

VD_GERICHTE ZA12.040009 vom 28. Oktober 2013

VD Tribunal cantonal, 2013-10-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA12.040009

FR: VD_GERICHTE ZA12.040009 du 28 octobre 2013

IT: VD_GERICHTE ZA12.040009 del 28 ottobre 2013

Erwägungen

E. 5

La notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité. Dans ces trois domaines, elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé assurée, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entre en ligne de compte pour l'assuré. L'uniformité de la notion d'invalidité n'a cependant pas pour conséquence de libérer chacune de ces assurances de l'obligation de

- 19 - procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité. L'ancien Tribunal fédéral des assurances a précisé sa jurisprudence relative au principe de l'uniformité de la notion d'invalidité dans l'assurance sociale en ce sens que 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; cf. aussi TF 8C_542/2012 du 8 juillet 2013, consid. 4 et 9C_813/2012 du 18 mars 2013, consid. 3.4). Indépendamment de cette précision, le Tribunal fédéral des assurances avait déjà jugé que les organes de l'assurance-invalidité et ceux de l'assurance-accidents étaient tenus de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité, les uns ou les autres ne pouvant se contenter de reprendre simplement et sans avoir effectué leur propre examen le degré d'invalidité fixé par l'autre assureur (ATF 126 V 288 consid. 3d; TF 9C_813/2012 cité).

E. 6

En l'espèce s'agissant de l'évaluation de l'incapacité de travail de l'assuré, l'intimée renvoie à l'avis du 5 juin 2012 du Dr F._____. Elle relève que ce dernier a notamment tenu compte des limitations fonctionnelles mentionnées par le Dr Q._____ dans son rapport médical du 24 mai 2012, à savoir pas de travaux de force avec le membre supérieur droit, pas de travaux nécessitant l'utilisation des deux bras avec manipulations de petits objets. Au vu de l'évolution de l'état de santé rapportée dans les observations successives, le Dr F._____ a retenu que l'évolution était favorable, permettant une reprise du travail à 100 % en toutes activités respectant les limitations fonctionnelles précitées. Le recourant s'appuyant sur les constatations du Dr Q._____ des 3 octobre 2012, 29 novembre 2012 et 10 janvier 2013 ainsi que sur les avis de son chirurgien traitant la Dresse Z._____ conclut principalement à la continuation du versement par la N._____ des indemnités journalières au-delà du 30 septembre 2012 et subsidiairement

- 20 - au versement d'indemnités journalières à hauteur de 40 à 50 % ainsi qu'à l'octroi d'une rente à hauteur de 40 à 50 %. a) A lecture du dossier médical de l'assuré, on constate que celui-ci a subi deux interventions chirurgicales (suture du nerf cubital par la Dresse Z._____ le 15 septembre 2010 et neurotisation de la partie motrice du nerf axillaire par

le Prof. P. _____ le 10 octobre 2011). Le 20 décembre 2011, la Dresse Z. _____ indique au Dr F. _____ qu'il est encore trop tôt pour pouvoir se prononcer sur la fonction (motrice) du deltoïde de l'assuré. Le 2 avril 2012, la Dresse Z. _____ note que son patient présente toujours des douleurs notamment à l'abduction complète de son épaule droite, nécessitant une antalgie. Cette chirurgienne précise qu'à son avis, il est trop tôt pour proposer l'exercice d'une activité adaptée à son patient. Ce dernier constat est corroboré par le Dr Q. _____, neurologue, qui au terme d'un réexamen de l'assuré en mai 2012 – son précédant examen datant de mai 2011 – retrouve une assez importante amyotrophie du muscle deltoïde droit, particulièrement au niveau du chef moyen, avec une limitation passive de l'adduction au-delà de 90°. Ce spécialiste relève en conséquence d'importantes douleurs d'origine neurogène avec d'importantes dysesthésies et surtout allodynies qui se sont étendues à l'ensemble du bras droit (face postéro-interne, moignon et loge des pectoraux). Compte tenu de ces atteintes, sur le plan de la capacité de travail, le Dr Q. _____ retient des limitations fonctionnelles en toute activité impliquant une mobilisation de l'épaule droite, de sorte que toute activité de force est exclue. S'agissant du traitement antalgique mis en place par la Dresse Z. _____ en vue de combattre la douleur, le Dr Q. _____ note que le recourant n'a pas supporté le Lyrica®. Le 3 octobre 2012, ce neurologue précise qu'en stabilisant la douleur, une capacité de travail de l'assuré à 100 % dans une activité adaptée, avec toutefois une baisse de rendement oscillant entre 40 – 50 %, serait envisageable. Dans son rapport médical du 10 janvier 2013, le Dr Q. _____ conclut à un statu quo de la situation par rapport à sa dernière évaluation datant de mai 2012. Il motive de manière claire et prudente les raisons pour lesquelles il retient une diminution de rendement de l'ordre de 40 à 50 % dans une activité adaptée à 100 %. A l'examen neurologique

- 21 - dirigé du 9 janvier 2013, il constate toujours une importante amyotrophie du deltoïde avec une mobilisation passive douloureuse de l'épaule droite. Il mesure une force résiduelle M4 à l'élévation et à l'abduction du bras droit mais avec des lâchages d'origine antalgique. Ce neurologue retient ainsi une faiblesse en partie seulement antalgique ainsi que des douleurs d'origine neurogène susceptibles d'entraver l'endurance et l'efficacité de l'assuré, laissant à penser que le traitement pourrait certainement être optimisé (le recourant n'ayant pas supporté le Lyrica®). b) Le médecin-conseil se limite à constater que les douleurs ressenties ne se laissent pas objectiver médicalement sans pour autant motiver les raisons pour lesquelles le recourant devrait se voir reconnaître une capacité de travail de 100 % sans diminution de rendement dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. S'agissant des douleurs, le Dr F. _____ relève lui-même – et à l'instar du Dr Q. _____ – que le traitement antalgique n'est pas optimisé, les douleurs pouvant être contrôlées par ce biais (cf. avis du 12 mars 2013 du Dr F. _____). On ne saurait dès lors retenir que l'état de santé du recourant est stabilisé puisque ces douleurs sont justement une des causes importantes des limitations fonctionnelles. L'intimée soutient que l'avis de son médecin-conseil est notamment corroboré par celui du SMR de l'AI qui retient une pleine capacité de travail du recourant dans une activité adaptée depuis décembre 2011. Il est ici le lieu de préciser à l'intimée que selon la jurisprudence actuelle, l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante pour l'assureur-accidents, ce dernier étant tenu de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité (cf. consid. 5 supra). Quoiqu'il en soit on constate que le dossier produit en cause par l'Office AI n'apporte finalement pas d'élément médical complémentaire à ceux d'espèce – l'OAI n'ayant notamment pas fait procéder à un examen clinique du recourant par

son SMR ou confié la réalisation d'une expertise à un médecin externe –, l'unique avis médical SMR du 2 avril 2012, qui n'est pas motivé, établi par le Dr S._____, spécialiste en médecine générale, sur la seule base de la lecture du dossier médical de l'assuré n'est manifestement pas de nature à corroborer le bien-fondé des

- 22 - conclusions du Dr F._____. Il se justifie à l'évidence de s'écarter de l'évaluation du SMR dans la mesure où celle-ci résulte de mesures d'instruction extrêmement limitées, et dont le résultat n'est pas convaincant au vu d'une appréciation de la totalité des pièces médicales au dossier. c) Les avis médicaux des Drs Z._____ et surtout du Dr Q._____ (notamment son dernier rapport de janvier 2013) remettent suffisamment en question les conclusions du Dr F._____ – au demeurant peu étayées – du 5 juin 2012 quant à l'évaluation de la capacité de travail résiduelle de l'assuré dans une activité adaptée, sans toutefois que la cause ne puisse être tranchée en se fondant sur l'un ou l'autre de ces avis (cf. consid. 4b supra). Finalement, vu les avis médicaux des Drs Z._____ et en particulier celui de janvier 2013 du Q._____ qui divergent par rapport à l'appréciation du médecin-conseil, l'intimée ne pouvait s'en distancer sans à tout le moins requérir l'avis complémentaire d'un neurologue avant de se prononcer définitivement en toute connaissance de cause sur le sort du recourant. Ce d'autant plus que compte tenu des éléments médicaux au dossier (cf. consid. 6a – b supra), on ne saurait affirmer de manière convaincante qu'au 1er octobre 2012 la situation médicale du recourant était stabilisée et justifiait de lui reconnaître une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. L'instruction menée par l'intimée sur les plans orthopédique et neurologique s'avère ainsi lacunaire et ne permet pas à la cour de céans de trancher le litige à satisfaction de droit. Il convient dès lors d'admettre le recours et de renvoyer la cause à la N._____ pour instruction complémentaire sous la forme d'une expertise bidisciplinaire (orthopédique et neurologique) de l'assuré au sens de l'art. 44 LPGA (ATF 137 V 210), laquelle devra notamment porter sur les affections dont le recourant est atteint, leur évolution ainsi que leurs conséquences sur la capacité de travail de celui-ci. L'intimé rendra ensuite une nouvelle décision.

- 23 -

E. 7

En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants, puis nouvelle décision. Il n'y a pas lieu de percevoir des frais de justice, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA, applicable en vertu de l'art. 1 LAA ; art. 45 LPA-VD). Ayant obtenu gain de cause avec l'aide d'un mandataire professionnel, le recourant a droit à des dépens (art. 55 LPA-VD et art. 61 let. g LPGA), qu'il convient de fixer à 1'000 francs.

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