

## VD\_FINDINFO AA 79/11 - 53/2014 vom 14. Mai 2014

VD Tribunal cantonal, 2014-05-14, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_AA\\_79\\_11\\_-\\_53\\_2014](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AA_79_11_-_53_2014)

FR: VD\_FINDINFO AA 79/11 - 53/2014 du 14 mai 2014

IT: VD\_FINDINFO AA 79/11 - 53/2014 del 14 maggio 2014

### Regeste

LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-ACCIDENTS, RENTE D'INVALIDITÉ, ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, ATTEINTE À LA SANTÉ PSYCHIQUE | 29 al. 2 Cst., 18 LAA, 6 LAA, 16 LPGA, 61 LPGA, 8 LPGA, 30 al. 1 OLAA

### Erwägungen

#### E. 14

mai 2014 \_\_\_\_\_ Présidence de M. Métral Juges : Mme Thalmann et M. Neu Greffière : Mme Preti \*\*\*\*\* Cause pendante entre : C. \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Charles Munoz, avocat à Yverdon-les-Bains, et Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, à Lucerne, intimée, représentée par Me Didier Elsig, avocat à Lausanne. \_\_\_\_\_ Art. 8, 16 et 61 LPGA ; 6 et 18 LAA ; 30 OLAA **E n f a i t** : A. C. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], est marié et père de deux enfants, nés en [...] et [...]. Il est originaire de Bosnie, où il a travaillé comme policier. En 1993, il a subi une plaie sur la partie inférieure de la jambe droite, avec fracture ouverte, ensuite de l'explosion d'une grenade. Par la suite, C. \_\_\_\_\_ s'est établi en Suisse en 1997, d'abord au bénéfice d'un statut de réfugié, puis comme titulaire d'un permis de séjour de type B. Il a notamment travaillé comme aide-serrurier pour L. \_\_\_\_\_ SA, à [...], dès le 21 mars 2005. Le 20 décembre 2006, C. \_\_\_\_\_ est tombé en montant un escalier sur un chantier. Il a posé son pied droit trop au bord de la marche et a glissé, se cognant le tibia contre le bord de la marche. L'accident a entraîné une plaie au niveau de la cicatrice qui avait résulté de la fracture ouverte subie en 1993. De retour à la maison, l'assuré a posé un pansement sur la plaie. Son épouse s'est rendue chez le docteur M. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, pour prendre rendez-vous, mais ce dernier étant en vacances, l'assuré a finalement été reçu par l'assistante du médecin traitant. Elle lui a dit que la blessure n'était pas grave et lui a recommandé de changer le pansement tous les jours, en convenant d'un rendez-vous avec le docteur M. \_\_\_\_\_ pour le 12 janvier 2007. L'assuré était lui aussi en vacances jusqu'au 7 janvier 2007; il n'avait pas mal, mais est resté tranquille à la maison. Le 12 janvier 2007, le docteur M. \_\_\_\_\_ a maintenu le traitement (changement régulier des pansements) et n'a pas attesté d'incapacité de travail, à la satisfaction de l'assuré. Des douleurs sont toutefois apparues et la plaie s'est agrandie, de sorte que le docteur M. \_\_\_\_\_ a attesté une incapacité de travail totale dès le 12 février 2007. Entre-temps, le

#### E. 15

janvier 2007, L. \_\_\_\_\_ SA avait annoncé l'accident à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée), qui a pris le cas en charge. En raison de l'évolution de la plaie, le docteur M. \_\_\_\_\_ a adressé l'assuré au docteur

P. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique. Celui-ci a demandé une artériographie du membre inférieur droit, qui a mis en évidence une artère tibiale antérieure complètement obstruée, et une artère péronière irrégulière, seule l'artère tibiale postérieure semblant relativement bonne. Le docteur P. \_\_\_\_\_ a suggéré une intervention chirurgicale au Centre hospitalier D. \_\_\_\_\_ (ci-après : Centre hospitalier D. \_\_\_\_\_), en vue de recouvrir la plaie (rapport du 11 avril 2007). C. \_\_\_\_\_ a été convoqué au Centre hospitalier D. \_\_\_\_\_ le 3 mai 2007 pour être opéré le 4 mai 2007. Les diagnostics posés étaient une cicatrice instable de la face interne du tibia droit, qui fondait l'indication opératoire, ainsi qu'un status post traumatisme balistique de la jambe droite en 1993 et un tabagisme chronique. L'opération n'a toutefois pas été réalisée en raison d'une modification du programme opératoire liée à une surcharge d'urgence. Il a été convenu que l'assuré serait reconvoqué ultérieurement. L'évolution apparemment favorable de la cicatrice a toutefois conduit à l'annulation pure et simple de l'opération. Le docteur M. \_\_\_\_\_ a maintenu l'attestation d'une incapacité de travail totale jusqu'au 30 juin 2007, puis a attesté une incapacité de travail de 50% dès le 1<sup>er</sup> juillet 2007. L'assuré a effectivement repris le travail à mi-temps à cette date. Le 19 juillet 2007, le docteur Q. \_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la CNA, spécialiste en chirurgie, a pratiqué un examen clinique et constaté une plaie d'environ 1 cm de diamètre, suintant un peu, sur la face interne du tiers moyen de la jambe droite. Le tiers distal de cette jambe était discrètement élargi par un œdème chronique. Le docteur Q. \_\_\_\_\_ a attesté une incapacité de travail totale et adressé l'assuré au docteur N. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, pour que celui-ci examine l'opportunité de faire un lambeau loco-régional pour couvrir la plaie. Le docteur Q. \_\_\_\_\_ a précisé que la responsabilité de la CNA restait engagée dès lors que la plaie n'était pas refermée (rapport du 19 juillet 2007). Le docteur N. \_\_\_\_\_ a proposé la poursuite d'un traitement conservateur, mais n'excluait pas qu'une correction chirurgicale devrait être envisagée à moyen terme (rapport du 30 octobre 2007). Le 6 décembre 2007, le docteur Q. \_\_\_\_\_ a adressé l'assuré à la doctoresse V. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique. Celle-ci a constaté une cicatrice instable sur le versant antéro-interne du mollet avec un pied correctement vascularisé. La cicatrice était traversée longitudinalement par un sillon très profond, où elle se réouvrait régulièrement. L'assuré avait également décrit des douleurs électrisantes dans le territoire du nerf saphène interne. La doctoresse V. \_\_\_\_\_ a considéré qu'il convenait d'exciser la surface de la cicatrice et de la recouvrir par un lambeau de qualité correcte (rapport du 12 décembre 2007). Le 19 février 2008, C. \_\_\_\_\_ s'est soumis à une opération de débridement large et de couverture de la plaie par un lambeau musculaire du jumeau interne, avec une greffe de peau mince. Le docteur N. \_\_\_\_\_ a pratiqué l'intervention. Lors d'une consultation du 28 avril 2008, la doctoresse V. \_\_\_\_\_ a constaté qu'une petite plaie subsistait sur la partie distale du lambeau; le docteur N. \_\_\_\_\_ espérait une cicatrisation per secundam. Par ailleurs, l'assuré a fait part à la doctoresse V. \_\_\_\_\_ de douleurs et de dysesthésies dans le territoire du nerf sural. La doctoresse V. \_\_\_\_\_ a considéré que ces dysesthésies diminueraient et a prescrit des séances d'ergothérapie. Elle a confirmé la reprise du travail à 50% dès le 13 mai 2008, comme l'avait proposé le docteur N. \_\_\_\_\_, en précisant que l'assuré devait porter des chaussures orthopédiques, quand bien même il pouvait éprouver des sensations bizarres, voire douloureuses, sur la face externe du pied. La stimulation par le port d'une chaussure orthopédique constituait en effet le meilleur traitement et correspondait à une ergothérapie. C. \_\_\_\_\_ a effectivement repris le travail à 50% dès le

13 mai 2008 (rapport du 7 mai 2008 au docteur N. \_\_\_\_\_). Le docteur M. \_\_\_\_\_ a toutefois attesté une nouvelle incapacité de travail totale dès le 28 mai 2008 en raison d'une augmentation des douleurs et de l'ulcère sur la plaie du tibia droit. Le 4 juin 2008, C. \_\_\_\_\_ a adressé une demande de prestations à l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Vaud (ci-après : l'OAI). Le 1<sup>er</sup> septembre 2008, il a repris son activité à un taux de 25%, à un poste sans activité physique (chef de deux équipes de rénovation, avec pour tâches l'organisation et la surveillance du travail, ainsi que la gestion du stock de matériaux nécessaires). Le 24 novembre 2008, le docteur N. \_\_\_\_\_ a invité la doctoresse T. \_\_\_\_\_, médecin associée au Service de [...] du Centre hospitalier D. \_\_\_\_\_, à convoquer l'assuré à sa consultation pour un avis et une prise en charge. En effet, celui-ci avait subi une reconstruction d'un défaut cutané sur la face antérieure de la jambe droite. La reconstruction avait été réalisée par un lambeau du muscle jumeau interne. Malgré une dénervation de ce muscle par section de son nerf proximale, ce dernier avait recommencé à se contracter et provoquait des douleurs régulières à la marche. La question d'infiltrations de botox se posait. Le 20 mars 2009, la doctoresse T. \_\_\_\_\_ a examiné l'assuré, qui lui a fait part des plaintes suivantes : «1. A chaque mouvement de contraction dès la loge postérieure une forte douleur au niveau du lambeau musculaire et au niveau de l'insertion de la partie médiane du jumeau interne du membre inférieur D. 2. Des paresthésies et dysesthésies dans le territoire du nerf sciatique interne au niveau de la face latérale du pied et de la malléole. 3. Des douleurs de la cheville.» La doctoresse T. \_\_\_\_\_ a notamment constaté une cicatrice large et calme au niveau de la face antérieure du tibia. Sous la peau, bien visible, le lambeau musculaire se contractait à chaque mouvement de flexion plantaire. La contraction déclenchait une forte douleur. La force et les réflexes étaient normaux. La doctoresse T. \_\_\_\_\_ a procédé à des injections de toxine botulique et a adressé l'assuré au docteur R. \_\_\_\_\_, à [...], pour un traitement d'acupuncture (rapport du 25 mars 2009 à l'intention du docteur N. \_\_\_\_\_). Le docteur Q. \_\_\_\_\_ a examiné l'assuré le 8 juillet 2009 et constaté l'échec des injections de toxine botulique ainsi que de l'acupuncture. Il a adressé l'assuré à la Clinique H. \_\_\_\_\_ (ci-après : Clinique H. \_\_\_\_\_) en vue de mesures de réadaptation centrées sur la douleur (rapport du 8 juillet 2009). C. \_\_\_\_\_ y a séjourné du 14 octobre au 25 novembre 2009. Il s'est notamment soumis à un examen électroneuromyélographique (ENMG), le 21 octobre 2009. Le docteur S. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, qui a pratiqué cet examen, a notamment observé ce qui suit, dans un rapport du 23 octobre 2009 : «[...] Le siège des dysesthésies douloureuses est double. Il s'agit d'abord du territoire sural et le bilan neurographique atteste d'une atteinte tronculaire du sural par axonotmésis partielle de l'ordre de 60% environ par rapport au côté opposé. L'autre concerne la région cicatricielle sur la face antéro-interne proximale de la jambe, où un lambeau est en place, contractile lors de la mise en jeu du jumeau interne. Le territoire du tibial postérieur paraît indemne. Celui du péronier commun présente quelques signes d'axonotmésis en partie anciens et séquellaires. [...]» Un suivi psychiatrique a été mis en place pendant le séjour à la Clinique H. \_\_\_\_\_, résumé comme suit dans un rapport du 24 novembre 2009 de la doctoresse L. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie : «[ Anamnèse ] Les plaintes actuelles concernent d'une part l'irritabilité et la tension intérieure, d'autre part les conflits familiaux, avec le fils, notamment, et les problèmes financiers actuels. Le problème de la jambe et les douleurs est également évoqué. A l'observation, on est face à un homme de 40 ans paraissant plus âgé, à la carrure massive, qui présente un tremblement céphalique et un mouvement involontaire répétitif de la jambe gauche. Le contact s'établit d'une manière collaborative, authentique.

La thymie est abaissée, le patient mentionne avoir eu des idées noires sans projet précis. Il mentionne des épisodes anxieux occasionnels, mais se plaint avant tout de son irritabilité, qui l'amène à être désagréable avec son entourage, ce qui le culpabilise par la suite. Aucun élément évocateur d'un trouble anxieux spécifique, d'un trouble psychotique ou d'un trouble manifeste de la personnalité n'est mentionné. Une consommation modérée d'alcool est reconnue. Diagnostic Trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive (F43.22) Appréciation Ce patient présente un problème datant de 3 ans au niveau de sa jambe droite, associé à une symptomatologie douloureuse intense. Le retentissement psychologique est à l'origine d'une réaction anxiodépressive, justiciable d'un traitement thymoleptique, d'un suivi psychologique durant le séjour et d'une initiation à la relaxation. Divers éléments de surcharge contribuent au maintien de la souffrance psychique du patient : inquiétude par rapport à son avenir professionnel, qui apparaît très précaire, problèmes psychiques de l'épouse, conflit majeur avec le fils aîné. Cette situation semble avoir outrepassé les ressources du patient, déjà malmené par un vécu très traumatisant datant de la guerre en Bosnie. Une réelle volonté de progresser est néanmoins perceptible et devrait être soutenue au mieux. Evolution durant le séjour (C. Favre) Le patient a bénéficié d'un suivi psychothérapeutique au cours de son séjour. il a pu dire ses soucis, ses doutes, sa peur de se retrouver si différent d'avant, plus nerveux, irritable. Il a exprimé une certaine colère par rapport à son histoire et à son histoire médicale avec le sentiment d'avoir été trompé. La thérapie l'a aidé à retrouver un peu de confiance et à soutenir ses ressources adaptatives. Le patient souhaite continuer un suivi psychothérapeutique. Il se sait encore fragile. L'incertitude pour son avenir demeure importante et il sait qu'il va être confronté à des décisions difficiles pour lui.» Enfin, dans le rapport de sortie qu'ils ont établi le 29 décembre 2009, les docteurs U.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réhabilitation, et J.\_\_\_\_\_, médecin-assistant, ont posé les diagnostics suivants : «  
DIAGNOSTIC PRIMAIRE - Thérapies physiques et fonctionnelles (Z 50.1)  
DIAGNOSTICS SECONDAIRES - Plaie du tibia proximal droit (T 93.0) sur chute le 20.12.2006, avec cicatrice instable - Débridement large de la plaie et couverture par un lambeau musculaire du jumeau interne et une greffe de peau mince (Z 98.8) le 19.02.2008 - Neuropathie du nerf sural droit (G 62.9) - Neuropathie du nerf péronier commun droit (G 62.9) CO-MORBIDITE - Le 02.04.1993 : plaie par arme à feu avec fracture du tibia et du péroné droits opérée à 3 reprises (T 93.0) - Trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive, d'intensité plutôt légère (F43.22)» Ils ont présenté leurs observations sur la capacité de travail de l'assuré, puis un résumé de la situation, comme suit : «Ce patient d'origine bosniaque est en Suisse depuis 2000 et exerce la profession d'aide-serrurier. Après la convocation de l'AI et la discussion avec son patron, il travaille comme chef de chantier, à 25%. La reprise de son activité actuelle n'est, pour l'instant, pas envisageable. De plus, le travail de chef de chantier nécessite des chaussures de sécurité que le patient ne peut pas supporter en raison des douleurs neurogènes du pied. La situation médicale n'est pas encore stabilisée. Une infiltration du nerf sural et une éventuelle neurotomie ont été proposées et un rendez-vous chez la Dresse V.\_\_\_\_\_, le 04.01.2010 est prévu. Au vu du contexte et des facteurs non médicaux, qui semblent influencer négativement le pronostic nous recommandons la plus grande prudence dans la pose de l'indication à toute nouvelle chirurgie. Nous prolongeons l'incapacité de travail à 100% jusqu'au rendez-vous chez la Dresse V.\_\_\_\_\_, et une réévaluation de la capacité de travail sera nécessaire après les nouvelles données médicales. Le pronostic d'une reprise de l'ancienne activité est cependant très réservé. Par contre, dans une activité adaptée

essentiellement sédentaire avec de petits déplacements et sans port de lourdes charges, il existe une pleine capacité de travail. En résumé : Il s'agit d'un patient ayant eu une chute au travail le 20.12.2006, avec cicatrice instable du tibia proximal droit. La prise en charge multidisciplinaire n'a pas amené de diminution des douleurs. La situation médicale n'est pas encore stabilisée. Le patient a pris contact avec son chirurgien qui a déjà organisé des examens complémentaires et un rendez-vous chez la Dresse V.\_\_\_\_\_ est prévu le 04.01.2010 pour un avis spécialisé. Nous prolongeons l'incapacité de travail jusqu'à ce rendez-vous et une réévaluation sera nécessaire, selon l'évolution. Le pronostic d'une reprise de l'ancienne activité est réservé mais dans une activité adaptée il existe une pleine capacité de travail.» Les médecins de la Clinique H.\_\_\_\_\_ ont adressé l'assuré à la doctoresse G.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, pour le suivi de l'assuré après sa sortie de la clinique, à raison d'une consultation tous les quinze jours environ (rapport du 30 mars 2010). Pour sa part, la doctoresse V.\_\_\_\_\_ a examiné l'assuré le 4 janvier 2010 et a considéré que les douleurs du nerf sural, qui étaient au premier plan, découlaient de la mise sous tension de ce nerf par la bascule du lambeau. Elle a estimé qu'une neurotomie ne ferait qu'aggraver les douleurs et qu'une dénervation du jumeau interne transféré, dans le but de le paralyser, entraînerait une atrophie du muscle, avec le risque que le lambeau ne soit plus suffisant pour couvrir la cicatrice. Elle a également rappelé que des injections de botox n'avaient pas entraîné de diminution des douleurs et précisé qu'une dénervation du jumeau interne ne changerait pas les douleurs induites par la mise sous tension du nerf sural. La doctoresse Bonnard en concluait à l'absence d'indication opératoire. Elle estimait la capacité de travail de l'assuré à 50% dans son métier, étant précisé que le port de chaussures de protection à la demi-journée était exigible, et à 100% dans un métier adapté sans port de chaussures de sécurité (rapport du 6 janvier 2010). A l'inverse de la doctoresse V.\_\_\_\_\_, le docteur N.\_\_\_\_\_ a proposé, dans un rapport du 26 janvier 2010 au docteur Q.\_\_\_\_\_, de sectionner complètement l'insertion du muscle jumeau de façon à inhiber ses contractions et réduire les douleurs du mollet. Le docteur Q.\_\_\_\_\_ a réexaminé l'assuré le 10 février 2010, en procédant aux constatations cliniques suivantes : «A l'examen clinique, on est en présence d'un patient faisant plus que son âge, très solidement constitué, à la thymie modérément abaissée, manifestement anxieux, qui présente un mouvement involontaire répétitif de la jambe gauche lorsqu'il est assis, mais qui n'a pas de limitation fonctionnelle majeure. Objectivement, la jambe droite a une bonne trophicité. Les téguments sont continus et de bonne qualité. Le lambeau locorégional est bien incorporé. Il se contracte en flexion plantaire. On note d'importantes dysesthésies dans le territoire du nerf sural. Il y a donc une certaine discordance entre le vécu douloureux du patient et une situation qui, objectivement, n'a rien de catastrophique.» Lors de cet examen, l'assuré s'est montré très «remonté» contre le docteur N.\_\_\_\_\_, estimant qu'il n'aurait jamais dû l'opérer et manifestant son intention de se retourner contre lui «à la liquidation du cas». Au terme de son rapport, établi le jour de l'examen, le docteur Q.\_\_\_\_\_ a considéré qu'il valait mieux s'abstenir de toute intervention complémentaire sur la jambe droite, mais qu'une stimulation médullaire était envisageable, en lieu et place de la prise d'opiacés et de tranquillisants à hautes doses. Il a adressé l'assuré au docteur Z.\_\_\_\_\_, médecin-chef au Service [...] de l'Hôpital E.\_\_\_\_\_, à [...], afin d'étudier cette possibilité. Dans un rapport du 1 er juin 2010 au docteur Q.\_\_\_\_\_, le docteur Z.\_\_\_\_\_ a exposé que l'indication théorique à une stimulation médullaire était posée, mais que le patient ne voulait pas en entendre parler, d'une part, et que le contexte psychologique dans lequel celui-ci se trouvait était

défavorable, d'autre part. En effet, il se montrait virulent, découragé et revendicateur, indiquant qu'il souhaitait entreprendre des démarches juridiques pour «faire payer ceux qui ont créé les douleurs dont il souffre». Enfin, les douleurs avaient également une composante mécanique qui ne serait pas influencée par le traitement. Il s'agissait de prémisses évidemment défavorables et le docteur Z.\_\_\_\_\_ indiquait avoir de grandes réserves, comme le médecin traitant (docteur M.\_\_\_\_\_ ) et le docteur Q.\_\_\_\_\_, pour toute mesure invasive. Le docteur Q.\_\_\_\_\_ a revu l'assuré le 12 août 2010 et a procédé aux constatations cliniques ainsi qu'à l'appréciation suivantes : « EXAMEN CLINIQUE : [...] Membres inférieurs : Lorsqu'il est assis, le patient présente un mouvement involontaire, répétitif, de la jambe gauche, qui a tendance à s'étendre à la tête. La marche, pieds nus dans la salle d'examen, s'effectue sans boiterie, avec aisance. La marche sur la pointe des pieds sur les talons est bien réalisée. La station monopodal droite est soutenue. L'accroupissement est assez profond, symétrique, les talons décollent bien du sol, le relèvement est aisé. En station debout, le patient se tient en charge équivalente des membres inférieurs qui paraissent bien axés. Il n'y a pas d'amyotrophie significative de la cuisse droite. En décubitus dorsal, le genou droit s'étend complètement. Il est calme. Il a une flexion complète. Il n'y a pas de laxité pathologique. Le quadriceps a un excellent tonus et une très bonne force. La jambe droite a une bonne trophicité avec des téguments continus et de bonne qualité. Sur sa face interne, le lambeau locorégional est bien incorporé. Il est tout à fait calme. Il présente quelques contractions involontaires lors des mouvements de la cheville. La cheville est également calme. Elle a de bonnes amplitudes articulaires. Le patient décrit d'importantes dysesthésies dans le territoire du nerf sural mais il n'y a pas de zone clairement allodymique. Le tannage plantaire est conservé, symétrique.

APPRECIATION : [...] Actuellement, le patient se plaint de vives brûlures sur le dos du pied et dans une moindre mesure sur la face interne de la jambe droite. Il souligne que le port de chaussures rigides les aggrave. Il commence aussi à souffrir de l'autre jambe qui se met à trembler de manière incoercible lorsqu'il n'y prête pas attention. Il aurait aussi un mouvement répétitif de la tête que sa femme a observé. [résumé des constatations cliniques]

On ne peut que répéter encore une fois qu'il y a une certaine discordance entre le vécu douloureux du patient et une situation qui, objectivement, n'a rien de catastrophique. D'un point de vue thérapeutique, il faut sûrement en rester là et aider le patient à diminuer progressivement sa médication antalgique et anxiolytique. D'un point de vue somatique, il est clair qu'il conserve une pleine capacité de travail dans une activité plutôt sédentaire. Si on se réfère à la table 2 du barème de l'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA, détail n° 2870/2f.-2000 et à l'annexe 3 OLAA, un taux de 10% peut être retenu, en présence d'une perte fonctionnelle de 20% du [membre inférieur droit] (20% de 50% = 10%). Une réduction de 50% est justifiée en raison de l'état antérieur du patient. L'atteinte à l'intégrité est donc de 5%. A ces 5%, il convient d'ajouter 5% en relation avec un certain dommage esthétique induit par la confection du lambeau et 5 autres % en relation avec l'atteinte tronculaire du nerf sural qui est venu compliquer le traitement. L'atteinte à l'intégrité totale se monte ainsi à 15%.» Le 23 août 2010, les docteurs K.\_\_\_\_\_, médecin praticien, et X.\_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie, tous les deux médecins au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), ont pris position sur la base du dossier et considéré que l'assuré disposait d'une capacité résiduelle de travail de 50% dans son activité professionnelle habituelle, et de 100% dans une activité essentiellement sédentaire avec de petits déplacements et sans port de charges lourdes, depuis le 13 mai 2008. Le 27 octobre 2010, le service de réadaptation de l'OAI a eu un

entretien avec l'employeur de l'assuré, qui a déclaré être disposé à confier à ce dernier des tâches d'intendance dans le parc immobilier dont il était propriétaire, mais à temps partiel seulement (30%). De son point de vue, la capacité de travail retenue par le SMR n'était pas réaliste au vu des douleurs de l'assuré. A la suite de cet entretien, l'OAI a alloué à l'assuré une mesure d'ordre professionnel sous la forme d'un stage d'observation chez L.\_\_\_\_\_SA, à un taux de 30%, pour la période du 1<sup>er</sup> novembre au 31 décembre 2010, en considérant qu'une telle mesure permettrait une reprise du travail progressive. Le 5 novembre 2010, la doctoresse G.\_\_\_\_\_ a établi un rapport à l'OAI, dans lequel elle a posé les diagnostics de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive, de degré moyen (F43.2) et de plaie de la jambe droite et neuropathie, depuis 2009. Elle a précisé que l'assuré suivait un traitement ambulatoire auprès d'elle depuis le 8 décembre 2009. Les manifestations anxio-dépressives étaient apparues progressivement à la suite des différents événements stressants et des changements dans sa vie, en particulier de la persistance de ses douleurs et de ses difficultés à reprendre ses activités professionnelles. Ses douleurs intenses avaient eu une répercussion sur son moral. Durant l'hospitalisation à la Clinique H.\_\_\_\_\_ de la CNA du 14 octobre au 25 novembre 2009, il avait bénéficié d'une évaluation psychiatrique, d'un soutien psychothérapeutique et de séances de relaxation. La thérapie l'avait aidé à retrouver un peu de confiance en lui et à soutenir ses ressources adaptatives. En juillet 2010, il s'était rendu dans son pays pour assister à la cérémonie consacrée aux victimes des massacres dans son pays. Les ossements de son père et de ses frères n'avaient pas encore été retrouvés. A cette occasion, il avait connu une reviviscence de ses souvenirs anciens après les souffrances psychiques. Du point de vue psychique, les plaintes actuelles de l'assuré étaient les suivantes : irritabilité, doutes et peur de ne plus retrouver ses capacités physiques de jadis, colère envers les chirurgiens, sentiment d'être trahi, regrets, inquiétude pour son avenir professionnel, manque d'énergie, fatigue chronique, perte d'espoir, baisse de l'estime de soi, tristesse au réveil, angoisse, rumination, envie de pleurer, vie vide qui n'a pas de sens, troubles du sommeil, céphalées, nervosité, tension interne, difficultés de concentration, oublis, peur que le pire lui arrive et peur de devenir handicapé. La doctoresse G.\_\_\_\_\_ a par ailleurs fait part de ses constatations cliniques, à savoir : «[...] Il présente une humeur dépressive avec des idées suicidaires mais sans scénario, un sentiment d'impuissance et des difficultés à faire face à sa situation actuelle. Plusieurs éléments de surcharge psychique sont à relever : les douleurs persistantes, un avenir professionnel flou, les soucis financiers, la maladie psychique de son épouse, etc. Aucune symptomatologie psychotique n'est observée. Il exprime son désir de reprendre une activité professionnelle. Il fait des efforts et entreprend des démarches pour reprendre une vie normale mais semble découragé et limité par ses douleurs. Il a l'impression d'être rejeté et abandonné par les soignants. Il n'a pas de projet professionnel compte tenu de ses douleurs chroniques et de sa fatigue, de son manque de formation et d'expérience professionnelles.» Selon la doctoresse G.\_\_\_\_\_, le pronostic était celui d'une évolution favorable, mais lente. La capacité de travail était nulle dans la profession d'ouvrier de chantier, en raison des douleurs chroniques au niveau de la jambe, entraînant une diminution de sa capacité d'adaptation professionnelle, avec des répercussions sur le moral de l'assuré. Cela se manifestait au travail par une diminution de la capacité à faire face au stress, ainsi qu'un manque d'énergie et d'initiative. On pouvait néanmoins espérer une probable amélioration des symptomatologies psychiques après un traitement de longue durée, qui permettrait une adaptation de l'assuré à ses capacités physiques. On pourrait en attendre une amélioration de la capacité de travail à 50% en fonction de l'état de santé

physique. L'assuré avait encore des ressources psychiques, mais avait besoin d'aide pour retrouver une nouvelle activité professionnelle adaptée à son état. Le 27 janvier 2011, le docteur K. \_\_\_\_\_, médecin au SMR, a pris position sur le dossier, notamment sur le dernier rapport médical établi par la doctoresse G. \_\_\_\_\_. Il a considéré que le trouble de l'adaptation ne revêtait pas un caractère de gravité de nature à entraîner une incapacité de travail du point de vue de l'assurance-invalidité, et que la psychiatre traitant avait attesté une incapacité de travail de 50% essentiellement en fonction de limitations physiques et non psychiques. Par décision du 15 mars 2011, la CNA a mis fin, avec effet au 30 avril 2011, au paiement d'une indemnité journalière et à la prise en charge du traitement médical. Le 1<sup>er</sup> avril 2011, la CNA a par ailleurs alloué à l'assuré une rente fondée sur un taux d'invalidité de 24%, dès le 1<sup>er</sup> mai 2011, ainsi qu'une indemnité pour une atteinte à l'intégrité de 15%. Pour sa part, l'OAI a adressé à l'assuré, le 16 mars 2011, un projet d'allocation d'une rente entière limitée dans le temps, pour la période du 1<sup>er</sup> février au 31 août 2008. L'assuré a contesté la décision du 15 mars 2011 de la CNA et le projet de décision du 16 mars 2011 de l'OAI. Il a accepté de suivre une nouvelle mesure d'observation professionnelle, sous la forme d'un stage d'évaluation au Centre F. \_\_\_\_\_ (ci-après : Centre F. \_\_\_\_\_), du 30 juin au 31 août 2011. Après un peu moins de trois semaines de stage, il a toutefois convenu avec ses maîtres de stage de poursuivre à mi-temps, soit l'après-midi seulement. Dans ce contexte, le docteur M. \_\_\_\_\_ s'est adressé à l'OAI le 18 juillet 2011 pour l'informer de cette diminution du taux d'activité, en précisant qu'il ne l'estimait pas justifiée. Par décision sur opposition du 25 juillet 2011, la CNA a confirmé l'allocation d'une rente fondée sur un taux d'invalidité de 24% dès le 1<sup>er</sup> mai 2011. Elle a considéré que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité allouée par décision du 15 mars 2011 ne faisait l'objet d'aucune contestation. Par ailleurs, toujours selon la CNA, il n'y avait pas de lien de causalité adéquate entre les atteintes à la santé psychique de l'assuré et l'accident du 20 décembre 2006. Elle n'avait donc pas à en répondre. En ce qui concernait les atteintes à la jambe droite de l'assuré, elles ne l'empêchaient pas d'exercer une activité lucrative dans une profession adaptée, à 100%, ce qui lui permettrait de réaliser un revenu excluant un taux d'invalidité supérieur à 24%. Le 30 août 2011, les maîtres de stage de l'assuré au Centre F. \_\_\_\_\_ ont établi un rapport au terme duquel ils concluent à une capacité de rendement de 80%, dans une activité exercée à mi-temps, lui permettant de changer constamment de position et de ne travailler que les après-midi. Ils ont notamment observé ce qui suit : «Dès le premier jour, Monsieur C. \_\_\_\_\_ est arrivé avec des douleurs à la jambe. il n'a pas été observé en mécanique ni en soudage et polissage, en raison de son problème physique. L'horlogerie aurait pu être observée, mais le fait qu'il ne puisse pas rester assis plus d'une heure a fait que cette option a aussi été écartée. Durant ce stage, des problèmes de vue (de loin et petites pièces) sont apparus. Il a de bonnes facultés manuelles, mais le fait de venir toute la journée et ceci malgré la possibilité de pouvoir bouger en travaillant debout ou assis, de fortes douleurs l'empêchent réellement d'avoir un rendement. Nous avons pris la décision de faire venir Monsieur C. \_\_\_\_\_ uniquement les après-midi. Cet essai s'est avéré une bonne solution, car il a besoin de beaucoup de temps le matin pour que sa jambe soit un tant soit peu opérationnelle, et le fait de venir travailler les après-midi a fait que son rendement a augmenté et ses douleurs sont restées stables. En constatant que le domaine de la logistique ne lui convient pas, nous avons axé nos évaluations sur la technique plutôt manuelle. C'est là que Monsieur C. \_\_\_\_\_ a démontré des facilités dans le domaine de l'électrotechnique câblage ainsi que dans le contrôle qualité. Ses lacunes en informatique et en mathématiques l'empêchent de comprendre certains termes techniques de base, mais dès que l'exercice est

compris (par des exemples concrets), Monsieur C. \_\_\_\_\_ effectue des travaux de bonne qualité. Il doit constamment changer de position, mais reste toujours à sa place. [...] En résumé, Monsieur C. \_\_\_\_\_ peut effectuer des travaux de qualité avec ses mains. La formation risque d'être compliquée, en raison de grosses difficultés scolaires de base, puis en informatique (pour les domaines du contrôle qualité et de l'électrotechnique câblage), et en raison également de sa pathologie contraignante. S'il devrait suivre une formation à plein temps, des absences dues à des douleurs sont à craindre. Monsieur C. \_\_\_\_\_ aimerait retravailler, car il aime faire quelque chose avec ses mains. Conscientieux et courtois, Monsieur C. \_\_\_\_\_ est une personne réservée.» Les maîtres de stage ont finalement proposé une formation dans la filière «Contrôle mécanique», d'une durée de 5 mois et demi à 100%, avec un appui théorique en mathématiques. Ils ont néanmoins précisé qu'une autre proposition avait été formulée par l'employeur, qui serait prêt à l'engager à 50% pour des travaux simples et sans force ni port de charge, avec un horaire adapté. Lors d'un entretien de l'OAI avec l'assuré, après ce rapport de stage, ce dernier a précisé que son employeur était disposé à l'engager à 50% dans l'entretien des bâtiments, mais qu'il souhaitait que l'OAI garantisse qu'il pouvait travailler à 50%. L'OAI a rappelé lors de cet entretien que l'employeur avait refusé de l'employer à plus de 30%, malgré les explications qui lui avaient été données relatives à une pleine capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée. Le 7 septembre 2011, le docteur M. \_\_\_\_\_ a écrit à l'OAI, après avoir revu l'assuré le 5 septembre 2011. Celui-ci s'était montré très revendicateur. Dans un tel contexte de trouble psychique et de la personnalité, qui avait marqué l'ensemble de sa difficile prise en charge médicale depuis la fin des années 90, le patient s'accrochait aux conclusions du bilan socioprofessionnel réalisé au Centre F. \_\_\_\_\_, relatif à un rendement de 80% pour un taux de présence de 50%. Le docteur M. \_\_\_\_\_ lui avait expliqué que ce bilan était indicatif et que sa capacité de travail serait évaluée par ses médecins selon les spécificités du travail qu'on pourrait lui demander de faire. Le patient l'avait alors menacé «d'avoir des problèmes avec [son] avocat [...]» et de s'en prendre «à sa famille ou moi-même ou d'autres» si on lui reconnaissait une capacité de travail supérieure à 50%. Dans une telle situation, le docteur M. \_\_\_\_\_ lui avait expliqué que seul un médecin neutre expert ou de l'assurance-invalidité pourrait quantifier ses capacités professionnelles; il remerciait l'OAI «de réaliser rapidement toutes les mesures nécessaires à une telle appréciation». Le 22 octobre 2011, la doctoresse G. \_\_\_\_\_ a écrit à l'OAI que l'assuré ne s'était pas présenté à son rendez-vous du mois de novembre 2010 et qu'il n'était plus revenu à sa consultation depuis le 25 octobre 2010. Dans une prise de position du 26 octobre 2011, le docteur K. \_\_\_\_\_ a considéré que le docteur M. \_\_\_\_\_ avait refusé d'attester une incapacité de travail de 50% pendant le stage au Centre F. \_\_\_\_\_ et que l'assuré n'avait plus suivi de traitement psychiatrique depuis le mois d'octobre 2010. Il en concluait que ses constatations du 23 août 2010 relatives à une pleine capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée restaient d'actualité. Le 21 décembre 2011, le spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI, en charge du dossier de C. \_\_\_\_\_, a exposé qu'au vu du rapport de stage au Centre F. \_\_\_\_\_, l'assuré possédait une bonne dextérité manuelle qui lui permettait de s'adapter rapidement à une nouvelle tâche manuelle. Mais ses faibles aptitudes en mathématiques et en informatique, ses lacunes importantes à l'écrit ainsi que dans les connaissances scolaires de base, ne permettaient pas d'envisager une mesure de reclassement professionnelle. Le 16 mars 2012, l'assuré a produit un contrat de travail conclu le 28 février 2012 avec L. \_\_\_\_\_ SA. Selon ce contrat, il était engagé à 50%, pour un salaire de 2'800 fr. par mois (treize fois l'an), à un poste de gardien de station

de lavage. L'horaire de travail faisait l'objet d'une adaptation spéciale en fonction des limitations fonctionnelles de l'employé, les heures de travail étant réparties sur l'après-midi et en fin de journée. Par décision du 19 mars 2012, l'OAI a alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité pour la période du 1<sup>er</sup> février au 31 août 2008. Il considérait que depuis cette dernière date, le droit à la rente n'était plus ouvert, l'assuré ayant recouvré une capacité de travail dans une activité adaptée, soit une activité essentiellement sédentaire, avec de petits déplacements et sans port de charges lourdes, dès le 13 mai 2008. Dans une telle activité, il pourrait réaliser un revenu équivalent à 72% du revenu qu'il aurait réalisé sans atteinte à la santé, ce qui conduisait à fixer son taux d'invalidité à 28%. B. a) Le 7 septembre 2011, C.\_\_\_\_\_ a interjeté un recours de droit administratif contre la décision sur opposition rendue le 25 juillet 2011 par la CNA. Il conclut au renvoi de la cause à la CNA pour instruction complémentaire, notamment au moyen d'une expertise pluridisciplinaire, et nouvelle décision, sous suite de frais et dépens. Ce recours fait l'objet de la présente procédure. Dans sa réponse au recours du 12 décembre 2011, la CNA a conclu au rejet du recours. Le recourant s'est déterminé à nouveau le 26 novembre 2012, en maintenant ses conclusions. b) Entre-temps, le 26 avril 2012, C.\_\_\_\_\_ a interjeté un recours de droit administratif contre la décision du 19 mars 2012 de l'OAI. Ce recours fait l'objet d'un jugement séparé de ce jour, dans la cause AI 90/12. c) Le 20 décembre 2013, le tribunal a informé les parties du fait que les pièces produites dans la cause AI 90/12 seraient versées au dossier de la procédure de recours contre la décision sur opposition rendue le 25 juillet 2011 par la CNA et qu'elles pouvaient être consultées au greffe. E n d r o i t : 1. a) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par les art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36). Cette loi attribue à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal la compétence pour statuer sur les recours interjetés conformément aux art. 56 ss LPGA (cf. art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). b) Le recours a été déposé dans les trente jours dès la notification de la décision litigieuse (art. 60 al. 1 LPGA) et respecte les autres conditions de recevabilité. Il convient donc d'entrer en matière. 2. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-accidents, plus précisément sur le taux d'invalidité du recourant. 3. a) L'assuré invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite d'un accident a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents; RS 832.20]). Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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 (art. 16 LPGA). Selon l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme; le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (al. 1). Le droit à la rente s'éteint lorsque celle-ci est remplacée en totalité par une indemnité en capital, lorsqu'elle est rachetée ou lorsque l'assuré décède (al. 2). Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur la naissance du droit aux rentes lorsque l'on ne peut

plus attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré, mais que la décision de l'assurance-invalidité quant à la réadaptation professionnelle intervient plus tard (al. 3). En se fondant sur cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a adopté l'art. 30 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents; RS 832.202) qui, sous le titre "Rente transitoire", prévoit ceci : 1. Lorsqu'on ne peut plus attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré, mais que la décision de l'AI concernant la réadaptation professionnelle n'interviendra que plus tard, une rente sera provisoirement allouée dès la fin du traitement médical; cette rente est calculée sur la base de l'incapacité de gain existant à ce moment-là. Le droit s'éteint : a. dès la naissance du droit à une indemnité journalière de l'AI; b. avec la décision négative de l'AI concernant la réadaptation professionnelle; c. avec la fixation de la rente définitive. 4. En l'espèce, l'intimée a considéré que sans atteinte à la santé, le recourant aurait réalisé un revenu de 77'896 fr. en 2011 s'il n'avait pas subi l'accident assuré. Cette constatation repose sur les renseignements communiqués par L. \_\_\_\_\_ SA. Il n'y a pas lieu de s'en écarter, le recourant ne la contestant d'ailleurs pas. 5. a) L'intimée a considéré, ensuite, que l'état de santé du recourant était stabilisé en mai 2011 et que le recourant dispose depuis lors d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à son état de santé, c'est-à-dire dans une activité essentiellement sédentaire, avec de petits déplacements et sans port de charges lourdes. L'intimée admet que cette limitation découle des atteintes à la jambe droite du recourant; elle soutient, en revanche, qu'hormis cette limitation, le recourant ne subit pas d'incapacité de travail, notamment qu'il peut encore travailler à plein temps dans une activité adaptée. Les éventuelles conséquences d'une atteinte à la santé psychique n'ont pas à être prise en charge par l'intimée, dès lors qu'elles sont sans rapport de causalité avec l'accident assuré. Le recourant conteste ce point de vue. Il allègue qu'il ne dispose pas d'une capacité de travail supérieure à 50% dans une activité adaptée, compte tenu des atteintes subies à sa jambe droite. Il ne peut notamment pas, selon ses allégations, travailler à plus qu'un mi-temps. Il se réfère, sur ce point, aux constatations de ses maîtres de stage du Centre F. \_\_\_\_\_, dans le rapport qu'ils ont établi le 30 août 2011, ainsi qu'aux attestations d'incapacité de travail délivrées entre 2008 et 2011 par le docteur M. \_\_\_\_\_. Par ailleurs, une expertise psychiatrique serait nécessaire pour établir l'origine et l'influence éventuelle d'atteintes à sa santé psychique sur sa capacité de travail. Enfin, la décision de la CNA aurait été rendue prématurément, avant le résultat du stage professionnel au Centre F. \_\_\_\_\_ et avant que toute la lumière ait été faite sur son état de santé. b) L'art. 61 let. c LPGA prescrit au juge d'établir les faits avec la collaboration des parties et d'administrer les preuves nécessaires. Par ailleurs, la jurisprudence a déduit de l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999; RS 101), notamment, le droit pour le justiciable d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuves pertinentes (ATF 132 V 368 consid. 3.1). Ces dispositions ne confèrent cependant pas au justiciable un droit absolu à ce qu'un témoin soit entendu ou une expertise judiciaire effectuée. Le juge peut mettre un terme à l'instruction lorsqu'en se fondant sur une appréciation anticipée des preuves qui lui sont proposées, il parvient à la conclusion que celles-ci ne portent pas sur les faits pertinents ou ne seraient pas déterminantes, selon toute vraisemblance, pour constater ces faits (cf. ATF 134 I 140 consid. 5.3; TF 8C\_118/2011 du 9 novembre 2011 consid. 4.2.1, 9C\_66/2011 du 4 octobre 2011 consid. 3.3). Par ailleurs, selon le principe de libre appréciation des preuves, le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les

moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions soient bien motivées (ATF 125 V 352 ss consid. 3). c) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, 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 125 V 261 consid. 4; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Sur ces points, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de la personne assurée pendant le stage (parmi d'autres : TF 9C\_891/2012 du 5 avril 2013 consid. 3, 9C\_426/2011 du 14 décembre 2011 consid. 4.3, 9C\_854/2010 du 30 décembre 2010 consid. 3.2, 8C\_776/2009 du 19 juillet 2010 consid. 5.2, 9C\_462/2009 du 2 décembre 2009 consid. 2.4). Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 20 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39 [TF I 457/04 du 26 octobre 2004 consid. 4.1], 2001 IV n° 10 p. 27 [TF I 362/99 du 8 février 2000]); TF I 778/05 du 11 janvier 2007; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 2 ème éd. 2010, p. 348). d) En l'espèce, il est établi que, sur le plan somatique, le recourant présente un status après une plaie du tibia proximal droit le 20 décembre 2006 et débridement large de la plaie avec couverture par un lambeau musculaire du jumeau interne et une greffe de peau mince le

## **E. 19**

février 2008. Cette plaie était survenue sur une ancienne plaie par arme à feu avec fracture du tibia et du péroné droits, en 1993. Le recourant présente également une neuropathie du nerf sural droit et une neuropathie du nerf péronier commun droit. Au terme de leurs

observations lors du stage à la Clinique H. \_\_\_\_\_ de la CNA du 14 octobre au 25 novembre 2009, les docteurs J. \_\_\_\_\_ et U. \_\_\_\_\_ ont constaté que ces atteintes laissaient subsister une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, essentiellement sédentaire avec de petits déplacements et sans port de lourdes charges. Ils ont souligné que des facteurs non médicaux influençaient négativement le pronostic. Cette constatation, dûment motivée, est posée au terme d'un rapport médical prenant en considération l'anamnèse et les plaintes de l'assuré; elle a été établie en connaissance du dossier médical de l'assuré et sur la base d'examen médicaux complets. Il n'y a aucun motif de mettre en doute sa valeur probante. Les médecins de la Clinique H. \_\_\_\_\_ ont précisé qu'un traitement des douleurs était encore envisagé et que la doctoresse V. \_\_\_\_\_ verrait l'assuré le 4 janvier 2010. Ils ne considéraient donc pas que l'état de santé était stabilisé. Toutefois, la doctoresse V. \_\_\_\_\_ a exposé, dans son rapport du 6 janvier 2010, qu'il convenait de renoncer à toute mesure invasive supplémentaire, en particulier à un neurotomie du nerf sural, qui ne ferait qu'aggraver les douleurs et entraîner une atrophie du muscle jumeau interne utilisé pour couvrir la cicatrice. Une couverture insuffisante de la cicatrice pouvait en résulter. En l'état, la doctoresse V. \_\_\_\_\_ constatait une incapacité de travail de 50% dans la profession exercée précédemment par l'assuré, et de 100% dans une activité adaptée sans port de chaussures de sécurité. Ces constatations corroborent celles des médecins de la Clinique H. \_\_\_\_\_ concernant la capacité résiduelle de travail de l'assuré. Il ne s'agit pas d'une simple reprise, par la doctoresse V. \_\_\_\_\_, des constatations des docteurs J. \_\_\_\_\_ et U. \_\_\_\_\_, mais bien de sa propre appréciation, qu'elle a dûment motivée. Les constatations de la doctoresse V. \_\_\_\_\_ correspondent par ailleurs dans une large mesure à celles qu'elle avait posées dans son rapport du 7 mai 2008. Le docteur Q. \_\_\_\_\_ a lui aussi examiné l'assuré le 10 février 2010 et considéré qu'il disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Il a souligné la discordance entre le vécu douloureux du patient et une situation qui n'avait, objectivement, «rien de catastrophique». Il a partagé l'avis de la doctoresse V. \_\_\_\_\_ relatif à l'absence d'indication à toute intervention complémentaire sur la jambe droite, laissant toutefois au docteur Z. \_\_\_\_\_ le soin de déterminer l'indication à la pose d'une stimulation médullaire. Ce dernier a finalement nié l'opportunité d'un tel traitement, dont l'assuré ne voulait d'ailleurs pas. Le docteur Q. \_\_\_\_\_ a revu l'assuré le 12 août 2010 et procédé, pour l'essentiel aux mêmes observations que précédemment, soulignant qu'il était clair que l'assuré conservait une pleine capacité de travail dans une activité plutôt sédentaire. Le docteur M. \_\_\_\_\_ a exposé à l'OAI, le 18 juillet 2011, qu'il n'estimait pas justifiée la diminution du taux d'activité de l'assuré admise par les maîtres de stage du Centre F. \_\_\_\_\_. Il a, certes, attesté des périodes d'incapacité de travail entre 2008 et 2011, mais il se référait à la profession habituelle du recourant. Il n'a en revanche pas attesté d'incapacité de travail dans une activité adaptée, contrairement à ce que soutient le recourant. Finalement, le seul médecin à avoir émis un avis divergent sur la question des atteintes à la santé physique du recourant est le docteur N. \_\_\_\_\_. Celui-ci estimait en effet, en janvier 2010, qu'une intervention chirurgicale pourrait contribuer à diminuer les douleurs. Cet avis est resté isolé et l'assuré a lui-même clairement manifesté qu'il n'entendait pas se soumettre à une nouvelle intervention. Par ailleurs, le docteur N. \_\_\_\_\_ n'a posé aucune constatation qui laisserait penser qu'il estimait le recourant partiellement incapable de travailler dans une activité physiquement adaptée. D'un point de vue somatique, on doit donc admettre que l'état de santé du recourant était stabilisé au plus tard au 30 avril 2011 et qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement

médical un amélioration notable de cet état de santé. Par ailleurs, à cette époque, l'assuré disposait effectivement d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, essentiellement sédentaire, n'impliquant que peu de déplacements et n'imposant pas le port de charges. e) En ce qui concerne les atteintes à la santé psychique du recourant, les médecins de la Clinique H. \_\_\_\_\_ ont constaté un trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive. Ils ont mis en place un suivi psychiatrique pendant le séjour dans la clinique, puis adressé l'assuré à la doctoresse G. \_\_\_\_\_. Ils n'ont toutefois pas considéré que cette atteinte à la santé entraîne une incapacité de travail dans une activité physiquement adaptée. On ne peut pas davantage constater une telle incapacité de travail sur la base des rapports établis par la doctoresse G. \_\_\_\_\_. Le 5 novembre 2010, celle-ci a posé le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive, de degré moyen. Comme l'ont observé à juste titre les docteurs K. \_\_\_\_\_ et X. \_\_\_\_\_, une telle atteinte, à ce niveau de gravité, n'entraîne en principe pas d'incapacité de travail durable. La doctoresse G. \_\_\_\_\_ indique certes une incapacité de travail de 50%, mais elle semble surtout se référer, sur ce point, à l'incapacité de travail reconnue à l'assuré dans sa profession habituelle. Enfin, le recourant ne consulte plus la doctoresse G. \_\_\_\_\_ depuis le mois de novembre 2010 et ne soutient pas être suivi par un autre médecin psychiatre depuis lors. Une telle absence de consultation depuis maintenant plusieurs années est en contradiction avec ses allégations relatives à un trouble de l'adaptation et un état dépressif d'une gravité telle qu'elle entraînerait une incapacité de travail dans une activité physiquement adaptée. Enfin, indépendamment de ce qui précède, les atteintes à la santé psychique du recourant ne sont pas en relation de causalité adéquate avec l'accident assuré, comme on le verra ci-après (consid. 6). f) Le recourant se réfère au rapport du Centre F. \_\_\_\_\_, qui atteste une capacité résiduelle de travail (rendement) de 80% pour une activité adaptée exercée à mi-temps, essentiellement l'après-midi. Le rapport établi par le Centre F. \_\_\_\_\_ ne revêt toutefois qu'une faible valeur probante pour évaluer la capacité de travail résiduelle du recourant et ne met pas sérieusement en doute les constatations médicales présentées ci-avant. Les maîtres de stage au Centre F. \_\_\_\_\_ avaient essentiellement pour tâche de construire avec le recourant un projet professionnel concret, en examinant dans quel secteur professionnel il pourrait le mieux mettre à profit sa capacité résiduelle de travail, éventuellement au terme d'une mesure de reclassement. L'évaluation de la capacité résiduelle de travail en tant que telle entraine, en revanche, plutôt dans le domaine de compétence des médecins. Si les maîtres de stages du recourant avaient des doutes sur la capacité de travail attestée médicalement, il leur appartenait de chercher une concertation avec les médecins. Or, le Centre F. \_\_\_\_\_ a rapidement considéré que les plaintes exprimées par l'assuré justifiaient de réduire son taux d'activité à 50%, sans exiger aucun certificat médical ni même en référer à l'OAI. Dès lors qu'il ressort du dossier que le vécu douloureux du recourant ne correspond pas entièrement aux constatations objectives des médecins, on voit mal comment les maîtres de stage ont pu, sans autre avis médical, constater que la demande de l'assuré relative à une activité à mi-temps, exercée essentiellement l'après-midi, était médicalement justifiée. Constatant les divergences entre les constatations des maîtres de stage et l'ensemble des médecins qui s'étaient prononcés sur la capacité résiduelle de travail du recourant, l'OAI a soumis une nouvelle fois le dossier à son service médical régional, qui a considéré, malgré les observations présentées dans le rapport de stage, que sa précédente évaluation de la capacité de travail résiduelle du recourant – fondée sur les avis des médecins de la Clinique H. \_\_\_\_\_, de la doctoresse V. \_\_\_\_\_, du docteur Q. \_\_\_\_\_ et du docteur M. \_\_\_\_\_ –, restait d'actualité. Ce

point de vue est convainquant et il n'y a pas lieu de s'en écarter. Une nouvelle expertise sur le plan somatique, en l'absence de tout avis médical divergent, n'est pas davantage nécessaire qu'une expertise psychiatrique pour statuer. g) Contrairement à ce que soutient le recourant, la décision litigieuse n'était pas prématurée, compte tenu du caractère stabilisé de son état de santé et du caractère suffisamment instruit de la cause. A l'époque, la question des mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité était encore ouverte et restait à clarifier, de sorte que l'on peut, certes, se demander s'il n'aurait pas fallu allouer une rente transitoire plutôt qu'une rente définitive. On observera toutefois qu'au moment où a été rendue la décision du 1<sup>er</sup> avril 2011, qui a donné lieu à une opposition de l'assuré, l'OAI avait renoncé à des mesures de réadaptation. Ce n'est qu'ultérieurement qu'un nouveau stage professionnel a été mis en place, après que l'assuré s'était montré disposé à y participer. 6. L'intimé a nié devoir prendre en charge les conséquences des atteintes à la santé psychique du recourant, à défaut de rapport de causalité adéquate entre ces atteintes et l'accident assuré. La question n'est pas déterminante en l'espèce, compte tenu de ce qui précède. Quoiqu'il en soit, le point de vue de l'intimée à cet égard est fondé. a) L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel (art. 6 al. 1 LAA). Un rapport de causalité naturelle (et adéquate) est nécessaire entre l'atteinte à la santé et l'événement accidentel. La condition du rapport de causalité naturelle est remplie lorsque sans l'événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de cette atteinte. Savoir s'il existe un lien de causalité naturelle est une question de fait, généralement d'ordre médical, qui doit être résolue selon la règle du degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et 402 consid. 4.3; TF 8C\_858/2008 du 14 août 2009 consid. 3; FRÉSARD/MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Vol. XIV, 2<sup>ème</sup> éd., n° 79 p. 865). b) Le droit à des prestations découlant d'un événement assuré suppose également, outre un lien de causalité naturelle, un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 in limine). Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité adéquate est une question de droit qu'il appartient à l'administration et, en cas de recours, au juge de trancher (ATF 115 V 403 consid. 4a). 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, 402 consid. 2.2 et les références; TF 8C\_710/2008 du 28 avril 2009 consid. 2). En ce qui concerne les troubles d'ordre psychique, la jurisprudence a posé plusieurs critères en vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et les troubles développés ensuite par la victime. Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par ex. une chute banale), les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même, en fonction de son déroulement. L'existence d'un lien de

causalité adéquate entre un accident insignifiant ou de peu de gravité et des troubles psychiques consécutifs à l'accident doit, en règle générale, être niée d'emblée tandis qu'elle doit être admise en cas d'accident grave. En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants : - les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident; - la gravité ou la nature particulière des lésions physiques compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques; - la durée anormalement longue du traitement médical; - les douleurs physiques persistantes; - les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident; - les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes; - le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques. Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Dans les autres cas d'accident de gravité moyenne, il importe que plusieurs des critères objectifs développés par la jurisprudence se trouvent réunis ou revêtent une intensité particulière pour que le caractère adéquat des troubles psychiques de l'assuré soit admis (cf. ATF 129 V 402 consid. 4.4, 115 V 133 consid. 6c/aa, 403 consid. 5c/aa). c) En l'espèce, l'accident du 20 décembre 2006, dont répond l'intimée, était en soi bénin. Le recourant a posé son pied droit trop au bord de la marche et a glissé, se cognant le tibia contre le bord de la marche, ce qui a entraîné une plaie au niveau de la cicatrice qui avait résulté de la fracture ouverte subie en 1993. Le fait que la plaie se soit ensuite mal refermée et qu'une opération de chirurgie ait été nécessaire pour refermer cette plaie ne permet pas, a posteriori, de qualifier l'accident de moyen, au vu de son déroulement. Pour ce motif déjà, la causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques du recourant doit être niée. Par ailleurs, même si l'on considérait que l'accident était de gravité moyenne, à la limite d'un accident de peu de gravité, les critères posés par la jurisprudence pour admettre un rapport de causalité adéquate ne seraient pas remplis. En effet, seul les critères des douleurs physiques persistantes et des difficultés apparues au cours de la guérison, avec des complications importantes, éventuellement celui d'une incapacité de travail de longue durée, seraient remplis, ce qui est insuffisant. On ne saurait considérer, en revanche, que l'accident se soit déroulé dans des circonstances particulièrement dramatique ni qu'il ait été particulièrement impressionnant, ni que les lésions physiques aient été particulièrement graves ou de nature, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques, ni, enfin, que le traitement médical ait été anormalement long ou entaché d'erreurs médicales. 7. En prenant en considération une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, l'intimée a constaté que le recourant pouvait réaliser, en 2011, un revenu de 59'161 fr. malgré son handicap. Elle s'est référée, pour établir ce revenu, à des descriptions de postes de travail tirées de sa base de données. Le recourant ne soulève aucun grief contre les postes de travail pris en considération, ni contre le calcul effectué par l'intimée, qui est correct. Il n'y a pas lieu d'y revenir en l'absence de griefs. On observera néanmoins, dans ce contexte, que l'intimée a respecté les exigences posées par la jurisprudence pour l'utilisation des descriptions de postes de travail (nombre de descriptions de postes de travail, informations relatives au nombre total de descriptions entrant en considération, au salaire minimal, au salaire maximal et à la moyenne des salaires; cf. ATF 129 V 472). Compte tenu d'un revenu d'invalidé de 59'161 fr., l'intimée a alloué à juste titre au recourant une rente fondée sur un taux d'invalidité de 24%. 8. Le recourant voit ses conclusions rejetées, de sorte qu'il ne peut pas prétendre de dépens en sa faveur (art. 61 let.

g LPGA). La procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

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