

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 28 octobre 2013

Présidence de Mme DI FERRO DEMIERRE
Juges : M. Merz et Mme Dessaux
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

X._____, à Gland, recourant, représenté par L'autre syndicat, à Gland,

et

N._____ **Compagnie d'Assurance SA**, à Lausanne, intimée.

Art. 6 LPGA; 6 al. 1, 16 al. 1 et 2, 36 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. X._____ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né le 2 février 1977, ressortissant du Kosovo, était employé en tant qu'ouvrier viticole depuis le 1^{er} janvier 2007 par l'exploitation viticole J._____ à [...]. Par l'intermédiaire de cet employeur, il était assuré à titre obligatoire contre les accidents professionnels et non professionnels ainsi que contre les maladies auprès de la N._____ Compagnie d'Assurance SA (ci-après: la N._____ ou l'intimée).

Par déclaration d'accident LAA du 17 juin 2011 adressée à la N._____, l'employeur a indiqué que l'assuré avait été victime d'un accident sur son lieu de travail, le 15 septembre 2010 à 10h.00. La description du déroulement de cet accident était la suivante: "M. X._____ taillait une haie en bordure de vigne, installé sur un pont à roues. Tout à coup il fait un faux mouvement, bascula et chuta sur un pieu à vigne". L'assuré a subi une lésion de l'artère humérale et du nerf cubital au niveau du creux axillaire droit. A teneur de certificats médicaux établis par la Dresse Z._____ du service de chirurgie plastique et reconstructive de l'Hôpital de [...], l'assuré se trouvait en incapacité totale de travail à compter du 15 septembre 2010.

Le 15 septembre 2010, l'assuré a été opéré par la Dresse Z._____ en raison de lésion de l'artère humérale et du nerf cubital au niveau du creux axillaire droit suite à une lésion par pieu. L'opération consistait en la suture du nerf cubital à l'aide d'une branche sensitive cutanée du nerf brachiale cutané interne.

A teneur d'un "certificat d'évolution" du 9 mai 2011, la Dresse Z._____ décrivait une bonne "évolution du patient" avec néanmoins une diminution de la force globalement au niveau de son bras. Cette chirurgienne relevait au niveau de l'épaule, une abduction à 75°, une antépulsion complète, une rétropulsion à 20°, une rotation externe

complète et une rotation interne à 20°. Au niveau du coude la flexion et l'extension étaient complètes tout comme au niveau des doigts.

A la suite d'une consultation de l'assuré, dans un rapport médical du 12 mai 2011 adressé à la Dresse Z._____, le Dr Q._____, spécialiste en neurologie, a observé ce qui suit :

"APPRECIATION:

Les examens neurologique et électromyographique confirment donc une atteinte sévère au niveau du nerf axillaire mais qui est partielle puisque c'est surtout une branche destinée au chef moyen du deltoïde qui est plus sévèrement atteinte puisque c'est essentiellement au niveau de l'abduction que l'on constate une atteinte importante avec aucune contraction visible ni palpable au niveau du chef moyen du deltoïde à l'examen clinique. D'ailleurs à l'EMG de détection, dans le chef moyen du deltoïde droit, il y a quelques signes d'activité spontanée de dénervation en quantité modérée mais en revanche, aucune activité volontaire détectable lors de l'abduction, donc aucun signe de réinervation alors qu'au niveau des chefs moyen et postérieur du deltoïde droit, l'EMG montre quelques rares signes de dénervation aiguë et une excellente activité volontaire.

Il s'agit donc d'une lésion partielle du nerf axillaire avec une neuronotmèse essentiellement au niveau de la branche qui se destine au chef moyen du deltoïde. On retrouve par ailleurs également aussi bien sur le plan clinique que sur le plan électromyographique une atteinte au niveau du triceps droit modérée avec des signes de dénervation et de réinervation sur le plan électromyographique. Je n'ai constaté aucun signe d'atteinte au niveau du nerf sus-scapulaire ni même musculo-cutané et, sur le plan clinique, je n'ai observé aucune atteinte plus distale au niveau du nerf cubital et médian."

Dans un rapport médical intermédiaire du 29 août 2011, la Dresse Z._____ notait une bonne évolution du nerf cubital avec cependant une mauvaise évolution du nerf axillaire sans que des circonstances sans rapport avec l'accident ne jouent de rôle dans l'évolution du cas.

Le 10 octobre 2011, l'assuré a subi une nouvelle intervention chirurgicale effectuée par le Prof. P._____ du service de chirurgie plastique et reconstructive du CHUV, sous la forme d'une exploration du plexus brachial droit et de neurotisation de la partie motrice du nerf axillaire par un rameau moteur de triceps.

Le 10 novembre 2011, l'assuré a déposé une demande de prestations AI pour adultes (mesures professionnelles / rente) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI ou l'Office AI).

Selon un rapport médical non daté reçu le 9 décembre 2011 par l'Office AI, établi à la suite d'un contrôle du 11 octobre 2011, la Dresse Z._____ a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de lésion du nerf axillaire et cubital. Elle mentionnait une incapacité de travail de l'assuré à 100 % dès le 4 octobre 2010, précisant que l'activité habituelle n'était plus exigible. Elle indiquait qu'en l'état, l'exercice d'une activité adaptée au handicap n'était pas possible, son pronostic devant être évalué d'ici six mois. Elle notait les limitations fonctionnelles suivantes: pas de travail avec les bras au-dessus de la tête / accroupi / à genoux, pas de port de charges, pas de montée d'échelle / échafaudage.

Dans un rapport médical du 19 décembre 2011 à l'OAI, le Dr Q._____ a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de "status après traumatisme de l'artère humérale et du plexus brachial au niveau du creux axillaire droit en septembre 2010 suite à une chute sur un pieux avec douleur et impotence résiduelle du bras droit avec l'impossibilité d'abduction avec une atteinte partielle du nerf axillaire". A la suite d'une consultation unique du 12 mai 2011 de l'assuré, ce neurologue mentionnait une incapacité de travail de celui-ci à 100 % depuis septembre 2010 avec un point persistant lors de son contrôle datant de mai 2011. Le Dr Q._____ précisait pour terminer que lors de son examen, l'activité habituelle n'était plus exigible en raison d'une impotence du membre supérieur droit (MSD) de l'assuré.

Dans un rapport médical du 20 décembre 2011 adressé au Dr F._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin-conseil de la N._____, la Dresse Z._____ a indiqué que son patient suivait de la physiothérapie. Si l'assuré présentait toujours une diminution de la force musculaire au niveau de son triceps et de son deltoïde, il était encore trop

tôt pour pouvoir se prononcer sur la fonction du deltoïde. Cette chirurgienne ajoutait qu'en matière de lésions du plexus, la récupération pouvait s'étendre sur une période allant jusqu'à cinq ans.

A teneur du questionnaire pour l'employeur de l'OAI complété le 11 janvier 2012, il ressortait que sans atteinte à la santé l'assuré percevrait un revenu mensuel brut de 3'666 fr. en 2010.

Par communication du 14 février 2012, l'Office AI a octroyé une mesure d'intervention précoce sous la forme de la prise en charge d'un cours de formation en français (débutant A1) dispensé du 20 février au 27 avril 2012.

Selon un rectificatif de décompte de prestations du 13 mars 2012 adressé à l'assuré, la N._____ a notamment indiqué avoir versé des indemnités journalières pour la période du 18 septembre 2010 au 31 décembre 2011 sur la base d'une incapacité de travail de 100 %.

En date du 2 avril 2012, la Dresse Z._____ a communiqué ce qui suit en réponse à son confrère le Dr F._____, médecin-conseil de la N._____ :

"J'ai vu ce patient pour la dernière fois en date du 28 février 2012.

Monsieur X._____ présente toujours des douleurs particulièrement à l'abduction complète de son épaule droite, nécessitant une antalgie. Néanmoins, l'abduction de son épaule est en amélioration. Au niveau du coude, il effectue une flexion avec extension quasi complète. La mobilisation de la main est excellente, ainsi que la sensibilité. Il me paraît un peu tôt de proposer à ce patient une activité adaptée actuellement, étant donné les douleurs qu'il présente. Néanmoins, si celles-ci ne nécessitaient pas un travail manuel, il me semble possible de lui proposer une activité adaptée."

Au terme d'un rapport du Service Médical Régional (ci-après: SMR) de l'AI du 2 avril 2012, le Dr S._____, spécialiste en médecine générale, a retenu le diagnostic principal de douleurs et impotence du membre supérieur droit suite à la lésion du plexus brachial et de l'artère humérale au creux axillaire (S44.7). Ce médecin estimait que l'assuré présentait une incapacité de travail totale dans son activité habituelle

d'ouvrier viticole depuis son accident du 15 septembre 2010 mais que dans une activité adaptée (à savoir, sans travaux de force avec le membre supérieur droit et sans travaux avec ce membre au-dessus de l'horizontale), il bénéficiait d'une capacité de travail de 100 % depuis décembre 2011.

Le 25 avril 2012, la N._____, par son médecin-conseil le Dr F._____, a demandé au Dr Q._____ de procéder à un réexamen de l'assuré en vue d'une nouvelle évaluation neurologique. Selon décompte daté du même jour, la N._____ a informé l'assuré du versement d'indemnités journalières pour la période du 1^{er} janvier 2012 au 30 avril 2012 sur la base d'une incapacité de travail de 100 %.

A l'occasion d'un rapport médical du 24 mai 2012 établi à la suite d'un contrôle neurologique et électromyographique de l'assuré, le Dr Q._____ a notamment constaté ce qui suit :

"CONCLUSION - APPRECIATION:

Par rapport à l'évaluation du mois de mai 2011, on constate une mobilité spontanée qui est tout de même bien améliorée. En revanche, on retrouve toujours une assez importante amyotrophie du muscle deltoïde droit particulièrement au niveau du chef moyen et à moindre mesure au niveau du chef postérieur, avec une limitation passive de l'adduction au-delà de 90 degrés alors que la parésie de l'abduction, de l'antépulsion et de la rétropulsion paraît légèrement améliorée par rapport à la première évaluation. A noter que la quantification exacte de la force résiduelle est difficile en raison de lâchages antalgiques. En effet, les douleurs restent importantes et inchangées par rapport à la première évaluation avec d'importantes dysesthésies et surtout allodynies qui ont clairement dépassé le territoire du nerf axillaire et se sont étendues à la face postéro-interne du bras droit mais également au niveau du moignon de l'épaule et de la loge des pectoraux.

Aussi bien cliniquement qu'à l'EMG de détection, il n'y a aucune activité volontaire détectable au niveau du chef moyen du deltoïde droit qui semble être totalement compensé par les muscles agonistes. En revanche, on obtient une contraction résiduelle au niveau des chefs antérieur et postérieur du deltoïde droit aussi bien à l'examen clinique que sur le plan électromyographique. Enfin, l'étude des vitesses de conduction du nerf axillaire droit avec recueil au niveau du chef moyen du deltoïde droit montre une importante perte axonale par rapport au côté controlatéral de presque 80 %.

Au total, on peut tout de même constater une amélioration fonctionnelle de la mobilisation de l'épaule droite par rapport à l'évaluation d'il y a une année, avec une perte de fonction du deltoïde droit particulièrement du chef moyen qui est pratiquement compensée par les muscles agonistes. Toutefois il existe des limitations en grande partie liées aux douleurs certainement d'origine neurogène avec allodynies.

Il existe donc actuellement sur le plan de la capacité de travail des limitations fonctionnelles au niveau de toute activité nécessitant une mobilisation de l'épaule droite et dès lors, toute activité de force est impossible. Actuellement, une activité légère en position assise nécessitant l'utilisation des 2 bras avec manipulation de petits objets est difficilement envisageable compte tenu non seulement de la limitation de la force et de la mobilisation mais également en raison des douleurs constantes et exacerbées par les mouvements. Le traitement antalgique pourrait certainement être revu et amélioré mais malheureusement je n'ai aucune indication sur les médicaments exacts pris par le patient. Je sais qu'il prend du Dafalgan jusqu'à 4 x 1 gr/jour et un autre médicament x dont il ne se souvient pas du nom. Il n'aurait pas supporté le Lyrica. La douleur est dans ce cas un cas de limitation importante. Il est important que l'on puisse optimiser le traitement antalgique. Il faut toutefois relever que les douleurs neurogènes comprenant notamment des allodynies sont souvent assez difficile à stabiliser."

Dans une note au dossier du 5 juin 2012 intitulée "soumission médecin-conseil pour avis sur capacité de travail", le Dr F. _____ a pris position comme il suit sur le cas de l'assuré :

"Pour mémoire, il s'agit d'un accident qui date du 15.09.2010, donc à presque deux ans, et la dernière intervention, soit une neurotisation du nerf axillaire, remonte au 14 septembre 2011 [recte: 10 octobre 2011]. La première intervention a été pratiquée en urgence avec rétablissement de la continuité du nerf cubital.

Le Dr. Q. _____ constate bien une évolution favorable entre son examen de mai 2011 et celui de mai 2012.

A part les douleurs, impossible à objectiver, la fonction du membre supérieur est relativement bonne : flexion antérieure jusqu'à 90° et aucun trouble périphérique (mains).

Pour ma part, après avoir pris connaissance de l'entier du dossier médical, j'estime que M. X. _____ a, dans une activité adaptée une capacité totale de travail. Dès lors, je recommande à la N. _____ Assurances de mettre fin aux prestations."

Selon décompte du 19 juin 2012, la N. _____ a informé l'assuré du versement d'indemnités journalières pour la période du 1^{er} mai 2012 au 30 juin 2012, basées sur une incapacité de travail de 100 %.

Par décision du 25 juin 2012, la N._____ s'est adressée en ces termes au conseil de l'assuré:

"[...]

En l'espèce, notre médecin-conseil, le Dr F._____, FMH Chirurgie orthopédique, a pris connaissance de l'évolution médicale par les rapports successifs transmis par les médecins. Fondé sur cette base, le Dr F._____ estime qu'il [l'assuré] présente maintenant une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à son état de santé.

Il ne se justifie dès lors pas de poursuivre le versement des indemnités journalières. Toutefois, afin que M. X._____ puisse rechercher une activité professionnelle dans les meilleures conditions nous acceptons de poursuivre à bien plaire le paiement des indemnités journalières jusqu'au 30.09.2012. [...]"

Selon décompte du 27 août 2012, la N._____ a informé l'assuré du versement d'indemnités journalières pour la période du 1^{er} juillet 2012 au 31 août 2012, basées sur une incapacité de travail de 100 %.

Par décision sur opposition du 4 septembre 2012, la N._____ a confirmé sa décision rendue le 25 juin 2012 et rejeté l'opposition de l'assuré du 10 juillet 2012. Elle a constaté qu'elle avait décidé à juste titre de mettre fin au versement des indemnités journalières avec effet au 30 septembre 2012 en se fondant sur les conclusions de son médecin-conseil et a renvoyé l'assuré auprès de l'assurance-invalidité pour ce qui avait trait à la prise en charge d'une réadaptation professionnelle, respectivement une orientation professionnelle.

B. Par acte du 4 octobre 2012, X._____, représenté par L'autre syndicat, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision sur opposition précitée. Il conclut à sa réforme en ce sens qu'il continue à bénéficier du versement des indemnités journalières par la N._____ au-delà du 30 septembre 2012 ainsi qu'à la prise en charge de mesures de réhabilitation. Il reproche en substance à l'assureur-accidents de se fonder exclusivement sur la note du 5 juin 2012 de son médecin-conseil (le Dr F._____) en tenant que très partiellement

compte de l'avis du 2 avril 2012 de son médecin traitant (la Dresse Z._____) et en ne tenant pas du tout compte de la réponse du 24 mai 2012 du neurologue Dr Q._____. Travailleur agricole, il estime ne pas encore être apte à reprendre une activité professionnelle n'impliquant pas l'usage de son bras droit, lequel restera à ses dires, handicapé à vie. Etaient notamment joints à son recours, les pièces et documents suivants:

- Une communication du 13 août 2012 de l'Office AI mentionnant l'octroi d'une mesure d'intervention précoce sous la forme de la prolongation de la prise en charge d'un cours de formation en français (débutant A1, niveau fondamental II) dispensé du 3 septembre au 9 novembre 2012.

- Un courrier du 3 octobre 2012 du Dr Q._____ à teneur suivante:

"J'ai vu ce patient à la demande de la SUVA le 24 mai 2012 suite à son accident avec atteinte du plexus brachial le 15 septembre 2010. Comme je l'ai dit dans mon rapport, l'évolution fonctionnelle est tout à fait favorable avec une bonne récupération sur le plan moteur. Par contre, il persiste des douleurs qui peuvent entraîner une certaine limitation. Toutefois il est vrai que la localisation et l'extension de la zone douloureuse restent tout de même un peu atypiques.

Quoi qu'il en soit, lorsque j'ai vu le patient, je n'avais pas de renseignements précis concernant son traitement antalgique et j'avais donc proposé de l'optimiser. Si l'on stabilise tant soit peu la douleur, je pense que l'on peut envisager une capacité à 100% dans une activité adaptée tout en reconnaissant une diminution du rendement entre 40 et 50%."

Dans sa réponse du 8 novembre 2012, la N._____ conclut au rejet du recours "sans frais ni dépens". Elle précise qu'en lien avec la question litigieuse du droit à la poursuite du versement d'indemnités journalières au-delà du 30 septembre 2012, le Dr F._____ a tenu compte des limitations fonctionnelles mentionnées par le Dr Q._____ (pas de travaux de force avec le membre supérieur droit, pas de travaux nécessitant l'utilisation des deux bras avec manipulation de petits objets), dans la mesure où le premier nommé précise que la capacité de travail est entière dans une activité adaptée, à savoir dans une activité qui respecte lesdites limitations. L'intimée produit en particulier un projet de décision de refus de mesures de reclassement et refus de rente d'invalidité du 26

octobre 2012 de l'OAI qui retient une pleine capacité de travail du recourant dès le 1^{er} décembre 2011 dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles suivantes: pas de travaux de force avec le membre supérieur droit, pas de travaux avec ce membre au-dessus de l'horizontal. La N._____ observe que ces dernières limitations fonctionnelles ne diffèrent pas fondamentalement de celles retenues par le Dr F._____, leurs conclusions étant identiques, à savoir l'exigibilité d'une pleine capacité de travail du recourant. A suivre l'intimée, la diminution de rendement de 40 et 50 % dont le Dr Q._____ fait état aurait trait à la douleur ressentie par l'assuré en tant que frein à la reprise d'une activité professionnelle, sans fournir de plus amples explications médicales objectives à ces pourcentages. Compte tenu de l'appréciation de son médecin-conseil, par ailleurs corroborée par l'avis du SMR de l'AI, la N._____ retient qu'en indemnisant le recourant à 100 % jusqu'au 30 septembre 2012, elle a parfaitement rempli ses obligations.

Par réplique du 30 novembre 2012, le recourant maintient les conclusions à l'appui de son recours, et précise conclure, subsidiairement, au versement d'indemnités journalières à hauteur de 40 à 50 %. Produisant un courrier du 29 novembre 2012 du Dr Q._____ adressé à son conseil, le recourant a demandé la suspension de la cause afin de lui permettre de produire un nouveau rapport médical établi par le Dr Q._____.

Par ordonnance du 4 décembre 2012, le Juge instructeur a informé les parties de la suspension de la présente cause jusqu'au 28 février 2013 pour permettre au recourant de produire un rapport médical du Dr Q._____.

Le 27 février 2013, le recourant précise la teneur de ses conclusions subsidiaires dans le sens du droit à une rente à hauteur de 40 à 50 % et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité une fois le cas médicalement stabilisé. Il maintient pour le surplus ses conclusions précédentes. Le recourant a produit en cause un rapport médical du 10 janvier 2013 adressé par le Dr Q._____ à la Dresse Z._____ dont les

constatations et les conclusions, consécutives à une consultation de l'assuré du 9 janvier 2013, sont les suivantes:

"[...] Objectivement, à l'examen neurologique dirigé, au niveau de l'épaule droite, on retrouve toujours une importante amyotrophie du deltoïde, particulièrement du chef moyen du deltoïde. La mobilisation passive de l'épaule droite est douloureuse, le patient ayant une attitude plutôt de retrait et de défense. Au niveau de l'évaluation de la force musculaire, le patient peut maintenir ses deux bras en extension à 90 degrés pour une durée d'en tout cas 30 secondes, sans abaissement. La motricité fine des doigts est tout à fait conservée. Au testing musculaire, il existe une force résiduelle lors de l'élévation et de l'abduction du bras droit qui est évaluée tout de même a priori M4 mais avec des lâchages qui rend l'évaluation précise de la force musculaire plutôt difficile. Toutefois, l'élévation et la rétropulsion du bras droit se sont bien conservés avec une force résiduelle d'environ M4. La rotation externe du bras droit est à M5. L'adduction du bras droit est évaluée à M4 mais avec des lâchages totalement d'origine antalgique.

Distalement, le patient signale une certaine faiblesse au niveau des fléchisseurs des doigts et il est d'ailleurs difficile d'objectiver en raison de lâchages continuels. Il n'y a toutefois pas d'amyotrophie au niveau de la musculature intrinsèque de la main ni des muscles de l'avant-bras aussi bien au niveau des interosseux dorsaux mains aucune parésie au niveau du court abducteur du pouce ni de l'adduction du pouce avec un signe de Froment qui est négatif.

Les ROT sont facilement déclenchables au niveau bicipital symétriquement, stylo-radial non obtenu à droite, difficilement obtenu à gauche. Le réflexe tricipital est vif à gauche, non obtenu à droite. Le réflexe fléchisseur des doigts est difficilement obtainable ddc. Le réflexe pectoral est également difficilement obtainable ddc.

A l'examen de la sensibilité, on retrouve une allodynie assez importante au niveau du moignon de l'épaule droite s'étendant sur la face latérale du bras droit dans le territoire du nerf axillaire, toutefois débordant de son territoire puisque cette sensation d'allodynie s'étend jusqu'au niveau du coude. Sur la face interne du bras, le patient signale des dysesthésies un peu moins douloureuses dans le territoire du nerf brachial cutané interne. Aucun déficit sensitif plus distalement.

En raison de cette sensation de faiblesse subjective au niveau de la main, j'ai tout de même pratiqué un bilan électroneurographique des nerfs médian et cubital droits qui se révèle strictement physiologique, sans signe de perte axonale aussi bien au niveau des fibres motrices que sensitives.

APPRECIATION:

Au total, ce contrôle neurologique paraît tout à fait stable, sans changement par rapport à ma dernière évaluation du mois de mai 2012. La mobilisation de la région scapulaire me paraît relativement satisfaisante puisque la possibilité d'élévation, de surélévation, et de

rotation externe paraissent pratiquement complètes. Il y a bien entendu une certaine faiblesse en partie antalgique. Il n'y a certainement pas de véritable impotence.

Dans ce contexte, je pense que ce patient pourrait certainement reprendre une activité de travail, mais certainement pas dans l'agriculture. Dans un poste adapté, il pourrait certainement travailler à 100% toutefois en stipulant une certaine diminution de rendement d'en tout cas 40 à 50% en raison des douleurs. Je pense toutefois que l'on pourrait certainement optimiser son traitement antalgique. Le patient n'a pas supporté le Lyrica, en revanche, je pense que l'on pourrait, plutôt que de maintenir le Tramal uniquement en R, mettre en place le Tramal R en commençant d'abord par 2 x 50 mg/j, si nécessaire 2 x 100 mg/j. Toutefois, il y a bien entendu d'autres alternatives tel que le Targin (oxycodone, naloxone) qui peut d'ailleurs être titré à des doses variables en 2 prises quotidiennes en commençant par des comprimés de 10/5 mg/j jusqu'à 4/20 mg/j. [...]"

Dans sa duplique du 21 mars 2013, l'intimée maintient les conclusions de sa réponse. Elle produit une note du 12 mars 2013 de son médecin-conseil le Dr F._____ relative au rapport médical du 10 janvier 2013 précité. Elle retient que comparativement à son examen de mai 2012, le Dr Q._____ ne constate pas de changement, la mobilisation de la région scapulaire étant même meilleure. Elle est également d'avis que le Dr Q._____ échoue à objectiver les plaintes subjectives (douleurs et faiblesse antalgique du membre supérieur droit) motivant la diminution de rendement, lesquelles pourraient pourtant être contrôlées par un traitement antalgique approprié. Ce nouveau rapport médical n'est dès lors pas de nature à rediscuter l'appréciation médicale du Dr F._____ du 5 juin 2012.

Le 3 avril 2013, sur invitation du Juge instructeur, l'OAI a produit son dossier du recourant. Il en ressortait notamment le document suivant:

- Une décision de refus de reclassement et refus de rente d'invalidité rendue le 5 décembre 2012. Les constatations de l'Office AI s'articulaient notamment comme il suit:

"Résultat de nos constatations:

Vous exercez l'activité d'ouvrier viticole.

Pour des raisons de santé vous avez présenté une incapacité de travail ininterrompue dès le 15 septembre 2010. C'est à partir de cette date qu'est fixé le délai d'attente d'une année prévu par l'article 28 LAI [loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959, RS 831.20].

A l'échéance du délai d'attente d'une année, soit le 15 septembre 2011, votre capacité de travail était toujours nulle et le droit à la rente était théoriquement ouvert.

Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter du dépôt de la demande de prestations. Vous avez déposé votre demande de prestations le 10 novembre 2011, la rente pourra donc être octroyée au plus tôt dès le 1^{er} mai 2012.

Cependant, selon les pièces médicales portées au dossier et examen de ces dernières par le Service médical régional, force est de constater que dès le 1^{er} décembre 2011, une pleine capacité de travail peut à nouveau être exigible de vous dans une activité adaptée qui respecte les limitations fonctionnelles suivantes: pas de travaux de force avec le membre supérieur droit, pas de travaux avec ce membre au-dessus de l'horizontal.

[...]

Compte tenu de vos limitations fonctionnelles, un abattement de 10 % sur le revenu d'invalidé est justifié.

Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 55'598.51 pour l'année 2011.

Votre revenu d'invalidé étant supérieur au revenu auquel vous pourriez prétendre en bonne santé, vous ne subissez par conséquent pas de préjudice économique.

Dès lors, des mesures professionnelles ne sont pas nécessaires et le droit à la rente n'est pas ouvert."

Au terme de leurs déterminations complémentaires des 22 et 23 avril 2013, les parties ont maintenu leur position respective.

E n d r o i t :

1. **a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents, RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas

ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 al.1, 57 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent, est donc recevable.

b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière — et le recourant présenter ses griefs — que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) L'assureur-accidents a pris en charge les indemnités journalières à 100 % depuis l'accident du 15 septembre 2010 jusqu'au 30 septembre 2012 à raison d'une incapacité de travail (art. 16 LAA).

Est litigieux le point de savoir si l'assureur-accidents peut cesser de servir ses prestations au recourant à compter du 1^{er} octobre 2012.

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. Est réputée accident 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 LPGGA).

Selon l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré une pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2). Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique due à un accident (cf. art. 6 al. 1 LPGGA).

L'art. 36 al. 1 LAA prévoit que les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident.

b) L'obligation de l'assureur-accidents d'allouer ses prestations au-delà du 30 septembre 2012 suppose l'existence, à ce moment-là, d'un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé (ATF 123 V 103 consid. 3d, 123 V 139 consid. 3c, 122 V 416 consid. 2a et les références; TF 8C_87/2007 du 1^{er} février 2008, consid. 2.2).

aa) L'exigence du lien de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans

l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (TFA U 80/2005 du 18 novembre 2005, consid. 1.2; ATF 129 V 177 consid. 3.1, 129 V 406 consid. 4.3.1, 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références).

La jurisprudence a souligné à cet égard que lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer ses prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident (*statu quo sine*) par suite d'un développement ordinaire (TF 8C_552/2007 du 19 février 2008, consid. 2, 8C_805/2007 du 20 août 2008, consid. 2 et les références citées).

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement "post hoc, ergo propter hoc"; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; TFA U 215/1997 du 23 février 1999, consid. 3b, in : RAMA 1999 n° U 341 p. 408 ss.). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence d'un rapport de causalité avec l'événement assuré.

bb) Le droit à des prestations découlant d'un événement assuré suppose également un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 in limine). Selon la jurisprudence, la causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2, 129 V 402

consid. 2.2, 125 V 456 consid. 5a et les références). En matière de troubles physiques, elle est généralement admise dès lors que le rapport de causalité naturelle est établi (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb; pour les troubles psychiques cf. ATF 129 V 402 consid. 4.4 et 115 V 133 consid. 6c).

4. a) Dans le domaine des assurances sociales, les assureurs examinent les demandes en prenant d'office les mesures d'instruction nécessaires et en recueillant les renseignements dont ils ont besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA).

Les autorités et tribunaux apprécient librement les preuves médicales recueillies. Ils doivent 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, ils ne peuvent trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles ils se fondent sur une opinion plutôt qu'une autre. Un rapport médical a une valeur probante pour autant 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 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. 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 et 125 V 351 consid. 3a; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1).

b) Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, 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, voire faibles

quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou 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'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465).

L'assureur-accidents est tenu, au stade de la procédure administrative, de confier une expertise à un médecin indépendant, si une telle mesure se révèle nécessaire. Lorsque de telles expertises 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 (TF 8C_510/2009 du 3 mai 2010, consid. 3.3).

Le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170, consid. 2). Le Tribunal fédéral a précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210, consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

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

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).

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

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

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

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 1^{er} 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.

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.

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est admis.

- II. La décision sur opposition rendue le 4 septembre 2012 par la N. _____ Compagnie d'Assurances SA est annulée, la cause étant renvoyée à cet assureur pour instruction

complémentaire dans le sens des considérants, puis nouvelle décision.

III. Il n'est pas perçu de frais de justice.

IV. Une indemnité de 1'000 fr. (mille francs) à verser au recourant X._____ à titre de dépens est mise à la charge de la N._____ Compagnie d'Assurances SA.

Le président :

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- L'autre syndicat (pour X._____),
- N._____ Compagnie d'Assurance SA,

- Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP),

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral, RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :