entre le 1^{er} mars 2009 et le 28 février 2010, elle s'est trouvée en incapacité de travail du 1^{er} mars 2009 au 31 mars 2009 (100 %), du 1^{er} avril 2009 au 31 juillet 2009 (50 %) et du 1^{er} août 2009 au 28 février 2010 (100 %) (cf. notes de l'AI, p. 2 et 5), ce qui représente une incapacité de travail de 83,3 % en moyenne ($[1 \times 100 + 4 \times 50 + 7 \times 100] / 12 [1000/12]$). Elle a ainsi présenté une incapacité de travail moyenne de plus de 70 % durant une année sans interruption notable (cf. pour le calcul ch. 2018 de la Circulaire de l'OFAS sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité [CIIAI] dans sa teneur en vigueur au 01.01.2013) et, au terme de cette année, elle était invalide à 100 % jusqu'en février 2012, conformément à l' article 28 al. 1 let. b et c LAI . Elle a donc droit à une rente entière du 1^{er} mars 2010 au 31 mai 2012, soit après l'écoulement du délai de trois mois depuis l'amélioration de son état de santé survenue le 29 février 2012 (art. 88a al. 1 RAI, qui s'applique également à la décision d'octroi d'une rente limitée dans le temps à titre rétroactif; ATF 125 V 413 ; arrêt du TF du 18.04.2012 [9C_865/2011] cons. 2).

E. 4

Au vu de ce qui précède, le recours est admis. La décision attaquée doit par conséquent être annulée . Vu l'issue de la cause, les frais de la procédure doivent être mis à la charge de l'intimé (art. 69 al. 1bis LAI). Il n'est pas alloué de dépens, la recourante ayant plaidé sans l'assistance d'un mandataire professionnel.

E. 50

% au moins

une demie

60 % au moins

trois quarts

70 % au moins

rente entière

1Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 6 oct. 2006 (5^erévision AI), en vigueur depuis le 1^{er}janv. 2008 (RO20075129;FF20054215).2RS830.1

1Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29, al. 1, LPGA2, mais pas avant le mois qui suit le 18^eanniversaire de l'assuré.

2Le droit ne prend pas naissance tant que l'assuré peut faire valoir son droit à une indemnité journalière au sens de l'art. 22.

3La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

4Les rentes correspondant à un taux d'invalidité inférieur à 50 % ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse. Cette condition doit également être remplie par les proches pour lesquels une prestation est réclamée.

1Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 6 oct. 2006 (5^erévision AI), en vigueur depuis le 1^{er}janv. 2008 (RO20075129;FF20054215).2RS830.1

1L'assureur doit rendre par écrit les décisions qui portent sur des prestations, créances ou injonctions importantes ou avec lesquelles l'intéressé n'est pas d'accord.

2Si le requérant rend vraisemblable un intérêt digne d'être protégé, l'assureur rend une décision en constatation.

3Les décisions indiquent les voies de droit. Elles doivent être motivées si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. La notification irrégulière d'une décision ne doit entraîner aucun préjudice pour l'intéressé.

4L'assureur qui rend une décision touchant l'obligation d'un autre assureur d'allouer des prestations est tenu de lui en communiquer un exemplaire. Cet autre assureur dispose des mêmes voies de droit que l'assuré.

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