

## **VD\_GERICHTE ZA14.006270 vom 24. Juni 2015**

VD Tribunal cantonal, 2015-06-24, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZA14.006270](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA14.006270)

FR: VD\_GERICHTE ZA14.006270 du 24 juin 2015

IT: VD\_GERICHTE ZA14.006270 del 24 giugno 2015

### **Erwägungen**

#### **E. 15**

octobre 2012), sans plus d'explications. Le dossier contient en outre

- 22 - des éléments contradictoires sur cette question de la capacité de travail. En effet, de l'avis du Dr V.\_\_\_\_\_, la situation n'était pas stabilisée le 29 décembre 2008. Le 18 février 2009, le responsable du « Case Management » a fait état d'une absence d'évolution positive depuis plusieurs mois. Le 1er avril 2009, le Dr V.\_\_\_\_\_ a plaidé en faveur d'une situation stabilisée et arrêté la capacité de travail résiduelle à 90%. Aux termes du rapport intitulé « Case team avec le Dr V.\_\_\_\_\_ », l'état de santé de l'assuré n'était pas stabilisé au 10 novembre 2009, à la suite de l'ablation le 24 septembre 2009 du matériel d'ostéosynthèse, un nouveau point de situation étant prévu en fin d'année pour contrôler l'exigibilité arrêtée en avril 2009. Enfin, en avril 2010, le Dr V.\_\_\_\_\_ a maintenu la stabilisation de l'état au 1er avril 2009 et l'exigibilité d'une activité adaptée à 90% dès cette date. Cette conclusion paraît toutefois douteuse compte tenu de l'opération du 24 septembre 2009 et de l'incapacité de plusieurs semaines qui s'en est suivie (cf. rapports du Dr E.\_\_\_\_\_ des 27 et 30 septembre 2009, cf. rapport du Dr F.\_\_\_\_\_t du 3 novembre 2009). Il est vrai que les médecins de la R.\_\_\_\_\_ ont observé, dans leur rapport du 9 décembre 2008, une discordance majeure entre les lésions constatées et l'intensité des plaintes et du handicap fonctionnel. Ils n'en ont pas moins admis que le recourant présentait des troubles statiques, une atteinte postopératoire de la musculature lombo- abdominale, un syndrome radiculaire post-traumatique surtout en L2 à gauche, ainsi qu'un zona thoracique gauche au décours, sans prendre position sur la capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée. Par la suite, face à la persistance de douleurs, l'ablation du matériel d'ostéosynthèse a été préconisée, dite intervention chirurgicale étant intervenue le 24 septembre 2009 (cf. rapport du 30 septembre 2009 du Dr E.\_\_\_\_\_). Le 10 mai 2011, dans un rapport médical à l'OAI, les Drs C.\_\_\_\_\_ et M.\_\_\_\_\_ ont exposé qu'une reprise du travail dans une activité adaptée ne leur paraissait «actuellement pas possible», proposant au surplus la prise d'un avis auprès du K.\_\_\_\_\_. A cet égard, et contrairement à ce que laisse entendre l'intimée dans la décision litigieuse, le renvoi fait par les deux médecins précités à un avis spécialisé

- 23 - quant à l'évaluation des mesures de réadaptation n'enlève rien au fait qu'il ont attesté une totale incapacité, même dans une activité adaptée, d'une durée indéterminée. Le 17 mai 2011, les docteurs P.\_\_\_\_\_ et M.\_\_\_\_\_ ont constaté la probable participation d'une compression nerveuse aux douleurs et confirmé que la reprise du travail n'était pas envisageable, malgré un traitement antalgique bien conduit. Aux termes d'un premier rapport du 10 octobre 2011, les Dr X.\_\_\_\_\_ et J.\_\_\_\_\_ ont procédé à une comparaison des radiographies avant et après ablation du matériel d'ostéosynthèse et ont constaté une augmentation de la scoliose sinistro-convexe avec diminution de l'espace

inter-somatique au niveau L3-L4 droit, ainsi qu'une augmentation de la cyphose prévalant au niveau thoraco-lombaire. On notera à cet égard que le Dr V. \_\_\_\_\_ avait lui-même prévu une telle évolution dans son rapport du 1er avril 2009, en préconisant un suivi auprès de l'opérateur et une surveillance de la spondylodèse, compte tenu du risque de cyphotisation ultérieure. Dans un rapport du 5 décembre 2011, les docteurs X. \_\_\_\_\_ et J. \_\_\_\_\_ ont fait état d'un léger recul du mur postérieur inférieur et une pseudarthrose en L3, ainsi que d'une protrusion discale latérale gauche avec un rétrécissement foraminaux au niveau L3-L4 gauche. Ils ont également fait état de lésions dégénératives pluriétagées dans une forme de discopathie et des arthroses interfaccettaires, avec transformation dégénérative de type Modic I au niveau des plateaux vertébraux adjacents L5-S1. Selon ces médecins, les douleurs étaient probablement en relation avec ces atteintes, avec une instabilité au niveau du corps vertébral au niveau de L3. Ils ont jugé ces affections suffisamment sérieuses, et leur lien avec les douleurs suffisamment établi, pour envisager une intervention chirurgicale complète, avec remplacement du corps vertébral de L3 et stabilisation de la colonne postérieure. Après un nouveau bilan radiologique, les docteurs X. \_\_\_\_\_ et A. \_\_\_\_\_ ont maintenu cette proposition, en suggérant une prise en charge chirurgicale avec spondylodèse par double voie d'abord, avec une cage de L2 à L4, et une spondylodèse à L2-L4, par voie postérieure. Devant les réticences du recourant à cette intervention, et dans la mesure où le patient «fonctionnait encore assez bien» et disait préférer «marcher avec des cannes que d'avoir des complications», l'intervention n'a finalement pas été pratiquée (cf. rapport du 15 février

- 24 - 2012 des Drs X. \_\_\_\_\_ et A. \_\_\_\_\_). Certes, les Drs X. \_\_\_\_\_, J. \_\_\_\_\_ et A. \_\_\_\_\_ n'ont pas pris position sur la capacité résiduelle de travail du recourant dans une activité adaptée, mais leur proposition d'une intervention chirurgicale lourde reflète clairement que les douleurs exprimées par le recourant sont à leurs yeux corroborées, si ce n'est entièrement, du moins dans une large mesure par leurs constatations objectives, contrairement à ce que laisse penser l'appréciation des Drs V. \_\_\_\_\_ et S. \_\_\_\_\_ relative à une diminution de rendement de 10% uniquement dans une activité légère et sédentaire à semi-sédentaire. Les atteintes mises en évidence par les Drs X. \_\_\_\_\_, J. \_\_\_\_\_ et A. \_\_\_\_\_ semblent par ailleurs traduire une péjoration de la situation par rapport à celle décrite par les médecins de la R. \_\_\_\_\_ en 2008, avec notamment une instabilité vertébrale au niveau de L3 – alors que dans ses rapports des 7 octobre 2008 et 1er avril 2009, le Dr V. \_\_\_\_\_ faisait état d'une fracture de L2-L3 apparemment sans atteinte du mur postérieur – ainsi qu'une augmentation scoliosique et cyphosique. Les rapports établis postérieurement par le Dr S. \_\_\_\_\_ sont très sommaires et n'en tiennent pas compte, ou du moins pas explicitement, ce qui relativise encore leur valeur probante. Les conclusions du Dr V. \_\_\_\_\_ des 1er avril 2009 et 1er avril 2010 concernant l'atteinte à l'intégrité ne convainquent pas davantage et ce également en raison d'un manque de motivation. Le médecin d'arrondissement ne qualifie notamment pas l'intensité des douleurs du recourant, critère pourtant déterminant pour fixer le taux de l'IPAI au sens de la table no 7 de la CNA relative aux affections lombaires. Son appréciation souffre ainsi d'un manque de précision. En outre, tout comme pour la question de la capacité résiduelle de travail, le Dr S. \_\_\_\_\_ n'a procédé à aucun nouvel examen détaillé de la question, se contentant de se rallier, en quelques lignes et sans motivation, à l'avis de son prédécesseur. Or, le rapport des Drs X. \_\_\_\_\_ et J. \_\_\_\_\_ du 10 octobre 2011 fait notamment état d'une augmentation scoliosique et cyphotique, éléments déterminant quant au taux de l'atteinte à l'intégrité en cas d'affections de la colonne vertébrale (cf. table no 7 de la CNA).

On

- 25 - rappellera à ce propos que dans son rapport du 1er avril 2009, le Dr V. \_\_\_\_\_ avait pourtant évoqué le risque de cyphotisation. Compte tenu de l'ensemble de ces éléments, en particulier du caractère insuffisamment motivé des rapports des Drs V. \_\_\_\_\_ et S. \_\_\_\_\_, des atteintes constatées par les Drs X. \_\_\_\_\_, J. \_\_\_\_\_ et A. \_\_\_\_\_, et de l'incapacité de travail dans une activité adaptée attestée par les Drs C. \_\_\_\_\_ et M. \_\_\_\_\_, il n'est pas possible, sur la base des pièces au dossier, de statuer sur le droit du recourant à une rente pour un taux d'invalidité supérieur à 22%, ni sur son droit à une indemnité pour une atteinte à l'intégrité supérieure à 25%. c) En l'occurrence, au vu des lacunes dans l'instruction du cas, il s'avère que ni l'état de santé du recourant dans sa globalité au moment de la décision litigieuse, ni les conséquences de cet état de santé sur sa capacité de travail résiduelle n'ont pu être établis de manière probante. Il appartenait à l'intimée de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire, comprenant des volets orthopédique, rhumatologique et neurologique, conformément aux art. 43 al. 1 et 44 LPGA. Il se justifie par conséquent de lui renvoyer la cause à cet effet, dans le sens des conclusions subsidiaires prises par le recourant. 6. a) Le recours doit dès lors être admis et la décision attaquée annulée, en tant qu'elle porte sur le droit à une rente d'invalidité pour un taux d'invalidité supérieur à 22% et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité supérieure à 25%. La cause est renvoyée à l'intimée pour complément d'instruction puis nouvelle décision au sens des considérants. b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (cf. art. 61 let. a LPGA). c) Le recourant, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens (cf. art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 3'000 fr. à la charge de l'intimée. Ces

- 26 - dépens couvrent une éventuelle indemnité d'assistance judiciaire, sur laquelle on peut donc renoncer à statuer plus précisément.

- 27 -

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