

## VD\_FINDINFO AA 138/09 - 22/2014 vom 7. Februar 2014

VD Tribunal cantonal, 2014-02-07, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_AA\\_138\\_09\\_-\\_22\\_2014](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AA_138_09_-_22_2014)

FR: VD\_FINDINFO AA 138/09 - 22/2014 du 7 février 2014

IT: VD\_FINDINFO AA 138/09 - 22/2014 del 7 febbraio 2014

### Regeste

ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, EXPERTISE ORDONNÉE PAR L'ADMINISTRATION, FORCE PROBANTE, ÉVALUATION DE L'INVALIDITÉ, PRESTATION D'ASSURANCE{AA}, INDEMNITÉ POUR ATTEINTE À L'INTÉGRITÉ, RENTE COMPLÉMENTAIRE{AA} | 18 al. 1 LAA, 24 LAA, 25 LAA, 36 LAA, 6 al. 1 LAA, 16 LPGA, 61 let. c LPGA, 36 al. 1 OLAA, 36 al. 2 OLAA

### Erwägungen

#### E. 7

mars 2011 de son médecin traitant généraliste, le Dr U. \_\_\_\_\_ . Le Dr R. \_\_\_\_\_ a procédé à l'entretien d'expertise psychiatrique à l'aide d'une interprète de langue portugaise. Il n'a retenu aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail. Il a par contre posé le diagnostic sans répercussion sur la capacité travail d'épisode dépressif léger sans syndrome somatique (F 32.00), présent depuis l'été 2009. Dans le cadre de la discussion et appréciation du cas, il a mis en exergue ce qui suit : « [L'assuré] ne souffre pas d'un trouble de la personnalité au sens des classifications diagnostic psychiatriques officielles (CIM , DSM). [...] Il n'y a pas non plus d'arguments univoques pour une fragilité psychique constitutionnelle avec une vulnérabilité à l'émergence d'une symptomatologie dépressive, anxieuse ou autre. Il n'y a pas d'antécédents avant 2007 environ. Dans les suites de l'accident du 31 octobre 2006 et du licenciement du 20 avril 2007, et de la précarité financière que cela a entraîné, [l'assuré] dit avoir développé un mal-être psychique, sans que nous sachions à quel moment cela a eu lieu ni en quoi la symptomatologie a consisté. En effet, l'assuré, au cours de l'entretien d'expertise psychiatrique du 23 novembre 2010, n'a pas été à même d'apporter des précisions à ce sujet. Ainsi, [l'assuré] ne peut pas décrire son état psychique qui a été le sien à cette époque et quant à la période en question, il est à même d'indiquer uniquement le fait qu'elle s'est manifestée quand la Suva « a arrêté de payer ». Enfin, nous n'avons pas de document médical se rapportant à cette période. Ainsi, dans le rapport de consilium psychiatrique du 14 février 2008, la Doctoresse B. \_\_\_\_\_ de la Clinique H. \_\_\_\_\_, rapporte que [l'assuré] a développé progressivement un état dépressif dans le contexte d'une période difficile en raison de problèmes financiers dans le cadre du licenciement du 20 avril 2007 et de l'interruption des prestations de l'assurance, mais sans préciser. Il existe la notion d'une première prise en soins, brève, à la Polyclinique M. \_\_\_\_\_ de [...] à ce moment, avec la mise en place d'un traitement psychotrope, de nature non précisée, cela pendant quelques mois. Toujours est-il que dans le rapport de consilium psychiatrique du 14 février 2008, aucun diagnostic psychiatrique n'a été retenu et donc il n'y a pas eu de proposition pour un traitement. Au cours d'un deuxième consilium qui a eu lieu à la Polyclinique M. \_\_\_\_\_ de [...] du 22 octobre au 13 novembre 2009, le diagnostic d'épisode dépressif moyen Wright

est retenu, affection existant « depuis quelques mois ». Un traitement antidépresseur de mirtazapine (Remeron) a été mis en place, mais cette évaluation n'a pas été suivie par une prise en soins psychiatrique. Au vu de ce qui précède, en particulier de l'absence de possibilité de pouvoir poser, rétrospectivement, de manière univoque, la présence d'un premier épisode de dépression 2007 environ, le diagnostic d'épisode dépressif doit être effectivement être retenu (et non pas celui de trouble dépressif récurrent). Actuellement, [l'assuré] présente une humeur modérément déprimée avec un découragement, un discours à teinte négative, un léger abattement, avec une mimique diminuée, une discrète diminution de l'élan vital, mais l'absence de tristesse franche, l'absence de pleurs, ainsi qu'une gestuelle et une modulation de la voix conservées. [...] Il existe une légère réduction de l'énergie ainsi qu'une diminution de la confiance en soi. Il n'y a pas de sentiments de culpabilité excessifs ou inappropriés, le discours de l'assuré étant plutôt de type projectif (attribution des torts à autrui). Si [l'assuré] dit ne pas savoir s'il présente des idées suicidaires, il n'apparaît pas qu'il souhaite mettre fin à ses jours. Il n'y a pas de diminution de l'aptitude à penser, de même qu'il n'y a pas de ralentissement idéomoteur. Il existe des réveils nocturnes en raison des douleurs qu'il ressent mais également des préoccupations qu'il a, alors que l'appétit est conservé. [...] Parmi les éléments-clé de la dépression potentiellement incapacitants (diminution de l'énergie, diminution de la volonté, ralentissement idéomoteur, diminution de l'aptitude à penser), il existe une diminution de l'énergie, réduite. En effet, à l'observation clinique directe, la diminution de l'élan vital n'est que discrète. Cela a tendance à se vérifier à l'analyse du déroulement du quotidien en ce sens que si [l'assuré] se recouche au cours de la matinée, cela est en lien avec les douleurs qu'il ressent. Il en est de même pour la participation aux tâches ménagères, car il ne peut pas rester debout de manière prolongée. La diminution de l'activité est donc principalement due aux douleurs ressenties. En effet, il ressort par ailleurs que l'assuré se rend quotidiennement dans un café pour y rencontrer des connaissances, qu'il fait une promenade pendant la journée, qu'il se rend chez son ami, qu'il va faire les courses avec ce dernier, qu'il effectue des démarches administratives ou qu'il se rend à la piscine. Il n'y a pas de diminution de la volonté en ce sens que par exemple [l'assuré] fait une promenade quotidiennement malgré les douleurs qu'il ressent au pied droit. [...] - Dans le rapport médical AI du 4 février 2010 de la Doctoresse Y. \_\_\_\_\_ figure le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant existant depuis la fin de l'année 2006. [L'assuré] souffre effectivement de douleurs persistantes, intenses, à la jambe droite. Elles s'accompagnent d'un sentiment de détresse et elles constituent en quasi permanence sa préoccupation essentielle. Par contre, les douleurs que ressent l'assuré sont entièrement expliquées par une atteinte somatique. Cela ressort des documents médicaux en notre possession et a été confirmé par le Docteur U. \_\_\_\_\_ (23 novembre 2010). Par conséquent, au vu de la non vérification de ce critère essentiel, le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant ne doit pas être retenu et nous nous écartons du document précité. - Les éléments de pronostic favorable sont constitués par l'absence de personnalité pathologique ainsi que l'absence de consommation de substances psycho-actives (alcool, stupéfiants). Les éléments de pronostics défavorables sont constitués par le facteur de stress permanent représenté par la douleur, par l'étayage familial réduit, par l'absence de recherche de soins spécifiques (psychiatrique) ainsi que la constitution psychique fruste. Globalement, le pronostic doit être qualifié d'incertain, voire de plutôt défavorable. » Le Dr R. \_\_\_\_\_ a conclu que l'aptitude au travail, sur le plan strictement psychiatrique, avait toujours été entière. Une évaluation régulière de l'état

clinique serait susceptible d'anticiper une péjoration de l'état psychique et d'intervenir rapidement en augmentant la fréquence des consultations et en mettant en place un traitement biologique psychotrope (médicamenteux) approprié. Dans son rapport du 21 février 2011, adressé au Dr U. \_\_\_\_\_, le Dr Z. \_\_\_\_\_ a déclaré ce qui suit : « [...] à la lecture de l'expertise du Prof. I. \_\_\_\_\_ qui mentionne également des passages de l'expertise du Dr N. \_\_\_\_\_, il semble maintenant clair que le steppage de ce pied droit n'existait pas avant l'accident de 2006 de sorte que autant ce [que] vous avez écrit dans votre lettre du 22.11.2010 que ce que j'avais écrit dans mes rapports précédents est erroné en ce qui concerne le diagnostic et l'étiologie de la situation actuelle. Il faut reconnaître que la présence de nombreux intervenants mais aussi la difficulté du patient à communiquer en raison d'un problème de langue ont contribué à établir une certaine confusion au sujet de la situation de [l'assuré]. Quoi qu'il en soit, au meilleur de mes connaissances, les diagnostics suivants peuvent être retenus actuellement : Diagnostic : – Séquelles d'entorse de la cheville droite du 31.10.2006 avec : - Paralysie complète du territoire du sciatique poplité externe à droite. - Arthrose tibio-talienne, sous-talienne et tabo-naviculaire débutante. - Rupture du faisceau antérieur du ligament talo-fibulaire. - Syndrome douloureux chronique. - Suspicion de status après algoneurodystrophie secondaire. – Status après accident de moto à l'âge de 15 ans au Portugal avec : - Notion anamnétique de plaie importante de la face postéro-externe du genou droit. - Notion anamnétique de révision chirurgicale de cette plaie à deux reprises. - Notion anamnétique d'absence de séquelles laissées par ce traumatisme. En complément à mon rapport du 13.01.2011 on peut donc clairement affirmer que [l'assuré] souffre d'une paralysie complète du territoire du sciatique poplité externe à droite avec donc impossibilité de relever et d'éverser son pied ce qui nécessite un appareillage orthopédique soit sous forme d'attelle d'Heidelberg, soit sous forme de chaussures stabilisatrices avec releveur intégré. Parallèlement à ceci il existe des troubles dégénératifs débutants des articulations tibio-talienne, sous-talienne et talo-naviculaire probablement séquellaires de cette instabilité active antéro-externe. Si le déficit fonctionnel engendré par les aspects mentionnés ci-dessus est absolument évident, la corrélation entre l'image radio-clinique et l'importance de la symptomatologie douloureuse exprimée par le patient reste toutefois difficile à expliquer. En relation avec la lésion de cette zone corporelle, sur le plan orthopédique, l'atteinte à l'intégrité peut être évaluée à 20% selon les tables 2 et 5 (révision 2000) de l'indemnisation des atteintes à l'intégrité de la SUVA. Toujours sur le plan orthopédique tenant compte uniquement de l'atteinte de cette région corporelle, une activité uniquement sédentaire pourrait être exercée à 100% alors qu'une activité légère, de type alternée, pourrait probablement être exercée à 50%. Une activité physique lourde n'est pas exigible. J'insiste encore sur le fait que mon évaluation est basée uniquement sur les critères orthopédiques objectifs mais ne tient pas compte de facteurs additionnels tels que le syndrome douloureux chronique et son impact sur le psychisme du patient, ceci ne relevant bien entendu pas de ma compétence. Je répète encore, qu'à mon sens, la seule manière de statuer définitivement et de la manière la plus juste possible sur le cas de ce patient et d'envisager une expertise pluridisciplinaire par les médecins-conseil de l'AI. » Le Dr U. \_\_\_\_\_ a déclaré dans sa lettre du 7 mars 2011 que le rapport du Dr Z. \_\_\_\_\_ confirmait la paralysie complète et définitive du nerf sciatique poplité externe droit avec pied tombant irréversible, suite à une séquelle d'entorse de la cheville droite de l'accident du 31 octobre 2006. Il rejoignait ainsi l'avis du Dr I. \_\_\_\_\_ du 30 septembre 2010 qui contredirait l'expertise du Dr N. \_\_\_\_\_. Une expertise pluridisciplinaire serait indispensable, afin de faire la part de l'atteinte organique et la part de l'atteinte psychique

qui aurait été sous-évaluée par l'expertise du Dr R.\_\_\_\_\_. En substance, le recourant a fait siennes les conclusions des Drs Z.\_\_\_\_\_ et U.\_\_\_\_\_ des 21 février 2011 et 7 mars 2011, tandis qu'il a contesté les conclusions du Dr R.\_\_\_\_\_. L'interprète n'aurait pas bien maîtrisé le portugais. En cours d'expertise, il aurait constaté que l'interprète éprouvait des difficultés à le comprendre et que plusieurs termes utilisés étaient complètement ignorés. Ainsi, le rapport contiendrait beaucoup d'erreurs et laisserait de côté la tentative de suicide, ainsi que des propos suicidaires répétés et inquiétants, tenus en 2010. Par écriture du 18 mai 2011, la CNA a renvoyé à une appréciation médicale du 29 avril 2011 du Dr K.\_\_\_\_\_, auquel elle avait soumis les rapports médicaux des Drs I.\_\_\_\_\_, Z.\_\_\_\_\_ et U.\_\_\_\_\_. Le Dr K.\_\_\_\_\_ a communiqué ce qui suit (selon la traduction française du texte original allemand) : «L'expertise réalisée le 29.09.2010 par le Dr I.\_\_\_\_\_, neurologue, sur mandat du représentant légal de l'assuré, ne comporte pas de faits nouveaux. La constatation d'un pied tombant droit sur lésion du nerf péroniers superficielle est confirmée. L'expert croit aux affirmations de l'assuré ; celui-ci indique que la lésion susmentionnée n'existait pas avant l'accident du 31.10.2006. Toutefois, une cicatrice peut être nettement identifiée dans la région de la tête du péroné où le trajet de ce nerf est superficiel ; elle est consécutive à un accident survenu à l'âge de 15 ans (et qui n'était pas assuré par la Suva). La percussion locale de cette zone provoque d'ailleurs des sensations électriques typiques (correspondant à un signe de Tinel). Il est difficilement concevable qu'un traumatisme direct n'ayant affecté que le pied (malléole externe) ait été en mesure de provoquer une telle lésion nerveuse au niveau du genou. Les orteils en griffe [...] sont plutôt révélateurs d'un trouble neurologique préexistant. Cependant, cet état antérieur a été décompensé en quelque sorte, ce que la Suva a reconnu officiellement [...]. Si l'on accepte le pied tombant comme une suite d'accident, le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité peut être augmenté effectivement jusqu'à un total de 20%. En effet, la valeur supplémentaire attribuable à une lésion du nerf péronier est de 10% selon la table 2 de la Suva. D'un point de vue orthopédique selon les critères objectifs, une indemnité supérieure à 10% ne se justifie pas, même si l'on tient compte de la lésion du ligament péronéo-astragalien et des signes d'inflammation décelable dans l'IRM du 05.11.2010. En effet, l'arthrose de l'art. tibio-tarsienne n'est que débutante sur les clichés conventionnels. Le Dr Z.\_\_\_\_\_ [...] ne peut s'expliquer lui aussi l'importance des troubles que fait valoir l'assuré (rapport du 21.02.2011). Le Dr I.\_\_\_\_\_, neurologue, tient simplement pour vrai la totalité des douleurs rapportées par l'assuré, même s'il n'a pas pu mettre en évidence de cause à ces troubles relevant de sa spécialité. Il n'y a pas d'indices objectifs évocateurs d'une algoneurodystrophie sur un plan clinique et radiologique. L'expert ne recourt qu'à des termes tels que « possible, pourrait ». Que l'assuré soit encore totalement inapte au travail est incompréhensible. [...] L'assuré ne peut plus effectuer (à 100%) que des activités légères en position assise [...]. » Dans cette mesure, la CNA a maintenu, dans son écriture du 18 mai 2011, ses conclusions quant au droit la rente. Au sujet de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, elle a concédé une augmentation de celle-ci à 20 %. Par courrier du 22 août 2011, le recourant a informé le tribunal du changement de représentant en livrant une nouvelle procuration, signée le 15 juillet 2011, en faveur de PROCAP Service juridique. Cette dernière association a également repris le mandat pour le recourant dans la cause AI 75/11 dès avril 2011. Par écriture manuscrite personnelle du 3 juillet 2012, le recourant a dénoncé les conditions d'un stage effectué chez DD.\_\_\_\_\_. Le stage devait durer trois mois à raison de trois heures par jour à [...]. Quinze jours avant la fin du stage, on lui aurait proposé sa continuation comme magasinier dans les locaux de [...]

le matin de 8 à 12h et l'après-midi de 13 à 17h du 25 au 29 juin 2012. À la mi-journée du 25 juin 2012 les douleurs auraient commencé à augmenter et le soir, de retour à la maison, elles auraient été insupportables ; son pied aurait triplé de volume et son dos l'aurait terriblement fait souffrir. Il n'aurait pas pu dormir de la nuit. Il serait retourné le surlendemain au stage, mais l'aurait quitté ne supportant plus les douleurs et vu l'état de son pied. Il aurait quitté le stage « sur les conseils de mon médecin, lequel j'avais vu le 20 et lui expliqué ce que j'allais faire ». Par la suite il ne serait plus retourné au stage et n'aurait plus eu de nouvelles de DD.\_\_\_\_\_. Le recourant a joint à l'acte quatre photos de son pied qui auraient été prises les 25 et 27 juin 2012. Par écriture du 16 juillet 2012, la CNA a déclaré que l'écriture du recourant du 3 juillet 2012 n'apportait pas de nouvel élément, raison pour laquelle elle renonçait à se prononcer. Ce courrier a été transmis à PROCAP Service juridique pour une éventuelle détermination. PROCAP Service juridique n'a pas réagi dans le délai imparti. Par courrier du 3 octobre 2012, le tribunal a informé les parties qu'il traiterai parallèlement les causes AA 138/09 et AI 75/11, sans toutefois les joindre, vu que les deux procédures concernent, à tout le moins partiellement, la même problématique. Par courrier du 17 octobre 2012, PROCAP Service juridique a demandé à consulter le dossier du tribunal, ce qui lui a été accordé. Ce mandataire ne s'est par la suite plus prononcé sur le fond dans la présente cause. En revanche, dans la cause AI 75/11 sa dernière écriture date du 28 février 2013. Sur demande de PROCAP Service juridique du 25 juillet 2013, le tribunal a informé les parties que, sauf réquisition d'instruction supplémentaire de la part de la Cour, il entendait notifier des arrêts dans les deux causes AA 138/09 et AI 75/11 si possible dans le courant de l'automne 2013. D. A l'examen du dossier constitué par l'OAI, l'on relève notamment un rapport du 4 février 2010, établi par les Dresses Y.\_\_\_\_\_ et AA.\_\_\_\_\_ de la EE.\_\_\_\_\_, auquel il est fait référence dans le rapport d'expertise du Dr R.\_\_\_\_\_ du 25 novembre 2010. Elles auraient rencontré le recourant à trois reprises pour un consilium médicamenteux à la demande de son nouveau médecin généraliste traitant, le Dr BB.\_\_\_\_\_, pendant la période du 22 octobre 2009 au 13 novembre 2009. Sans autre explication, elles ont posé des diagnostics avec effet sur la capacité de travail, tels qu'un épisode dépressif moyen F 32.1 et un syndrome douloureux somatoforme persistant F 45.4. Le patient aurait rapporté des douleurs chroniques très intenses et résistantes au traitement habituel au niveau de la cheville droite. Evoquant un syndrome douloureux somatoforme avec une problématique dépressive, elles ont toutefois concédé ne pas être en mesure de s'exprimer sur situation du recourant en lien avec l'assurance invalidité, respectivement sur l'impact des diagnostics précités dans le contexte d'une activité lucrative. Enfin, l'on notera que l'assuré a versé à la procédure AI un courrier du 23 juillet 2012 du Dr U.\_\_\_\_\_, adressé à son mandataire, dont il ressort ce qui suit : « Suite à votre demande du 19 ct, voici quelques renseignements concernant le patient susnommé. - Diagnostic : 1. Paralysie complète du territoire de la sciatique poplitée externe à D. 2. Rupture du faisceau antérieur du ligament talo-fibulaire. 3. Arthrose tibio-talienne, sous-talienne et talo naviculaire. 4. Syndrome douloureux chronique. 5. Trouble dépressif récurrent - Les répercussions de ses problèmes de santé sont : Limitation de la position debout prolongée, impossibilité de relever et déverser le pied D. - Les activités adaptées à son handicap seraient : Des activités uniquement sédentaires en respectant le déficit moteur complet de son pied D (pied tombant) avec un taux de 100% - Le pronostic est défavorable. » E n d r o i t : 1. Le recours contre la décision sur opposition du 6 novembre 2009 a été interjeté par l'assuré, domicilié dans le canton de Vaud et revêtant la qualité pour recourir. Il a été déposé dans les formes et délai légaux auprès de la Cour de céans en tant

que tribunal compétent en matière d'assurances sociales (art. 56 ss LPGA, art. 93 LPA-VD). Le recours est ainsi recevable. Vu la valeur litigieuse dépassant 30'000.-- frs., le Tribunal statue dans une composition de trois juges (art. 94 al. 1 let. a et 4 LPA-VD, art. 83c LOJV). 2. Sont litigieux le degré d'invalidité présenté par l'assuré et la quotité de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI). Pour rappel, la CNA lui a octroyé une rente basée sur une diminution de la capacité de gain de 25% et une IPAI de 10% par décision du 9 septembre 2009, confirmée sur opposition le 6 novembre 2009. 3. 3.1 Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, et sous réserve de dispositions spéciales de la loi, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. En vertu de l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptations exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). 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 (art. 7 al. 2 LPGA). Selon l'art. 16 LPGA, 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. 3.2 Pour l'évaluation de la capacité de travail, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références; TF 9C\_219/2013 du 13 septembre 2013 consid. 3.1). En vertu du principe de la libre appréciation des preuves, consacré notamment à l'art. 61 let. c LPGA, le juge est tenu de procéder à une appréciation complète, rigoureuse et objective des rapports médicaux en relation avec leur contenu; il doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352; TF 9C\_573/2010 du 8 août 2011 consid. 4.1). C'est ainsi qu'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 de 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. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a et la référence citée; TF 9C\_851/2012 du 5 mars 2013 consid. 2.2). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra toutefois en considération le fait que celui-ci

peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Un rapport médical ne saurait toutefois être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur (TF 9C\_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 5.2). 4. En l'espèce, le recourant conteste notamment le bien-fondé des appréciations communiquées par le Dr N.\_\_\_\_\_ dans ses rapports d'expertises des 2 octobre 2007 et 10 octobre 2008. 4.1 Ce médecin traite cependant de manière claire, circonstanciée et sans a priori les plaintes de l'assuré, tout en démontrant précisément dans quelle mesure ces plaintes ont des répercussions sur la capacité de travail. A cette fin, il se fonde sur des examens complets réalisés dans sa sphère de compétences (volet orthopédique) et motive ses conclusions de manière étayée. Les deux rapports d'expertise de ce médecin apparaissent dès lors concluants ce qui justifie de leur accorder pleine valeur probante conformément aux critères jurisprudentiels cités supra. Le Dr N.\_\_\_\_\_ a retenu, dans son rapport du 2 octobre 2007, que la capacité de travail du recourant serait de 100% dans une activité adaptée, tandis que l'ancienne activité professionnelle ne serait plus envisageable. Dans son courrier du 29 novembre 2007, le médecin traitant de l'assuré, Dr Z.\_\_\_\_\_, a concédé, après avoir contrôlé le recourant la veille, partager « tout à fait » l'avis du Dr N.\_\_\_\_\_ s'agissant de l'exercice d'une activité assise ou semi-assise. Les médecins de la Clinique H.\_\_\_\_\_ ont également confirmé, à l'issue d'une observation du recourant du 6 au 27 février 2008, que l'ancienne activité n'était plus réalisable, mais que toute activité adaptée restait possible (rapport du 1<sup>er</sup> avril 2008). Certes, dans un courrier postérieur, daté du 9 octobre 2008, le Dr Z.\_\_\_\_\_ a déclaré envisager de revoir à la baisse – à peut-être 50% - son appréciation initiale selon laquelle un travail essentiellement sédentaire pourrait être exercé à temps complet. Il a toutefois ajouté ne pas être à même d'en juger parce qu'il ne se trouvait « pas sur le terrain, et que ce n'est pas de mon domaine ». Simultanément, le Dr N.\_\_\_\_\_ a retenu dans son second rapport d'expertise du

## **E. 10**

octobre 2008 qu'une activité adaptée devait être possible « à au moins 50% voire même plus ». Il a expliqué cette baisse de rendement passagère par le déconditionnement du recourant en l'absence d'activité lucrative ou physique depuis deux ans. Cela étant, par une reprise de travail progressive, il était très probable que la capacité de travail pourrait augmenter après quelque mois pour être proche d'une capacité pleine et entière du point de vue orthopédique. Les Drs N.\_\_\_\_\_ et Z.\_\_\_\_\_ ont donc admis une éventuelle réduction de la capacité de travail à environ 50% en octobre 2008. Le Dr N.\_\_\_\_\_ a toutefois exposé dans quelle mesure il était possible d'atteindre une capacité de travail de 100%, tandis que le Dr Z.\_\_\_\_\_ suggérait une évaluation « plus globale du patient. » Vu ses propres réserves sur ses compétences à évaluer la capacité de travail, ce dernier médecin ne voulait et ne pouvait donc pas se prononcer plus en détail. Il a au demeurant mentionné uniquement une « possible » diminution de la capacité de travail sans expliquer précisément pourquoi il divergeait des précédentes appréciations. De son point de vue, le status orthopédique n'avait pourtant pas changé, ce qu'avait aussi constaté le Dr N.\_\_\_\_\_ en faisant état d'une situation stabilisée. Le Dr Z.\_\_\_\_\_ a également admis que le « problème » dépassait sa compétence. Ce spécialiste confirmera néanmoins dans un rapport ultérieur du 21 février 2011 qu'une activité exclusivement sédentaire reste accessible au taux de 100%. Durant l'automne 2008, l'OAI a d'ailleurs proposé à l'assuré

d'entreprendre une réadaptation professionnelle dans un cadre adapté à ses limitations fonctionnelles. Un stage de trois mois au Centre T. \_\_\_\_\_ a été ordonné, à l'issue duquel pouvait être mise en oeuvre une mesure de six mois en vue de l'exercice d'une activité industrielle légère. Cela étant, il convient d'observer que le Dr C. \_\_\_\_\_ s'est également rallié, dans un avis du 26 octobre 2008, aux dernières constatations et conclusions du Dr N. \_\_\_\_\_. Dans un courrier du 12 février 2009, le Dr Q. \_\_\_\_\_ s'est prononcé sur le dernier rapport du Dr N. \_\_\_\_\_. Il n'a, en définitive, pas qualifié d'erronées les conclusions de l'expert, suggérant uniquement de requérir l'avis d'un anesthésiste spécialisé. Il n'était toutefois « pas là pour remettre en cause » l'évaluation du Dr N. \_\_\_\_\_. Il a en outre admis une capacité de travail – à tout le moins partielle – en faveur du recourant, sans autres explications. Dès lors, cette appréciation peu motivée ne saurait ébranler celle de l'expert. La CNA a par ailleurs dûment pris en charge le traitement de la douleur préconisé par le Dr Q. \_\_\_\_\_. Le Prof. X. \_\_\_\_\_ qui s'en est chargé ne remet pas en question l'appréciation de la capacité de travail, se bornant à proposer un traitement médicamenteux afin de réduire les douleurs ressenties par le recourant. Comme l'a retenu de manière convaincante le Dr C. \_\_\_\_\_ en date du 26 mai 2009, la médication antidépressive proposée par le Prof. Q. \_\_\_\_\_ ne permet pas de conclure à une quelconque influence des troubles psychogènes sur l'appréciation définitive du cas. Quant au Dr E. \_\_\_\_\_ (cf. ses courriers des 5 février 2010 et 8 avril 2010), celui-ci a concédé ne pas être compétent pour se prononcer sur la capacité de travail. Ce médecin a noté que le recourant était déprimé, anxieux et stressé, sans en déduire d'incapacité de travail, se contentant de suppositions et de suggestions quant à la prise en charge de l'état anxio-dépressif. Ainsi que le relève à juste titre le Dr K. \_\_\_\_\_, il apparaît que le Dr E. \_\_\_\_\_ s'est avant tout fondé sur les plaintes exprimées par le recourant sans procéder à des constatations objectives. Il a au demeurant émis des hypothèses non vérifiées concrètement, ayant par exemple conclu à une éventuelle algoneurodystrophie, laquelle n'a nullement été mise en évidence par les précédents médecins spécialistes. En ce qui concerne l'appréciation du Prof. I. \_\_\_\_\_ du 30 septembre 2010, il faut observer que ce praticien n'a pas procédé à une anamnèse complète, renonçant par exemple à demander une IRM réalisée antérieurement. Son appréciation contient des contradictions lorsqu'il conclut tout d'abord à une capacité de travail de 50% dans le transport de personnes, puis estime « l'invalidité » à 100% sans recouvrement possible à long terme. Vu les problèmes persistants que tous les médecins ont admis au niveau du membre inférieur, il est en outre pour le moins surprenant que le Prof. I. \_\_\_\_\_ envisage une activité de chauffeur. Ainsi que l'a souligné à bon droit le Dr N. \_\_\_\_\_ dans son second rapport, une telle activité présente à l'évidence des risques de sécurité, vu les limitations fonctionnelles de l'assuré, ce même si l'on peut admettre que des adaptations spéciales (d'un coût important) dans un véhicule pourraient éventuellement limiter ces risques ; le Prof. I. \_\_\_\_\_ n'a cependant aucunement mis en exergue la nécessité de telles adaptations. Enfin, ce médecin a renvoyé aux conclusions du Dr R. \_\_\_\_\_ sur le plan psychique, lesquelles n'étaient cependant pas encore connues. Vu l'ensemble de ces imprécisions et contradictions, l'on ne saurait accorder quelconque valeur probante à son rapport d'examen du 30 septembre 2010.

4.2 Suite aux plaintes du recourant sur le plan psychique, l'OAI a mis en oeuvre une expertise psychiatrique auprès du Dr R. \_\_\_\_\_. Selon le rapport d'expertise corrélatif du 25 novembre 2010, l'aptitude au travail du recourant ne serait pas restreinte sur le plan psychiatrique. Le recourant fait cependant valoir que ce spécialiste ne se serait pas prononcé sur des idées suicidaires, qui auraient pourtant justifié son hospitalisation. Il soulève

également que l'interprète mandaté par l'expert ne maîtrisait pas la langue portugaise. Dans le contexte d'examens médicaux nécessaires pour évaluer de manière fiable l'état de santé d'un assuré et ses répercussions sur la capacité de travail, en particulier d'un examen psychiatrique, la meilleure compréhension possible entre l'expert et la personne assurée revêt une importance spécifique. Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, il n'existe toutefois pas de droit inconditionnel à la réalisation d'un examen médical dans la langue maternelle de l'assuré ou à l'assistance d'un interprète. En définitive, il appartient à l'expert, dans le cadre de l'exécution soigneuse de son mandat, de décider si l'examen médical doit être effectué dans la langue maternelle de l'assuré ou avec le concours d'un interprète. Le choix de l'interprète, ainsi que la question de savoir si, le cas échéant, certaines phases de l'instruction médicale doivent être exécutées en son absence pour des raisons objectives et personnelles, relèvent également de la décision de l'expert. Ce qui est décisif dans ce contexte, c'est l'importance de la mesure au regard de la prestation entrant en considération. Il en va ainsi de la pertinence et donc de la valeur probante de l'expertise en tant que fondement de la décision de l'administration, voire du juge. Les constatations de l'expert doivent dès lors être compréhensibles, sa description de la situation médicale doit être claire et ses conclusions motivées (TF 9C\_287/2012 arrêt du 18 septembre 2012, consid. 4.1 et les arrêts cités). En l'espèce, le recourant prétend avoir remarqué au cours de l'entretien passé avec l'expert psychiatre que l'interprète ne traduisait pas correctement ses explications et ne « maîtrisait pas bien » la langue portugaise. Si tel était le cas, le recourant aurait dû intervenir immédiatement, ce dont il ne se prévaut d'ailleurs pas. Il n'a en effet ni refusé de continuer l'entretien avec l'expert par l'intermédiaire de l'interprète en question, ni requis la rectification de ses explications, en dépit des quelques notions de français dont il dispose depuis son arrivée en Suisse en 1997. Or, la partie qui s'aperçoit qu'une règle de procédure est violée à son détriment ne saurait laisser la procédure suivre son cours sans réagir, dans le but, par exemple, de se réserver un moyen de nullité pour le cas où le résultat à venir ne la satisfait pas (cf. ATF 127 II 227 consid. 1b p. 230; TF 9C\_287/2012 arrêt du 18 septembre 2012 précité consid. 4.3.1). Le recourant a attendu la réception du rapport du Dr R. \_\_\_\_\_ en décembre 2010 pour se manifester (par courrier du 17 décembre 2010) au sujet de l'interprète en prétextant ses mauvaises connaissances du portugais. Dans l'hypothèse - que le recourant n'allègue pas - où l'expert aurait effectivement outrepassé des objections immédiates en lien avec les traductions de l'interprète, l'assuré aurait à tout le moins dû en informer son avocat en vue d'une intervention sans délai auprès de l'autorité. A ce stade, les critiques relatives au choix de l'interprète sont manifestement tardives en sus d'être infondées. Par ailleurs, contrairement à ce que prétend le recourant, le Dr R. \_\_\_\_\_ s'est effectivement prononcé sur les idées suicidaires alléguées (cf. p. 11 du rapport du 25 novembre 2010). Au surplus, l'expertise de ce psychiatre correspond aux critères jurisprudentiels pour qu'il puisse lui être reconnu pleine valeur probante. A l'appui des conclusions du Dr R. \_\_\_\_\_, l'on soulignera que le recourant n'a pas sérieusement suivi de long traitements psychiatriques, étant rappelé qu'il n'a été rencontré que trois fois (du 22 octobre au 13 novembre 2009) à la EE. \_\_\_\_\_ avant l'établissement du rapport du 4 février 2010. Au niveau de l'assurance-accidents, compte tenu de la gravité et des circonstances de l'accident, ainsi que vu les conclusions des experts sur le plan somatique, l'on ne saurait en outre admettre un lien de causalité adéquat entre l'accident du 31 octobre 2006 et d'éventuels problèmes psychiques (cf. ATF 115 V 133 consid. 6, 403 consid. 5 ; TFA U 16/97 consid. 3, in : RAMA 1998 n° U 297 p. 243 ; TF 8C\_510/2008 du 24 avril 2009). Etant donné le déroulement de l'accident, son degré de gravité doit être qualifié de

faible, en dépit de ses conséquences sur la capacité de travail du recourant dans l'exercice de sa profession habituelle. 4.3 Fondée sur les éléments exposés ci-dessus, la capacité résiduelle de travail retenue par l'administration ne prête pas flanc à la critique. Par appréciation anticipée des preuves, il n'y a en outre pas lieu de mettre en œuvre les expertises supplémentaires requises par le recourant, compte tenu de la pleine valeur probante que l'on peut conférer aux rapports des Drs R. \_\_\_\_\_ et N. \_\_\_\_\_. Il est aussi superflu d'entendre Madame CC. \_\_\_\_\_ en qualité de témoin, dans la mesure où celle-ci ne dispose d'aucune compétence médicale susceptible de porter un éclairage nouveau sur la situation du recourant. S'agissant de l'évaluation de l'invalidité opérée par l'intimée selon la méthode générale de comparaison des revenus – que le recourant ne discute au demeurant pas – les revenus hypothétiques sans et avec invalidité ont été précisément établis de sorte qu'il convient de les confirmer, tout en renvoyant pour plus de détails aux considérants corrélatifs contenus dans la décision sur opposition litigieuse. Il en va de même eu égard à la fixation du montant de la rente que l'assuré ne remet pas en question. La décision de la CNA doit en définitive être confirmée en ce qu'elle a trait à la rente d'invalidité allouée au recourant. 5. Le recourant sollicite le réexamen en sa faveur du taux de l'IPAI reconnu par la CNA, concluant à ce qu'un degré de 20% lui soit accordé en lieu et place de 10%. Par écriture du 18 mai 2011, la CNA a admis l'augmentation de ce taux à 20%, conformément à l'avis du Dr K. \_\_\_\_\_ en vue de prendre en compte la lésion du nerf péronier. 5.1 En vertu de l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique par suite de l'accident a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. Aux termes de l'art. 36 al. 1 OLAA [ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents; RS 832.202], une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie; elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave. D'après la jurisprudence fédérale, l'atteinte à l'intégrité au sens de l'art. 24 LAA consiste généralement en un déficit corporel anatomique ou fonctionnel, mental ou psychique. Selon l'art. 25 al. 1 LAA, l'indemnité est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité. Le taux d'une telle atteinte doit être évalué exclusivement sur la base de constatations médicales objectives. De même, puisqu'elle doit être prise en compte lors de l'évaluation initiale, l'importance prévisible de l'atteinte doit être également fixée sur la base des constatations du médecin (TF 8C\_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.3). Il incombe donc au premier chef aux médecins d'évaluer l'atteinte à l'intégrité, car, de par leurs connaissances et leur expérience professionnelles, ils sont les mieux à même de juger de l'état clinique de l'assuré et de procéder à une évaluation objective de l'atteinte à l'intégrité (TF 8C\_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.2). Il sera par ailleurs équitablement tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte (art. 36 al. 4 OLAA). Enfin, l'art. 36 al. 2 LAA prévoit une réduction équitable de l'indemnité lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. La quotité de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est évaluée selon les directives et le barème – non exhaustif – contenus dans l'annexe 3 de l'OLAA (ATF 124 V 29 consid. 1b; 113 V 218 consid. 2a). Pour les atteintes qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il y a lieu d'appliquer le barème par analogie, en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 de l'annexe). Le ch. 2 de l'annexe dispose au surplus qu'en cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence, aucune indemnité n'étant toutefois versée dans les cas pour lesquels un taux inférieur à 5%

du montant maximum du gain assuré serait appliqué. A cette fin, la Division médicale de la CNA a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA. Sans lier le juge, ces tables sont néanmoins compatibles avec l'annexe 3 OLAA (TF 8C\_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.1 ; TF 8C\_365/2007 du 15 mai 2008, consid. 7.2 ; ATF 124 V 211 consid. 4a/cc) et permettent de procéder à une appréciation plus nuancée, lorsque l'atteinte d'un organe n'est que partielle. 5.2 Dans son appréciation spécifique du 29 avril 2011, le Dr K.\_\_\_\_\_ a admis « un pied tombant » des suites de l'accident du 31 octobre 2006. La valeur supplémentaire attribuable à une lésion du nerf péronier est de 10% selon la table 2 de la CNA qui concerne les atteintes des membres inférieurs. D'un point de vue strictement orthopédique, selon les critères objectifs, une indemnité supérieure à 10% ne se justifierait pas pour tenir compte de la lésion du ligament péronéo-astragalien et des signes d'inflammations décelables à l'IRM du 5 novembre 2010. Le Dr Z.\_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assuré, a pour sa part également retenu le taux global de 20% d'IPAI en se référant à la table de la CNA. La table 2 précitée prévoit 50% pour la perte fonctionnelle totale d'un membre inférieur, tandis que l'annexe 3 OLAA prévoit 30% pour la perte d'un pied. Vu ce qui précède, il y a lieu d'accorder à l'assuré une IPAI au taux de 20%, ainsi que l'a d'ailleurs expressément admis l'intimée aux termes de son écriture du 18 mai 2011. 6. En conséquence, la décision sur opposition litigieuse doit être réformée en ce sens qu'une IPAI de 20% peut être accordée à l'assuré. Le recours doit être en revanche rejeté s'agissant du degré d'invalidité de 25% et ladite décision sur opposition confirmée pour le surplus. La procédure étant en principe gratuite, aucun frais judiciaire n'est perçu. Le recourant obtenant partiellement gain de cause (eu égard exclusivement à l'IPAI au contraire du droit à la rente) a droit à des dépens réduits, fixés in casu à 1'000.-- frs. (cf. art. 61 let. a et g LPGA, 55 LPA-VD et 7 TFJAS).

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