

## VD\_FINDINFO Arrêt / 2016 / 164 vom 22. Februar 2016

VD Tribunal cantonal, 2016-02-22, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2016\\_\\_164](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2016__164)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2016 / 164 du 22 février 2016

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2016 / 164 del 22 febbraio 2016

### Regeste

LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-ACCIDENTS, RENTE D'INVALIDITÉ, INCAPACITÉ DE TRAVAIL, REVENU HYPOTHÉTIQUE, APPRÉCIATION DES PREUVES | 18 al. 1 LAA, 16 LPGA

### Erwägungen

#### E. 22

février 2016 \_\_\_\_\_ Composition : Mme Röthenbacher , présidente  
Mmes Thalman, juge, et Pétremand, juge suppléante Greffier : M. Grob \*\*\*\*\*  
Cause pendante entre : V. \_\_\_\_\_ , à [...], recourant, représenté par Me Florence Bourqui,  
avocate au Service juridique d'Intégration handicap, à Lausanne, et Caisse nationale suisse  
d'assurance en cas d'accidents , à Lucerne, intimée, représentée par Me Olivier Derivaz,  
avocat à Monthey. \_\_\_\_\_ Art. 4, 7, 8 al. 1 et 16 LPGA ; 6 al. 1 et 18 al. 1 LAA  
E n f a i t : A. Le 26 juin 2008, V. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant),  
ressortissant [...] né en 1963, a commencé sa deuxième mission temporaire pour la société  
Z. \_\_\_\_\_ SA, à [...], auprès de la société X. \_\_\_\_\_ SA, en qualité de manutentionnaire  
à plein temps. A ce titre, il était assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en  
cas d'accidents (ci-après : la SUVA ou l'intimée) contre le risque d'accidents. Le 26 août  
2008, vers 11 heures, l'assuré a reçu sur lui des caisses de viande dans le cadre de son  
travail. Dans la déclaration d'accident, l'assuré a répondu, le 15 septembre 2008, comme  
suit aux questions posées par la SUVA : « 1) [A quelle activité ou circonstances  
attribuez-vous les douleurs (lieu, date et description détaillée de l'événement) ?] -  
X. \_\_\_\_\_ SA à [...] - Je suis allé chercher de la marchandise pour les étiquettes. C'était  
un chariot sur roues avec des palettes dessus. Je ne sais pas si elles étaient mal empilées ou  
si une pièces s'est cassé (sic) mais les palettes se sont renversées et sont tombées sur ma  
jambe. 2) [Témoins (noms, adresses) ?] [...] (elle travaille chez X. \_\_\_\_\_ SA), habite à  
[...] Ma femme [...], [...] 3) [S'agissait-il pour vous d'une activité habituelle ? S'est-elle  
déroulée dans des conditions normales ?] Je travaillais tous les jours chez X. \_\_\_\_\_ SA à  
100%, c'était un travail habituelle (sic) et quotidien. Souvent j'allais chercher les palettes,  
cela faisait déjà 2-3 semaine[s] que j'allais chercher le chariot. 4) [S'est-il produit quelque  
chose de particulier (chute, glissade, etc.) ?] des palettes ont glissées ou chutées (sic), je ne  
sais plus, du chariot. 5) [Quand avez-vous ressenti pour la première fois les douleurs ?] Le  
jour-même je suis directement allé chez le médecin parce que je ressentais de forte[s]  
douleur[s] à la jambe. 6) [Etes-vous de nouveau capable de travailler ? Depuis quand et  
dans quelle mesure ?] Je ressents comme des spasms (sic) dans la jambe, j'ai de la peine à  
me tenir debout pour de longues périodes. 7) [Le traitement médical est-il terminé ?] Non,  
je suis encore sous traitement 8) [Vous êtes-vous procuré des médicaments dans une  
pharmacie ? Si oui, laquelle ?] Oui, à la pharmacie [...] au centre commercial [...]. ». Le 17

septembre 2008, une déclaration de sinistre LAA a été adressée à la SUVA. Dans le rapport médical LAA rempli le même jour par le Dr S. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale au Centre médical de [...], à [...], il est exposé ce qui suit en ce qui concerne les indications du patient sur le déroulement de l'accident : « Reçoit des caisses de viande sur la cuisse droite au travail (...) ». Ce praticien a mentionné comme diagnostic une contusion de la cuisse droite, en signalant que le traitement devrait probablement être terminé dans les trois semaines. Le Dr S. \_\_\_\_\_ avait établi, le 26 août 2008, un premier certificat d'incapacité de travail à 100% du 26 au 28 août 2008, puis un autre certificat du 1<sup>er</sup> septembre 2008 pour une incapacité de travail à 100% du 26 août au 9 septembre 2008. Par la suite, différentes prolongations d'incapacité de travail ont été successivement accordées par ce médecin. Selon l'échange de courriels des 29 septembre et 6 octobre 2008 entre la SUVA et l'employeur, Z. \_\_\_\_\_ SA a produit des décomptes de salaires pour les mois d'avril à septembre 2008, car l'assuré n'était pas d'accord avec la moyenne des heures retenue pour le calcul du montant de l'indemnité journalière. L'assuré a été adressé par le Dr S. \_\_\_\_\_ au Dr D. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur au Centre médico-chirurgical [...], à [...]. Il ressort ce qui suit du rapport du Dr D. \_\_\_\_\_ du 21 octobre 2008 : « Motif de la consultation du 30 septembre 2008 Adressé par le Dr S. \_\_\_\_\_. Anamnèse Le 26.08.08, le patient reçoit une grosse charge (13 palettes de viande, env. 300 kg) sur la cuisse droite. Douleur immédiate, impotence fonctionnelle. Consulte à [...], Dr S. \_\_\_\_\_ qui fait des RX [radiographies] puis entame un traitement conservateur. Les douleurs qui se situent au niveau de la face latérale et postérieure de la hanche vont mieux par contre il persévère des douleurs au niveau de la cuisse proximale ainsi que douleurs à la rotation de la hanche droite. Examen clinique Marche fluide dans les 3 positions. Ex. couché : Mobilité de la hanche dans les limites de la norme avec des douleurs dans la phase finale de flexion ainsi que des 2 rotations. Douleur à la palpation de l'aile iliaque droite, des branches ilio-pubiennes à droite. Au niveau du quadriceps droit, on a l'impression qu'il y a une petite solution de continuité dans sa partie proximale qui est également douloureuse à la palpation. Imagerie médicale 30.09.08 : Bassin face centré sur la symphyse, faux-profil droit, hanche droite axiale : pas de fracture au niveau du bassin par contre la tête fémorale à droite est beaucoup plus opaque que du côté opposé. 07.10.08 : IRM [imagerie par résonance magnétique] hanche droite et de la moitié proximale de la cuisse droite CLS Dr [...] : Présence de 2 lésions se situant l'une dans la tête fémorale droite, l'autre au niveau du col fémoral, évoquant en premier lieu des lésions de type nécrose avasculaire. Ces lésions peuvent être secondaires à une contusion osseuse, des lésions tumorales paraissent peu probables. Lame d'épanchement intra-articulaire associée. Pas de lésion musculaire ou de la diaphyse fémorale droite associée visible. Diagnostic Status après écrasement de la hanche / cuisse droite, suspicion de nécrose de la tête fémorale, suspicion de déchirure du quadriceps droit Incapacité de travail Employé chez X. \_\_\_\_\_ SA, 100% 26.08.08, Appréciation Il s'agit d'un status 1 mois après écrasement de la hanche et de la cuisse droites où cliniquement il y a une douleur à la mobilisation de la hanche ainsi qu'une suspicion d'une déchirure partielle du quadriceps droit (ou éventuellement un hématome intra-musculaire). Pour mieux cerner la situation, nous allons prévoir une IRM de la hanche droite et de la cuisse proximale droite puis je reverrais le patient par la suite. Evolution 21.10.2008 09:44 (D. \_\_\_\_\_) : L'IRM montre une nécrose aseptique de la tête fémorale. (...) ». Selon une notice de la SUVA datée du 23 octobre 2008, qui se réfère au rapport du Dr D. \_\_\_\_\_ du 21 octobre 2008, son médecin-conseil a indiqué qu'il y avait très probablement une relation

de causalité entre les troubles évoqués à la hanche et à la cuisse droites et l'accident du 26 août 2008, en indiquant une durée d'incapacité de travail de l'assuré variable de trois à cinq mois. Dans un courrier par fax du 28 octobre 2008, Z. \_\_\_\_\_ SA a informé la SUVA que l'assuré ne travaillait plus chez eux, afin que les indemnités journalières lui soient versées sur son compte privé à partir du 1<sup>er</sup> novembre 2008. Cette société a confirmé par courriel du 6 février 2009 à la SUVA que le contrat qui la liait avec l'intéressé avait été résilié le 3 octobre 2008. Dans un rapport intermédiaire daté du 31 décembre 2008, le Dr D. \_\_\_\_\_ a maintenu le même diagnostic et confirmé une incapacité de travail de 100% de l'assuré, en notant une légère amélioration de son état de santé (« va un peu mieux »). Selon l'entretien mené le 22 janvier 2009 par un inspecteur de la SUVA au domicile de l'assuré, ce dernier a raconté qu'il avait travaillé comme agriculteur dans son pays d'origine, avant de venir en Suisse en 1985. Alors qu'il était employé par un pépiniériste, il avait été victime d'une hernie discale du côté gauche, ce qui avait entraîné une incapacité de travail totale jusqu'en 2002. Il avait alors repris une activité de nettoyeur, puis des périodes de chômage avaient suivi, avant qu'il ne soit placé par Z. \_\_\_\_\_ SA auprès de X. \_\_\_\_\_ SA. S'agissant de son activité chez X. \_\_\_\_\_ SA, l'assuré a précisé qu'il fonctionnait comme polyvalent, ce qui impliquait d'aller chercher des caisses de viande empilées sur des palettes dans les frigos pour les amener au département préparation, de reprendre des caisses de viande préparées pour les empiler sur des palettes et de compléter les commandes en allant chercher des caissettes de viande sur des tapis roulants. D'après les indications de l'intéressé, une caisse de viande pouvait peser dans les 50 kg et les piles de 13 caisses plus de 200 kg. Il a déclaré au sujet de l'évènement du 26 août 2008 : « en allant chercher de la marchandise au frigo, une pile de caisses contenant de la viande, mal empilée, a basculé. J'ai tenté de la retenir en avançant ma jambe droite, mais sans succès. J'ai ainsi reçu toutes ces caisses entre le genou et l'aîne droite. Mon épouse et un temporaire m'ont aidé à me dégager et à rempiler la marchandise. ». Agissant en qualité de médecin-conseil de la SUVA, le Dr B. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a examiné l'assuré le 13 mars 2009 et rédigé un rapport portant sur les antécédents, d'après les actes du dossier, les déclarations du patient, l'examen clinique, ainsi que les radiographies, avec l'appréciation suivante : « On est donc confronté à un patient de 46 ans, un peu décharné, collaborant, gêné par des douleurs de la hanche droite, n'évoluant pas de façon typique pour les suites d'une contusion. Il a été reconnu comme accident par le Dr [...] à l'agence de [...] qui a pensé que ces nécroses pouvaient être compatibles avec un état post-contusionnel. Après avoir pris l'avis du Dr K. \_\_\_\_\_, je vais réétudier ce dossier avec le Pr [...] et le Dr Q. \_\_\_\_\_ à l'Université de [...] afin d'avoir un avis d'expert concernant le diagnostic exact de cette hanche droite et la relation avec l'évènement traumatique reconnu du 26.8.08. Le patient a été informé qu'on souhaitait un avis d'expert pour préciser le diagnostic. On lui a déjà expliqué qu'il s'agissait probablement d'une coxarthrose qui s'était décompensée lors d'un accident et que la Suva prendrait en charge la période autour de l'accident mais qu'il était possible que la suite de la prise en charge du patient rentre plutôt dans le cadre de la caisse-maladie et de l'Assurance-Invalidité plutôt que de la Suva pour le futur. La décision finale après avis des experts lui sera communiquée dans les plus brefs délais. Pour l'instant, poursuite de la prise en charge de l'arrêt de travail complet par la Suva jusqu'à plus ample informé. ». Dans un rapport complémentaire daté du 20 mars 2009, le Dr B. \_\_\_\_\_ a ajouté ce qui suit : « Le dossier a été réétudié en milieu spécialisé au Centre hospitalier Y. \_\_\_\_\_. Il ressort du dossier radiologique du patient qu'il présentait probablement des lésions préexistantes à

l'accident. M. V. \_\_\_\_\_ a été victime d'une grosse contusion pour laquelle il a eu un traitement antalgique et du repos pour une durée suffisante. Les lésions qu'on voit sur l'IRM, qui ne se modifient pas de façon substantielle d'une IRM à l'autre, parlent clairement en faveur de lésions plutôt de type dégénératif que post-traumatique et, actuellement, le patient souffre d'une coxarthrose débutante. En conséquence, je pense qu'il faut faire un statu quo sine. ». Par décision du 23 mars 2009, la SUVA a mis fin, avec effet au 1<sup>er</sup> avril 2009, aux prestations d'assurance, soit les indemnités journalières et frais de traitement. Cette décision était fondée sur l'avis de son médecin-conseil, selon lequel les troubles qui subsistaient n'étaient plus dus à l'accident, mais exclusivement de nature malade, et l'état de santé tel qu'il aurait été sans l'accident pouvait être considéré comme atteint (status quo sine). La SUVA estimait donc que l'incapacité de travail et le traitement médical n'étaient plus à la charge de l'assurance-accidents, mais à celle de l'assurance-maladie. Par lettres recommandées datées du 22 avril 2009, l'assuré a formé opposition contre la décision précitée. Dans le cadre de ses démarches, il a mandaté la Fédération suisse pour l'intégration des handicapés pour le représenter. A l'appui de son opposition, il a fait valoir que c'était l'accident du 26 août 2008 qui était à l'origine des lésions subies et non pas une autre atteinte antérieure, en relevant que son dossier médical ne contenait aucune trace d'une atteinte antérieure à l'accident. Comme il ressortait du rapport médical du Dr B. \_\_\_\_\_ du 13 mars 2009, son cas devait être réétudié par le Pr [...] et le Dr Q. \_\_\_\_\_, après avoir pris l'avis du Dr K. \_\_\_\_\_. Or, aucun rapport de l'un ou l'autre de ces trois médecins n'apparaissait dans le dossier. Sur cette base, l'intéressé a conclu, préalablement, à ce que, d'une part, les rapports des médecins susmentionnés, ainsi que ceux du Centre hospitalier Y. \_\_\_\_\_ cités dans la note du 20 mars 2009, lui soient envoyés et un délai supplémentaire lui soit imparti pour l'exercice du droit d'être entendu et, d'autre part, une expertise orthopédique soit ordonnée. Sur le fond, il a demandé à ce qu'il soit dit que l'atteinte à la hanche droite est en rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'accident du 26 août 2008 et que les prestations entrant en considération pour cette atteinte lui sont accordées. Il a informé la SUVA à cette occasion que le Dr D. \_\_\_\_\_ entendait l'opérer pour lui poser une prothèse de la hanche droite. Le 28 mai 2009, la SUVA a demandé à l'Hôpital [...], à [...], d'établir un avis médical détaillé dans le sens de la requête de l'assuré. Le Dr Q. \_\_\_\_\_, médecin associé au Département de l'appareil locomoteur du Centre hospitalier Y. \_\_\_\_\_, spécialiste FHM en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a communiqué le 10 septembre 2009 à la SUVA une expertise médicale, qui se basait sur la consultation de l'assuré du 2 septembre 2009, le dossier de l'assureur et les radiographies, dont le contenu est notamment le suivant : « Diagnostics : Ø Status après rupture partielle traumatique de la face interne du droit antérieur D [droit]. Ø Tendinopathie des muscles psoas et fessiers D secondaire. Ø Contusion osseuse de la tête fémorale antéro-médiale. Ø Coxarthrose bilatérale débutante discrètement plus avancée à D, secondaire à un conflit fémoro-acétabulaire D. Appréciation : Les douleurs que ce patient présente actuellement sont à mettre sur le compte du traumatisme du 26.08.08. En effet, il a présenté une déchirure partielle du droit antérieur qui n'a jamais été diagnostiquée, probablement en raison de l'hématome en regard ne laissant pas palper de déhiscence musculaire et étant donné que les IRM effectuées par la suite ne s'étendaient pas suffisamment distalement. Cette problématique musculaire laisse des douleurs résiduelles accompagnées d'une atrophie du quadriceps. En raison de ces douleurs, le patient a développé une tendinopathie du psoas et des fessiers accentuant actuellement les douleurs ainsi que la gêne fonctionnelle qu'il ressent. Toute cette

problématique musculaire est à mettre sur le compte du traumatisme du 26.08.08 comme conséquence directe au niveau du quadriceps et indirecte au niveau des muscles fessiers et psoas. Le traitement de cette problématique devrait consister en des mesures antalgiques par application d'anti-inflammatoires locaux (par exemple patch de Diclofenac) ainsi que des massages transverses, ultrasons-Diclofenac gel, fango et électrothérapie. Dès diminution des douleurs, il faut instituer un programme de tonification isométrique du quadriceps ainsi que des fessiers et de stretching du muscle psoas. Il s'agit d'un traitement de longue durée, en moyenne 6 mois, mais d'autant plus long que la symptomatologie dure auparavant. Au niveau de l'articulation de la hanche, on constate déjà des troubles dégénératifs débutants sur les radiographies suivant immédiatement le traumatisme et qui n'évoluent pas dans l'intervalle puisque les derniers clichés sont exactement superposables. Ces troubles dégénératifs sont secondaires à un conflit fémoro-acétabulaire dont l'une des conséquences est le kyste à la jonction cervico-céphalique visible du côté D, connu sous le nom de herniation pit. Etant donné que ces troubles dégénératifs sont visibles sur les premiers clichés radiologiques suivant le traumatisme, ils ne peuvent être mis sur le compte de l'accident du 26.08.08 et ne sont donc en aucun cas à la charge de l'assurance accident. De plus, comme l'examen clinique effectué le 02.09.09 le montre, les articulations de hanche sont actuellement parfaitement asymptomatiques, si ce n'est une discrète limitation de mobilité de la hanche D qui peut toutefois également être liée aux douleurs musculaires. Par conséquent, je pense qu'il n'y a pas de traitement chirurgical indiqué à ce niveau pour le moment. L'image IRM de contusion osseuse avec fracture sous-chondrale au niveau de la tête fémorale antéro-médiale est probablement post-traumatique, étant donné que le traumatisme a pu entraîner un mouvement de subluxation antérieure de la hanche suite à un choc violent sur la cuisse distale. Cette pathologie montre plutôt une évolution favorable sur les deux IRM successives d'octobre 2008 et février 2009 et ne justifie donc aucun traitement en l'absence de toute douleur articulaire actuelle. La question de savoir si cette problématique traumatique a décompensé la coxarthrose reste ouverte au vu de l'absence de symptôme arthrosique actuel. Toutefois, si le fragment ostéochondral antéro-médial devait secondairement se détacher et entraîner une décompensation arthrosique rapide, cette évolution pourrait être mise sur le compte du traumatisme étant donné qu'il est à l'origine de la contusion osseuse. ». Sur cette base, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a considéré que la contusion osseuse de la tête fémorale droite était liée à l'accident du 26 août 2008, ce qui n'était pas le cas des troubles dégénératifs de la hanche droite. Il en a ainsi déduit que le traitement des troubles musculaires du quadriceps, des muscles fessiers et psoas droits incombaient à l'assurance-accidents, en précisant qu'il s'agissait d'un traitement de six mois au moins, mais dont la durée exacte n'était pas prédictible et serait même probablement plus longue chez ce patient étant donné que ses problèmes duraient depuis plus d'un an. Au vu de cette expertise, le Dr B.\_\_\_\_\_ a demandé le 1<sup>er</sup> octobre 2009 que l'assuré soit admis à la Clinique W.\_\_\_\_\_, à [...]. Par lettre du 5 octobre 2009, la SUVA a informé l'assuré que les renseignements recueillis permettaient de reprendre le service des prestations au-delà du 31 mars 2009 et que sa décision du 23 mars 2009 devait être considérée comme nulle et non avenue. Du 1<sup>er</sup> décembre 2009 au 12 janvier 2010, l'assuré a été hospitalisé à la Clinique W.\_\_\_\_\_. Il ressort notamment ce qui suit de l'avis de sortie de cet établissement daté du 12 janvier 2010 : « Diagnostics : Rupture partielle traumatique de la face interne du droit antérieur droit et contusion osseuse du versant antéro-médial de la tête fémorale le 26.08.2008 (T 93.5;T 93.8) Tendinopathie des muscles psoas et fessiers droits (M 76.0); (M 76.1) Coxarthrose bi-latérale débutante prédominante à droite sur conflits fémoraux

acétabulaire Tabagisme actif (...) Incapacité de travail : 100% du 13.1.2010 au 12.2.2010 dans l'ancienne activité de manutentionnaire (si port de charge supérieur à 20 kg) 0% du 18.1.2010 dans activité adaptée, c'est-à-dire, sans port de charge répété au-dessus de 20 kg ». Une note de la SUVA concernant un entretien téléphonique du 11 janvier 2010 avec la Dresse P. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale à la Clinique W. \_\_\_\_\_, relate ce qui suit : « Cet assuré va quitter la Clinique W. \_\_\_\_\_ demain - du point de vue de l'exigibilité, nous pouvons admettre les ports de charge de 20 kg - selon les dires de l'assuré durant son séjour, le port de charge chez X. \_\_\_\_\_ SA n'excédait pas les 20 kg - or, dans le rapport de l'inspecteur de janvier 2009, il est fait mention de caisses d'un poids de l'ordre de 50 kg - il serait peut-être judicieux de faire le point de la situation à ce sujet c/o X. \_\_\_\_\_ SA (description du poste de travail). En effet, tout selon, V. \_\_\_\_\_ pourrait exercer à nouveau son travail de manutentionnaire à 100% - à relever que l'évolution a été favorable durant ce séjour, mais que l'intéressé se plaint de divers problèmes étrangers à l'accident - en outre, les plaintes relatives uniquement aux seules suites de l'accident se sont amplifiées au fur et à mesure qu'on lui parlait de reprise du travail possible .... ». Dans un rapport du 4 février 2010, suite à un entretien du 1<sup>er</sup> février 2010 avec le remplaçant du chef de production de X. \_\_\_\_\_ SA, l'inspecteur de la SUVA a décrit comme suit l'activité de l'assuré auprès de cette entreprise : « A la ligne d'emballage, il était chargé d'approvisionner les barquettes. Celles-ci, en creux dans la chaîne, sont remplies de viande, hachée par exemple, à deux mains puis égalisées, avant d'être poussées en avant et de recevoir un film plastique d'emballage. A l'autre extrémité de la chaîne, il y a lieu ensuite de disposer ces barquettes de viande dans des caissettes. Celles-ci ne pèsent qu'entre 8 et 12 kg/pièce. La charge la plus lourde à ce poste est représentée par les rouleaux de cellophane, pour l'emballage, qui pèsent 15 kg/pièce, et qu'il y a lieu de mettre en place, en bout de ligne, environ 4 fois par jour. Il était placé aussi à un autre poste, l'étiquetage. Là, il lui appartenait de saisir les caissettes, une à une pour les plus hautes sur la palette, puis par deux plus bas, pour les déposer sur un tapis roulant en vue de l'étiquetage. Il reprenait ensuite à l'autre bout ces caissettes remplies de barquettes ou de morceaux emballés et étiquetés et les empilait sur une palette. En général, la personne restait au même poste soit tout un jour, soit toute une semaine, en fonction des besoins. Il n'y avait pas de rocade en cours de journée. Les caisses utilisées C2 ne peuvent pas contenir assez pour que cela représente 50 kg, comme il le dit, quel que soit le type de viande ou de morceaux. S'il devait une fois ou l'autre approvisionner les frigos, il s'agissait pour lui de tirer 2-3 palettes de 200 kg environ mais cela une fois par jour au maximum. Relève que l'intéressé avait d'abord été placé au remplissage des barquettes mais qu'il en avait été retiré du fait qu'il ne tenait pas le rythme. Était resté ensuite à la manutention des caissettes. Lors de grosses commandes, il peut y avoir jusqu'à 5000 caissettes à manutentionner sur une journée mais cela se fait alors à deux personnes. Le travail se déroule à plat dans une atmosphère fraîche mais pas froide. Selon le service du personnel, il n'est pas envisagé de reprendre l'intéressé à son service, même en mission temporaire, l'effectif du personnel étant suffisant. ». Dans leur rapport du 16 février 2010, les Drs F. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur ainsi qu'en médecine physique et réadaptation, et C. \_\_\_\_\_, respectivement médecin adjoint et médecin-assistant à la Clinique W. \_\_\_\_\_, ont posé comme diagnostic primaire des thérapies physiques et fonctionnelles et, comme diagnostics secondaires, une rupture partielle traumatique de la face interne du droit antérieur droit et petite fracture sous-chondrale du versant antéromédial de la tête fémorale droite le 26 août 2008, une

ostéonécrose de la tête fémorale droite à l'IRM du 16 décembre 2009, une coxarthrose bilatérale débutante prédominant à droite sur conflit fémoro-acétabulaire, et une tendinopathie des muscles psoas et fessiers droits au décours, ajoutant à titre de co-morbidité un ethylisme chronique, un tabagisme actif, des troubles cognitifs légers et une ostéopénie. En résumé, l'appréciation et discussion ont la teneur suivante : « (...) M. V.\_\_\_\_\_ nous est adressé 16 mois après une chute en raison de douleurs persistantes de la cuisse droite. Hormis les lésions musculotendineuses paraissant actuellement guéries, le bilan radiologique actuel confirme la fracture sous-chondrale antéromédiale de la tête fémorale droite, et surtout une ostéonécrose. Seize mois après le traumatisme, l'atteinte traumatique ne permet pas d'expliquer le retentissement douloureux variable actuel. La lésion musculaire de la cuisse est guérie sans séquelle et la hanche présente une ostéonécrose, actuellement stable, sans effondrement de la tête, le plus probablement d'origine médicale, chez un patient présentant un alcoolisme chronique. On rappelle que ce diagnostic a déjà été évoqué dès octobre 2008, avec une image restée stable au cours des contrôles ultérieurs. Le consilium psychiatrique ne retient pas de diagnostic psychopathologique, en revanche le bilan neuropsychologique met en évidence la présence de troubles cognitifs pouvant être en relation avec la consommation d'alcool, et pouvant représenter un frein à l'apprentissage de nouvelles activités. Le bilan neurologique est par ailleurs dans la norme, n'amenant pas d'élément pour une participation neurogène centrale ou périphérique aux douleurs de la cuisse droite. Nous avons sensibilisé le patient à sa consommation d'alcool néfaste pour sa santé. Il y a en fait peu d'ouverture de la part du patient. Il serait important que cette question soit abordée par le médecin-traitant. Le patient sera réévalué à la consultation du Dr D.\_\_\_\_\_. Aux ateliers professionnels, M. V.\_\_\_\_\_ a été vu jusqu'à 4 heures par jour, travaillant dans des activités debout-assises, ou en porte-à-faux avec des ports de charges allant jusqu'à 15 kg. Le caractère des douleurs est décrit comme variable. Les limitations retenues dans une activité future sont le port de charges répétés (sic) au-dessus de 20 kg. Il n'y plus de diagnostic traumatique qui limite actuellement la capacité de travail. Un suivi radiologique de la hanche est nécessaire. Dans le cadre de l'AI [assurance-invalidité], le patient a un rendez-vous prévu le 12.01.2010. Le patient est par ailleurs invité à s'annoncer à l'Assurance-Chômage. ». Il est en outre mentionné sous la rubrique « Incapacité de travail dans la profession actuelle de manutentionnaire », 100% du 13 janvier 2010 au 12 février 2010 et 0% dès le 18 janvier 2010 dans une activité sans port de charges répété au-dessus de 20 kg. Le traitement prévu à la sortie de la Clinique W.\_\_\_\_\_ consistait en du Dafalgan et du Sportusal gel. Ce rapport contenait par ailleurs les annexes suivantes : - un rapport du 10 décembre 2009 de la Dresse L.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, médecin associé à la Clinique W.\_\_\_\_\_, concernant un consilium psychiatrique du 7 décembre 2009, qui a considéré que l'évaluation psychiatrique n'avait pas révélé de psychopathologie avérée ; - un rapport du 10 décembre 2009 du Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, médecin associé à la Clinique W.\_\_\_\_\_, concernant une électroneuromyographie réalisée le 9 décembre 2009, dont la conclusion est rédigée en ces termes : « A plus qu'une année d'une contusion antérieure de la cuisse droite, le bilan électroclinique actuel n'amène pas d'élément probant en faveur d'une participation neurogène périphérique ou centrale aux douleurs résiduelles. Celles-ci peuvent être en partie reproduites par la palpation musculaire et la mise en jeu des insertions du quadriceps. Il n'y a pas de déficit sensitif probant dans le territoire du fémoro-cutané, dont l'émergence est indolore au ligament inguinal. Les neurographies sensibles et motrices sont dans les limites normales et en particulier, le

potentiel du fémoro-cutané est sans aucune asymétrie entre la droite et la gauche. En EMG [électromyographie] à l'aiguille concentrique, il n'est perçu aucun signe de dénervation aiguë ou chronique dans les muscles examinés tributaires des myotomes L2-L3-L4 à droite, n'apportant par là aucun indice de radiculopathie ou de plexopathie lombo-sacrée. » ; - le rapport d'un examen neuropsychologique entrepris le 16 décembre 2009 par [...], psychologue spécialiste en neuropsychologie FSP à la Clinique W.\_\_\_\_\_, qui est parvenue à la conclusion suivante : « Cet examen met en évidence des troubles mnésiques et exécutifs modérés. Par ailleurs, le résultat à un test de raisonnement sur matériel visuo-spatial est faibles (sic) et les aptitudes gnosisques visuelles sont limitées. L'orientation spatio-temporelle est conservée, les temps de réaction sont très bons et les performances langagières et praxiques sont globalement préservées. Les difficultés cognitives sont la manifestation typique dans la sphère neuropsychologique d'une consommation excessive d'alcool. Leur intensité est légère et leur impact sur les AVQ [activités de la vie quotidienne] devrait être assez limité. Il est toutefois probable que des difficultés soient observées lors d'activités nouvelles, nécessitant un apprentissage, des capacités d'organisation ou la rétention d'informations. ». - un rapport du 17 décembre 2009 du Dr [...], spécialiste FMH en radiologie, médecin adjoint au Département d'imagerie diagnostique et interventionnelle du Centre Hospitalier [...], concernant une IRM des hanches effectuée le 16 décembre 2009, qui n'a pas constaté de modification significative par rapport à l'IRM du 20 février 2009 sur les différentes séquences au niveau de la hanche droite ; - un rapport d'évaluation des capacités fonctionnelles, réalisée le 22 décembre 2009, dans lequel [...], physiothérapeute diplômée à la Clinique W.\_\_\_\_\_, a exposé que l'assuré sous-estimait considérablement ses aptitudes fonctionnelles, ses performances maximales ayant été en réalité estimées aux valeurs suivantes : « - Lever du sol à hauteur de la taille : 32,5 kg. - Lever de la taille à hauteur de la tête : 20 kg. - Lever horizontalement : 30 kg. - Porter de la main droite (dominante) :

#### **E. 25**

kg. - Porter de la main gauche (non dominante) : 25 kg. - Travailler au-dessus du niveau de la tête : sans problème. - Position assise prolongée : sans problème (le sujet annonce l'apparition d'une douleur dans la cuisse et la fesse à D à partir de 10' de station assise). - Pousser en statique :

#### **E. 27**

kg. - Pousser en dynamique (force de poussée : H=20 kg) : sans problème. - Tirer en dynamique (force de traction : H=20 kg) : sans problème. - Force maximale de préhension de la main droite (dominante) : 40 kg (dans la norme). - Force maximale de préhension de la main gauche (non dominante) : 36 kg (dans la norme). - S'accroupir à plusieurs reprises : sans problème (le patient allègue une douleur à la cuisse et à la fesse D ; FC [fréquence cardiaque] mesurée à 135 ). - Monter sur une échelle : sans problème. Variante avec une charge de 20 kg portée dans la main D : sans problème. » ; - un rapport de physiothérapie établi par [...], physiothérapeute diplômé à la Clinique W.\_\_\_\_\_, qui a observé, s'agissant des capacités fonctionnelles actuelles, que l'assuré pouvait, en fin de séjour, marcher à l'intérieur et à l'extérieur de la clinique, à plat et en pente, sur terrain irrégulier à une vitesse moyenne, sans difficulté et sans aide auxiliaire, monter/descendre les escaliers en alterné sans l'aide de la barrière, marcher sur une ligne sur la pointe des pieds et sur les talons sans difficulté, ainsi que s'accroupir, se baisser, s'agenouiller, ramasser un objet et se relever du sol sans l'appui des membres supérieurs ; ce physiothérapeute a signalé une

diminution de la collaboration et de la motivation à partir de la moitié du séjour et un absentéisme de plus en plus important en fin de séjour lors des différentes thérapies de groupe ; il n'a formulé aucune proposition de poursuite ambulatoire ; - un rapport du 7 janvier 2010 du Dr [...], spécialiste FMH en médecine interne générale et en rhumatologie à la Clinique W.\_\_\_\_\_, qui a procédé à une interprétation de la densitométrie du 5 janvier 2010 et a exposé que les valeurs observées pouvaient être expliquées par des habitudes éthyliques et tabagiques, précisant qu'à elles seules, ces valeurs ne prédisaient pas un risque de fracture élevé pour les dix prochaines années et que dans ces conditions, il n'y avait pas d'indication à un traitement osseux spécifique ; - un rapport final sur le séjour de l'assuré du 8 décembre 2009 au 12 janvier 2010 aux ateliers professionnels de la Clinique W.\_\_\_\_\_, dont la conclusion est la suivante : « M. V.\_\_\_\_\_ a été vu durant 5 semaines jusqu'à 4h par jour. Il a effectué diverses activités en position debout, assise, en porte-à-faux, avec des ports de charge allant jusqu'à 15 kg. Nous n'avons pas observé de situation ou de comportement invalidants. Cependant, M. V.\_\_\_\_\_ se plaint de douleurs variables et diffuses, mettant parfois un terme à l'activité, se retranchant derrière ses maux. Finalement, en accord avec le corps médical, M. V.\_\_\_\_\_ est en mesure de reprendre une activité professionnelle adaptée. ». Dans son rapport du 30 mars 2010, le médecin d'arrondissement de la SUVA, le Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie, a exposé notamment ce qui suit dans son appréciation : « (...) Comme on l'a relevé à la Clinique W.\_\_\_\_\_, on voit donc que le handicap apparent est très variable chez ce patient. De surcroît, les douleurs aussi vagues qu'extensives qu'il évoque actuellement ne permettent absolument pas de savoir ce dont il souffre, notamment si sa coxarthrose droite débutante est symptomatique ou non, partant le risque est grand de lui mettre une prothèse, sans aucun bénéfice. A cet égard, on ne peut que confirmer la nécessité d'un suivi radiologique de cette hanche droite. En ce qui concerne la capacité de travail, l'activité antérieure, telle que décrite dans le rapport d'enquête administrative du 4.2.2010 est compatible avec des limitations fonctionnelles retenues à la Clinique W.\_\_\_\_\_. Néanmoins, pour ma part, je ne pense pas que ce patient puisse travailler en plein, debout toute la journée, comme manutentionnaire. En revanche, il ne fait aucun doute que sa capacité de travail est entière dans une activité légère, plus sédentaire et autorisant des positions alternées. Pour ce qui est de la responsabilité de la Suva dans cette affaire, il est difficile de se prononcer. En effet, il y a bel et bien une lésion osseuse qu'on peut directement attribuer à l'accident sur les IRM successives. D'un autre côté, il est possible qu'elle soit asymptomatique et, en tout cas pour le moment, il est loin d'être établi qu'elle ait précipité une évolution arthrosique de cette hanche droite. En d'autres termes, je rejoins l'avis du Dr Q.\_\_\_\_\_ selon lequel seule l'évolution permettra de se déterminer. A cet égard, il serait peut-être utile qu'il revoie notre assuré dans le courant de l'été, à deux ans de l'accident, au sens d'une nouvelle expertise, et qu'il nous fasse part de ses conclusions définitives à ce sujet. ». A la demande du médecin-conseil de la SUVA, une expertise médicale a été effectuée le 13 décembre 2010 par le Dr Q.\_\_\_\_\_, après qu'il se soit entretenu par téléphone avec le Dr D.\_\_\_\_\_ comme le souhaitait l'assuré. Le Dr Q.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de coxarthrose droite modérée, gauche débutante, de tendinopathie des fessiers droits secondaires et de status après rupture partielle traumatique de la face interne du droit antérieur droit. Il a formulé l'appréciation suivante : « Du point de vue musculaire, on trouve une amélioration de la symptomatologie ainsi que de la trophicité musculaire (...). Le patient présente encore de discrètes douleurs au niveau de la cuisse qui ne sont toutefois plus que peu gênantes selon ses dires. Il est plus gêné par les douleurs fessières secondaires à une tendinopathie

persistante. De ce point de vue, je pense qu'il convient de poursuivre la rééducation musculaire. Il est dommage que le patient n'ait pas bénéficié de la poursuite d'un traitement de physiothérapie suite au séjour à la Clinique W.\_\_\_\_\_ afin de consolider les acquis. Actuellement, je proposerais de recommencer un tel traitement à raison de 2 séances/semaines, associant un traitement antalgique à des exercices d'étirement et de tonification des différents groupes musculaires. Les douleurs actuelles de la hanche D augmentent par rapport à l'examen de 2009 avec simultanément une altération de l'interligne articulaire de la hanche D visible radiologiquement. On ne trouve toutefois pas d'effondrement de la tête fémorale évocateur d'une nécrose aseptique ou d'altération de la densité osseuse, évocatrice de la persistance d'une ostéoporose transitoire. De ce point de vue, le patient semble progressivement de plus en plus gêné par les douleurs. Dès lors, et en cas d'exacerbation des douleurs, l'indication à l'implantation d'une PTH [prothèse totale de la hanche] D devra être rediscutée. Comme déjà évoqué dans l'expertise du 10.09.2009, il est difficile de savoir dans quelle mesure le traumatisme a décompensé le processus arthrosique chez ce patient ou non. Je ne pense pas qu'à l'heure actuelle une nouvelle IRM apporte des renseignements supplémentaires permettant d'élucider cette question et nous avons dès lors renoncé à le faire. Je pense toutefois que si l'on désire faire avancer le processus de rééducation, l'implantation d'une PTH suivie d'une rééducation musculaire adaptée est la seule solution permettant de régler définitivement la situation et d'envisager une reprise de travail à terme chez ce patient. ». Sur cette base, le Dr K.\_\_\_\_\_ s'est adressé le 10 janvier 2011 au Dr D.\_\_\_\_\_ comme suit : « J'ai revu, aujourd'hui, à l'agence, notre assuré cité en marge. Je ne reviendrai pas sur les antécédents que vous connaissez bien. Comme vous le savez, il a été revu, le 23.11.2010, par le Dr Q.\_\_\_\_\_ et le bilan radiologique a été actualisé. Notre collègue conclut, en substance, à un amendement de la symptomatologie douloureuse liée au problème musculaire et à une certaine progression de la coxarthrose droite pour laquelle la mise en place d'une prothèse totale de hanche devrait être discutée. Pour ma part, je ne recueille pas du tout la même anamnèse que le Dr Q.\_\_\_\_\_. Le patient se plaint amèrement de douleurs qu'il situe à mi-cuisse, constantes, à la mobilisation comme au repos, s'accompagnant d'un sentiment de constriction et de froid. L'examen clinique est dominé par des contre-pulsions et toute tentative de mobilisation de la hanche aggrave la symptomatologie douloureuse qui est toujours essentiellement rapportée au milieu de la cuisse. Dans ces conditions, j'ai beaucoup de peine à me convaincre que la coxarthrose droite est à l'origine des douleurs, plus encore que la mise en place d'une prothèse totale de la hanche va aider ce patient. D'un autre côté, je sais bien qu'il est classique qu'une coxarthrose se manifeste par des douleurs de la cuisse, voire du genou. J'ai demandé au patient de reprendre rendez-vous à votre consultation. Je joins à la présente l'expertise du Dr Q.\_\_\_\_\_. J'aimerais avoir votre point de vue quant au traitement à entreprendre. Reste également la question que le Dr Q.\_\_\_\_\_ ne veut pas trancher, à savoir si l'accident a entraîné une aggravation déterminante de cette coxarthrose. ». Dans un rapport du 25 mars 2011, le Dr D.\_\_\_\_\_ a répondu ainsi au Dr K.\_\_\_\_\_ : « Appréciation : A mon avis, il s'agit de 2 choses différentes : le patient présente une douleur qui se situe au niveau de la mi-cuisse, qui est l'endroit de l'impact de l'accident de 2008 et qui ces derniers temps, se péjore. Vu que la compression du pli inguinal aggrave ses douleurs, nous pouvons nous demander si à l'origine de cela, ne se trouve pas le nerf fémoral ou les vaisseaux fémoraux qui irriguent le muscle quadricipital. D'un autre côté, le patient se plaint des douleurs dans la phase finale qui se situe dans le pli inguinal et dans la région fessière. Je suis un peu étonné que dans les

discussions, divers médecins évoquent toujours et seulement une coxarthrose débutante et négligent complètement une nécrose aseptique de la tête fémorale qui est documentée à 3 reprises par les IRM et qui montrent clairement une nécrose aseptique de la tête fémorale avec un œdème osseux qui a régressé de toute la région trochantérienne du 1<sup>er</sup> IRM à seulement la tête fémorale lors du dernier IRM du 16.12.2009. En plus, on a documenté une fracture sous-chondrale au niveau antéro-médiale de la tête fémorale. Donc je récapitule un petit peu l'anamnèse : nous nous trouvons devant un patient qui est très démonstratif et dont les plaintes principales sont difficiles à documenter et orienter vers un diagnostic précis. Par contre, les faits sont les suivants : le patient n'a pas eu de douleur au niveau de la hanche ou de la jambe droite avant l'accident. Il subi[t] un accident avec une contusion massive de la cuisse et de la hanche droite. Il s'ensuit des investigations qui montrent un vaste œdème osseux concernant toute la tête, le col, allant jusqu'à la région trochantérienne qui sous traitement physiothérapeutique antalgique, anti-inflammatoire ainsi que surtout une décharge, régresse progressivement. En même temps, le patient a presque la même image radiologique classique de l'arthrose débutante de la hanche par contre ni avant, ni pendant ni après, il ne s'est jamais plaint de quelconque problème à ce niveau. A mon avis, si on doit trancher si les problèmes actuels sont d'origine accidentel[le], je pense que la réponse est positive. Actuellement, il est difficile de faire la part des choses. Combien de douleur sont d'origine de la hanche droite et combien pas ? En plus, le patient a eu un examen électro-physiologique qui n'a apporté aucune lumière sur ces douleurs. Il ne faut pas négliger que lors du dernier contrôle, le patient était plutôt favorable à une mise en place de prothèse totale. Actuellement, il l'est nettement moins. Donc, je pense que pour le traitement actuel, je verrais plutôt une série de physiothérapie, éventuellement combinée avec physiothérapie dans l'eau et ainsi voir l'évolution. Il va de soit (sic) que l'indication pour une mise en place de prothèse totale reste, à mon avis, empirique et pour avoir la conscience tranquille, si on achemine vers une telle solution, je répèterais les examens de RX standards ainsi qu'une IRM. (...) ». Le 29 mars 2011, le Dr K. \_\_\_\_\_ s'est alors adressé au Dr D. \_\_\_\_\_ de la manière suivante : « Je partage également votre avis selon lequel il y a une aggravation déterminante de la situation au niveau de la hanche droite puisqu'on a admis que l'accident avait entraîné une petite fracture sous-chondrale du versant antéro-médial de la tête fémorale dont l'origine traumatique devait être admise dans le contexte d'un écrasement de la cuisse droite. Pour ce qui est de l'attitude thérapeutique à adopter, je pense qu'on finira par mettre une prothèse totale de la hanche à ce patient en espérant que cela l'aide, mais sans grande conviction. Le cas échéant, la Suva la prendra en charge. ». Lors d'une visite le 28 avril 2011 d'un inspecteur de la SUVA à l'assuré, à son nouveau domicile à [...], l'intéressé a indiqué qu'il suivait depuis trois mois des séances de physiothérapie deux fois par semaine, mais que l'effet du traitement ne se manifestait que durant deux à trois heures, et qu'un prochain contrôle chez le Dr D. \_\_\_\_\_ était fixé au 4 mai 2011. Il a alors déclaré se résoudre à se faire poser une prothèse totale de hanche droite. Il ressort notamment ce qui suit du rapport intermédiaire du Dr D. \_\_\_\_\_ du 4 mai 2011 : « (...) nous nous acheminons clairement vers une PTH droite. Le patient est également convaincu que c'est la bonne solution. Je l'ai tout de même, encore une fois, mis en garde que l'indication est quelque peu empirique. Il accepte les risques. (...) ». Selon le rapport du 16 mai 2011 du Centre d'imagerie diagnostique de [...], une IRM des hanches a montré une ostéonécrose de la tête fémorale (stade D selon Mitchell) accompagnée par une discrète synovite et une surcharge sur la fossette du ligament rond et, du côté gauche, une surcharge/distorsion de la bandelette ilio-tibiale et de l'irradiation du grand fessier à la

hauteur du grand trochanter. Le 22 août 2011, l'assuré a été opéré par le Dr D. \_\_\_\_\_ à la Clinique [...] et une prothèse de la hanche droite a été mise en place. Dans un rapport daté du 12 octobre 2011, le Dr D. \_\_\_\_\_ a récapitulé l'évolution de la situation médicale de l'assuré. Il a posé les diagnostics de status après écrasement de la hanche/cuisse droite, de suspicion de nécrose de la tête fémorale et de suspicion de déchirure du quadriceps droit. A titre de traitement figure une prothèse de la hanche droite. Après un examen de l'assuré le 26 mars 2012, le Dr K. \_\_\_\_\_ a préconisé un bilan global dans le cadre d'un séjour à la Clinique W. \_\_\_\_\_. L'assuré a donc été hospitalisé du 17 avril au 5 juin 2012 dans cet établissement. Dans leur rapport du 28 juin 2012, les Drs F. \_\_\_\_\_ et [...], respectivement chef de service et médecin-assistant à la Clinique W. \_\_\_\_\_, ont mentionné comme diagnostic principal des thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs et limitations fonctionnelles pelvino-rurales droites et, comme diagnostics supplémentaires, un accident avec rupture partielle traumatique de la face interne du droit antérieur droit et petite fracture sous-chondrale du versant antéro-médial de la tête fémorale droite le 26 août 2008, une coxarthrose bilatérale débutante prédominant à droite sur conflit fémoro-acétabulaire, un antécédent de tendinopathie des muscles psoas et fessiers droits en janvier 2010, une ostéonécrose de la tête fémorale droite avec mise en place d'une prothèse totale de la hanche le 21 août 2011, un éthylysme chronique, un tabagisme actif, des troubles cognitifs légers et une ostéopénie. Dans leur appréciation et discussion, ces médecins ont observé ce qui suit : « A l'admission le patient rapporte après la mise en place de la prothèse un soulagement douloureux pendant 2-3 semaines puis progressivement récidive de ses douleurs situées à la face dorso-latérale de la hanche jusqu'en latéral au tiers proximal de la cuisse variant actuellement dans l'intensité entre 5 à 8/10. La douleur serait aggravée par la marche en particulier dans les escaliers, la station assise et couchée en décubitus latéral droit qui serait intolérable. Peut maintenir la position assise pendant au maximum 1 heure. La douleur le réveillerait plusieurs fois par nuit. Les médicaments aident transitoirement (2-3 heures) ainsi que la marche modéré pendant 1/2-1 heure. Il se déplace avec des cannes anglaises depuis l'opération. Cliniquement on note un patient en état général moyen, peu musclé, légèrement adipeux avec répartition graisseuse prédominante au tronc sous forme de poire avec abdomen globuleux et signes d'hépatomégalie. Douleurs au rachis lombosacré droit, provocables par la mobilisation en extension et inclinaison latérale droite, une douleur à la palpation des fessiers droits avec tonus diminué, de la région trochantérienne droite inclue l'enthèse des fessiers. Les amplitudes de hanche sont autolimitées en fin d'amplitude de flexion et d'abduction. Le clinostatisme ainsi que le Lasègue provoquent une douleur dès 30° à droite et dès 60° à gauche. Au niveau biologique, le screening d'entrée est aligné mis à part des Gamma-GT élevées à 214 et des CDT [Carbohydre Deficient Transferrin] élevés à 3,3% laissant suspecter une consommation alcoolique excessive. Pas de signe biologique ni ultrasonographique d'une cirrhose hépatique. L'US [ultrason] l'abdominal (sic) a confirmé un important tablier graisseux abdominal et une hépatomégalie stéatosique, compatible avec la consommation éthylique élevée déjà relevée en 2009. Au plan radiologique, des RX actuelles de la colonne lombaire, montrent une minéralisation osseuse normale avec un trouble de transition lombo-sacré avec spina-bifida occulta et une sacralisation partielle bilatérale de L5 avec discrète scoliose de torsion à convexité gauche et des calcifications vasculaires. La radiographie du bassin et de hanche droite montrent une PTH en place sans signe de descellement, calcifications artérielles. Un Ultrason musculaire de la périhanche droite a montré des séquelles de décollement chirurgical du TFL [muscle tenseur du fascia lata] à la

face supéroexterne du fémur, une tendinopathie d'insertion des moyen et grand fessiers qui sont atrophiques et infiltrés par de la graisse ainsi qu'une bursite trochantérienne. L'ENMG [électroneuromyographie] du membre inférieur droit est normal et ne montre pas d'anomalie nerveuse en particulier du nerf tibial, fibulaire, fémoro-cutané et du nerf sural droit, ce qui exclut une contribution neurologique aux troubles ressentis par le patient. L'examen neuropsychologique demandé pour exclure une aggravation des troubles cognitifs montre une légère amélioration de la mémoire à long terme. Dans la sphère exécutive les difficultés restent superposables à celles de 2009, avec d'une part une discrète amélioration de la copie d'une figure complexe, mais d'autre part, une légère baisse des performances à la réalisation des séquences graphiques (désormais insuffisantes). Il persiste chez ce patient faiblement scolarisé, souffrant d'une probable dépendance de l'alcool, des difficultés de programmation et de coordination ainsi que d'abstraction et de raisonnement. Par ailleurs, les performances à un test d'organisation visuelle côtoient à nouveau les limites de la norme. L'orientation, les fonctions attentionnelles, mnésiques, phasiques et praxiques sont globalement préservées. En rééducation, le patient a bénéficié de physiothérapie et de mesures de réassurance réitérées parallèlement à l'obtention des résultats rassurants du bilan global effectué. Les mesures rééducatives dans l'objectif de remettre le patient progressivement en charge et de sevrer les cannes ont été confrontées à un patient très centré sur ses douleurs et difficilement mobilisable, se percevant lui-même très handicapé comme le démontre le score au PACT de 52 points. Au total, le patient a pu se sevrer des cannes en tout cas sur la demi-journée voire la journée mais essentiellement lorsqu'il est incité. A la sortie, nous n'avons pas retenu d'indication à poursuivre de la physiothérapie en ambulatoire. Le patient a été instruit à des exercices à domicile avec comme objectif un sevrage définitif de la canne. Au plan socio-professionnel, M. V. \_\_\_\_\_, originaire de [...], en Suisse depuis 1985, marié, trois enfants, sans formation certifiante, a dernièrement travaillé comme temporaire dans une boucherie, licencié dans les suites de son accident. Un dossier AI a été ouvert. Durant le séjour, le patient a été évalué dans les ateliers professionnels où il a réalisé différentes activités légères, sédentaires, avec un port de charge inférieur à 10 kg. Il a été planifié jusqu'à 4 heures. L'évaluation laisse conclure qu'une reprise dans une activité adaptée sans port de charge excédant 5 à 10 kg, et sans déplacement prolongé, peut raisonnablement être envisagée. En revanche, l'ancienne activité d'aide-boucher n'apparaît plus réalisable. Dans une activité légère et adaptée, le pronostic de réinsertion reste cependant limité, essentiellement en raison des facteurs contextuels. ». C'est ainsi que ces praticiens ont retenu que l'assuré présentait une incapacité de travail de 100% dans son activité d'aide-boucher pour une longue durée. Le rapport précité contenait notamment comme annexe un rapport du 3 mai 2012 des ateliers professionnels de la Clinique W. \_\_\_\_\_, où l'assuré a séjourné du 3 mai au 1<sup>er</sup> juin 2012, selon lequel, dans son comportement au travail, l'intéressé était généralement ponctuel, participait aux activités proposées mais sa motivation était modérée et son intérêt pour le travail semblait être limité. Ce document mentionne à la fois les aspects favorisant l'intégration socio-professionnelle suivants : « Dans une activité simple et répétitive, M. V. \_\_\_\_\_ fonctionne de manière adaptée. Il ne semble pas avoir d'attente spécifique par rapport à un emploi » et, au contraire, les aspects pénalisants liés et non liés au handicap suivants : « Sollicitations répétées de la hanche ou forte surcharge. Limitation du port de charge à 5-10 kg. Difficulté à maintenir une position statique prolongée, doit souvent changer de posture. Le manque de maîtrise de la langue française et l'absence d'utilisation des outils informatiques peuvent le pénaliser dans les recherches d'emploi. Sa diction et sa

prononciation précaires sont un frein significatif en particulier lors d'entretiens d'embauche. Son arrêt de travail a débuté en 2008. En raison d'une faible motivation et d'un déconditionnement professionnel, son rythme de travail est légèrement en dessous de la moyenne. Il mentionne avoir des difficultés à lire des plans. Des difficultés de compréhension et de raisonnement face à des tâches complexes sont notées ». De ce fait, les responsables de la réadaptation professionnelle de la Clinique W. \_\_\_\_\_ ont relevé, en ce qui concernait ses capacités d'intégration socio-professionnelle : « Suite à nos observations et aux éléments notés ci-dessus, il nous paraît difficile que M. V. \_\_\_\_\_ retrouve un emploi adapté de manière autonome (manque de maîtrise de la langue française, pas de connaissances informatiques, peu de réseau social, etc). En revanche, dès qu'il intégrera une entreprise dans une activité légère, simple et répétitive, il pourra fonctionner adéquatement ». Ils ont ainsi exposé que la reprise d'un travail dans une nouvelle activité professionnelle sans port de charge excédant 5 à 10 kg et exploitant les capacités fonctionnelles des membres supérieurs pouvait raisonnablement être envisagée. Dans le cadre de son rapport relatif à l'examen médical final du 8 août 2012, le Dr K. \_\_\_\_\_ s'est déterminé comme suit : « 4. Appréciation: (...) Actuellement, le patient dit qu'il a bien essayé de lâcher ses cannes mais il a trop de douleurs. Il n'arrive pas à monter les escaliers. Les douleurs intéressent toute la face externe de la cuisse, prédominant dans la région trochantérienne. Le patient a l'impression que sa musculature est comme du béton. Il a aussi des douleurs nocturnes qu'il compare à une rage de dent. A l'examen clinique, chez un patient en état général assez moyen, la marche s'effectue avec une boiterie d'épargne du MID [membre inférieur droit] s'accompagnant peut-être d'une certaine insuffisance musculaire mais sans véritable phénomène de Trendelenburg. Objectivement, la hanche droite est souple mais douloureuse à la mobilisation qui s'accompagne de contre-pulsions. Les douleurs sont essentiellement externes. La musculature pelvi-trochantérienne est douloureuse à son insertion sur le grand trochanter avec également des douleurs lors des mouvements contre résistance et des lâchages antalgiques. La mobilité est globalement récupérée avec une flexion limitée par les douleurs mais des rotations amples et équilibrées. Comme on s'y attendait, la mise en place d'une PTH n'a rien changé à une symptomatologie douloureuse dont l'origine était clairement extra-articulaire, procédant de phénomènes inflammatoires touchant les parties molles de la hanche et s'accompagnant de phénomènes d'amplification. Du point de vue thérapeutique, il n'y a rien à proposer. Le traitement antalgique et anti-inflammatoire assorti de consultations espacées reste à la charge de la Suva. Les limitations fonctionnelles sont les charges moyennes, la station debout prolongée et les longs trajets. Dans une activité respectant ces limitations, la capacité de travail est entière. Si l'on se réfère à la table 5 du barème de l'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20], détail N° 2870/5.f-2000, un taux de 20% peut être retenu, la situation juste avant la mise en place de la prothèse correspondant à une coxarthrose de gravité moyenne. Une réduction de 50% est justifiée en raison d'un état antérieur patent. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité nette est donc de 10%. ». Par lettre du 15 novembre 2012, la SUVA a donc informé l'assuré qu'elle mettait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 31 janvier 2013, tout en continuant toutefois de prendre en charge deux à trois contrôles médicaux par année ainsi que le traitement antalgique et anti-inflammatoire jusqu'à nouvel avis. Le 27 novembre 2012, l'assuré a fait opposition à cette décision, en alléguant qu'il avait de la peine à marcher suite à l'opération qu'il avait acceptée puisque la SUVA l'avait assuré que cela irait mieux après, mais que tel n'était pas

le cas, et qu'il allait consulter son médecin pour avoir un autre avis que celui du médecin de l'assureur. La SUVA lui a répondu le 30 novembre 2012 que, de l'avis de leur service médical, aucun traitement ne pouvait être proposé pour améliorer son état de santé et qu'une décision serait rendue au sujet de son droit éventuel à d'autres prestations d'assurance, contre laquelle il pourrait le cas échéant faire opposition. Sur demande de la SUVA, Z.\_\_\_\_\_ SA, lui a communiqué, le 9 janvier 2013, le salaire que l'assuré gagnait lorsqu'il était encore à son service, à savoir 17 fr. 34 par heure pour un horaire de travail hebdomadaire moyen de 40 heures, avec une prime de 25% dès 45 heures par semaine et une prime de 50% le dimanche, ainsi que des allocations familiales pour un enfant à charge. Selon le dossier médical du Dr D.\_\_\_\_\_ du 22 janvier 2013, ce praticien a relevé ce qui suit : « (...) Le patient présente des douleurs au niveau de la hanche droite qui se situent à l'intérieur et sur le versant externe. Elles sont dépendantes de la charge ainsi que de la position non changée prolongée. Il n'arrive donc pas à rester longtemps assis ni debout. Il n'arrive pas non plus à marcher sur de long[s] trajet[s]. Je vois la lettre de la Suva ce jour où ils mettent fin aux prestations médicales, ce que je trouve tout à fait réaliste, puisqu'on n'a plus rien à proposer au patient, si ce n'est, éventuellement, 1 à 2x la physiothérapie par an pour soulager les douleurs (je pense que la Suva serait tout à fait d'accord avec cela). Le 2<sup>ème</sup> point me surprend un peu. Le patient présente une entière capacité de travail dans une activité respectant ses limitations. Je trouve cela un peu exagéré même si on a une activité tout à fait adaptée: alterner debout/assis, sans prolongation de la position au-delà de 30 minutes ou d'une heure et le temps de travail qui serait toute la journée avec des pauses prolongées. Ceci nous amènerait (sic) à 66% de capacité de travail, ce qui semble beaucoup plus réaliste. Je laisse le soin à la Suva de réexaminer leur décision. L'autre problème est que le patient est confronté avec la dure réalité du marché du travail actuel. Il sera très difficile de trouver un emploi non qualifié limité dans le temps de travail, que ce soit à 50% ou à 66%. J'ai prescrit au patient des anti-inflammatoires et anti-douleurs. (...) ». Ce rapport a été adressé par l'assuré à la SUVA le 29 janvier 2013. Dans sa lettre d'accompagnement, l'intéressé a fait état de la suspicion de nécrose de la tête fémorale qui, selon le Dr D.\_\_\_\_\_, serait partiellement invalidante et d'origine accidentelle. Cette circonstance requerrait, à son avis, la mise en œuvre d'une instruction médicale complémentaire par la SUVA. Se référant au rapport de ce praticien, il a fait également valoir que sa capacité résiduelle de travail n'était pas supérieure à 66% et cela même dans une activité adaptée. En réponse, la SUVA a fait parvenir à l'assuré une note datée du 7 février 2013 de son médecin d'arrondissement, le Dr K.\_\_\_\_\_, rédigée en ces termes : « Contrairement aux allégations de Me Graf [réd. : conseil de l'assuré], nous n'avons jamais contesté que M. V.\_\_\_\_\_ avait présenté une nécrose de la tête fémorale. Il suffit de relire mon rapport médical du 26.03.2012 pour s'en convaincre. S'il est vrai que cette nécrose a paru d'origine malade chez un patient présentant un alcoolisme chronique, son étiologie n'a guère d'importance, puisque le remplacement prothétique de la tête fémorale a été pris en charge par la Suva. Pour ce qui est de la capacité de travail, le Dr D.\_\_\_\_\_ en fait une appréciation qui sort du champ strictement biomédical, prenant notamment en compte des facteurs contextuels. ». Le 8 février 2013, Z.\_\_\_\_\_ SA a retourné à la SUVA un document selon lequel l'assuré percevait en 2012 et 2013 un montant de 18 fr. 78 de l'heure, pour un horaire de travail hebdomadaire moyen de 40 heures, avec une prime de 25% dès 45 heures par semaine et une prime de 50% le dimanche, ainsi que des allocations familiales pour un enfant à charge. Par décision du 20 février 2013, la SUVA a alloué à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 12'600 fr., correspondant à une atteinte à

l'intégrité de 10%, pour les séquelles de l'accident du 26 août 2008. En revanche, la SUVA a considéré que dites séquelles ne réduisaient pas sa capacité de gain de manière importante et qu'ainsi, les conditions requises pour l'octroi de prestations de rente n'étaient pas remplies. Contre cette décision, l'assuré a fait opposition le 21 mars 2013, en se référant à sa lettre du 29 janvier 2013. Il a réitéré sa demande de mise en œuvre d'une instruction médicale complémentaire pour la suspicion de nécrose de la tête fémorale et il a formulé une demande de rente d'invalidité tenant compte d'une capacité de travail résiduelle non supérieure à 66%. Par courrier du 3 avril 2013, la SUVA a renvoyé l'assuré à sa lettre du 8 février 2013. Elle lui a confirmé que les conditions du droit à des prestations de rente n'étaient pas remplies dès lors que dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, il pourrait réaliser un gain de plus de 40'000 fr. par année et que selon les informations reçues de Z.\_\_\_\_\_ SA, le gain présumable perdu en 2012 et 2013 se monterait à 39'062 fr. 40. Le 26 avril 2013, l'assuré a indiqué à la SUVA qu'il avait, dans sa lettre du 21 mars 2013, d'ores et déjà tenu compte de celle du 8 février 2013. Il a estimé que l'opinion du Dr K.\_\_\_\_\_ divergeait de celle du Dr D.\_\_\_\_\_ et que l'appréciation de ce dernier ne sortait pas du champ biomédical. Le 23 juillet 2013, la SUVA a fait parvenir à l'assuré une appréciation orthopédique datée du même jour établie par le Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur à la Division médecine des assurances de la SUVA à Lucerne. Dans son appréciation, ce spécialiste s'est notamment exprimé comme suit : « Der Unterzeichnende hat bis vor kurzem schwerpunktmässig Endoprothetik an Hüfte und Knie praktiziert. Aus dieser jahrelangen Erfahrung und durch den wissenschaftlichen Austausch mit Fachkollegen, kann aus orthopädischer Sicht bekräftigt werden, dass nach Implantation einer Hüft-Totalprothese Arbeiten mit schweren Belastungen nicht mehr zumutbar sind. Die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit ist daher sicher nicht mehr möglich, was sowohl der Kreisarzt, die Clinique W.\_\_\_\_\_, wie auch der behandelnde Orthopäde Dr D.\_\_\_\_\_ übereinstimmend bestätigen. Diese Arbeit wäre zu schwer und würde die Endoprothese in kurzer Zeit abnutzen. Allerdings weist die Clinique W.\_\_\_\_\_ auch auf unfallfremde Leiden hin, die Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit haben. Auch in der Beurteilung der noch zumutbaren Tätigkeiten stimmen der Kreisarzt und der behandelnde Orthopäde Dr D.\_\_\_\_\_ weitgehend überein, wenn sie schreiben, wechselnd sitzende/stehende Tätigkeit mit verweilen in einer Position zwischen 30 bis 60 Minuten sei möglich, dann sei ein Positionswechsel angezeigt, aufrechtes Stehen über längere Zeit sei nicht mehr zumutbar, längere Gehstrecken seien nicht mehr zumutbar. Die Clinique W.\_\_\_\_\_ hat zusätzliche berufsbezogene Leistungstestungen vorgenommen und ist dabei zu ähnlichen Ergebnissen gekommen, weist allerdings auch auf eine Selbstlimitierung des Versicherten und auf unfallfremde Einflüsse hin. ». Le Dr H.\_\_\_\_\_ a été amené à formuler les conclusions suivantes : « Als Folge des Ereignisses vom 26.08.2008 und der Operation vom 22.08.2011 ist der Versicherte in seiner Leistungsfähigkeit eingeschränkt. Das Zumutbarkeitsprofil wurde aus Sicht eines orthopädisch- chirurgisch Erfahrenen unter spezieller Berücksichtigung der implantierten Hüft- Endoprothese rechts festgelegt. Die zeitlichen und belastungsmässigen Einschränkungen wurden im Zumutbarkeitsprofil auf der Stufe der einzelnen Tätigkeitsbereiche berücksichtigt, sodass von einem vollen Arbeitspensum ausgegangen werden muss. Beantwortung der Fragen Ausgehend von einem vollen Arbeitspensum sind folgenden dem Leiden angepasste Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zumutbar : · Abwechselnd sitzende/stehende Tätigkeiten bis je eine Stunde · Gehen bis eine Stunde · Heben und Tragen von Lasten bis 15 kg ·

Gelegentliches Treppen- und Leiternsteigen Nicht mehr zumutbar sind : · Andauernde stehende Tätigkeiten über einer Stunde · Andauernde sitzende Tätigkeiten über einer Stunde · Gehen über eine Stunde ohne Pause · Heben und Tragen von Lasten über 15 kg · Regelmässiges Treppen- Leiternsteigen · Arbeiten, die Schläge auf das Hüftgelenk ausüben, z. Bsp. Sprünge aus der Höhe von über 1 m Neben arbeitsgesetzlich vorgegebenen Pausen und Mittagszeit sind keine zusätzlichen Pausen vorgesehen, sofern das Zumutbarkeitsprofil eingehalten wird. ».

Le 31 juillet 2013, Z. \_\_\_\_\_ SA a confirmé à la SUVA que, s'il avait été toujours à son service, l'assuré aurait bénéficié d'un treizième salaire et aurait probablement été amené à effectuer des heures supplémentaires estimées à 55 heures, mais n'aurait toutefois pas travaillé les jours fériés. La SUVA a donc déterminé le 12 août 2013 le gain présumable perdu de l'intéressé en 2013 selon la calcul suivant : 39'062 fr. 40 (18 fr. 78 x 40 x 52) + 1'032 fr. 90 (55 heures x 18 fr. 78) + 3'326 fr. 25 (13 e salaire 8.33% s/ 40'075 fr. 30), soit au total 43'401 fr. 55. Cinq descriptions de postes de travail (DPT), qui correspondaient à la profession de collaborateur de production et qui tenaient compte d'exigences physiques, ont été versées le 12 août 2013 par la SUVA au dossier de l'assuré. Ces cinq postes ont été sélectionnés dans une liste, tirée d'une banque de données de la SUVA, de quarante postes d'employés et collaborateurs de production dans le canton de Vaud dont les salaires sont compris entre 37'700 fr. et 71'876 fr., le salaire moyen étant de 54'226 francs. Il s'agissait d'une fonction de serveur aux presses dans une entreprise active dans la fabrication mécanisée de pièces en plastique (salaire moyen de 50'880 fr. ; position assise de ½-3h environ et position debout de 3-5h¼ environ ; rarement port de charge très légère jusqu'à 5 kg), de gestionnaire stock et emballage dans une fabrique de boîtes à musique (salaire moyen de 52'520 fr. ; position assise de 3-5h¼ environ et position debout de 3-5h¼ environ ; rarement port de charge légère de 5 à 10 kg), d'affûtage dans une entreprise d'instruments dentaires (salaire moyen de 53'950 fr. ; l'employé peut décider librement s'il souhaite travailler en position assise ou debout ; rarement port de charge très légère jusqu'à 5 kg), de montage dans une société de circuits imprimés et de modules électroniques (salaire moyen de 54'900 fr. ; position assise de 3-5h¼ environ et position debout de ½-3h environ ; rarement port de charge très légère jusqu'à 5 kg), ainsi que de repriseur dans une entreprise de rectifiage et de finition de pièces destinées notamment à l'horlogerie et au domaine médical (salaire moyen de 58'350 fr. ; l'employé peut décider librement s'il souhaite travailler en position assise ou debout ; parfois port de charge très légère jusqu'à 5 kg). Dans sa décision sur opposition du 14 août 2013, la SUVA a confirmé la décision querellée et rejeté l'opposition que l'assuré a formée le 21 mars 2013 et confirmée le 26 avril 2013. Elle a considéré qu'elle avait, à juste titre, refusé à l'intéressé tout droit à une rente d'invalidité, en se fondant en cela sur les avis des Drs K. \_\_\_\_\_ et H. \_\_\_\_\_. Elle a fait valoir qu'à l'instar du médecin traitant de l'assuré, le Dr D. \_\_\_\_\_, ces spécialistes en orthopédie n'ont pas contesté que la reprise du travail chez X. \_\_\_\_\_ SA n'était plus exigible. En revanche, ils ont estimé qu'il pouvait exercer à pleins temps et rendement toutes sortes d'activités en position alternée sans port de charges importantes, alors que le Dr D. \_\_\_\_\_ concluait à une capacité de travail de 66%, au motif que même des pauses prolongées étaient nécessaires dans une activité adaptée par ailleurs difficile à trouver. La SUVA a estimé que l'avis du Dr D. \_\_\_\_\_ sortait du champ strictement biomédical et, comme il s'agissait du médecin traitant, ne remplissait pas les conditions matérielles d'une expertise, de sorte que l'on ne saurait se fonder exclusivement sur ses conclusions. Pour déterminer le revenu d'invalidité, la SUVA s'était basée sur sa banque de données actualisée qui recense des postes de travail existants dans

l'économie, d'où elle a tiré quarante postes de travail pouvant entrer en considération d'après le type de handicap et sélectionné cinq descriptions de postes de travail. Or, aucune perte n'apparaissait en comparant, sur cette base, le revenu présumable sans invalidité et le revenu moyen exigible. B. Par acte daté du 13 septembre 2013 et reçu le 17 septembre 2013 par la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, V. \_\_\_\_\_, représenté par Me Florence Bourqui, a recouru contre la décision sur opposition précitée. Il concluait, avec suite de frais et dépens, à ce qu'elle soit annulée, à ce qu'une rente d'invalidité de 28% au moins lui soit octroyée et, subsidiairement, à ce qu'une expertise judiciaire soit ordonnée afin de trancher la question de la diminution de rendement. Le recourant a allégué, d'une part, que sa capacité de rendement n'avait pas fait l'objet d'une investigation complète et adéquate et, d'autre part, que son gain hypothétique n'avait pas été correctement calculé. S'agissant de sa capacité de travail, il a estimé que l'intimée se fondait uniquement sur le rapport de son médecin-conseil, le Dr H. \_\_\_\_\_, qu'il considérait lacunaire et dénué de force probante, dès lors que ce praticien était le seul parmi les médecins concernés à ne pas l'avoir vu, qu'il s'était limité à une analyse des suites de la pose de la prothèse sans prendre en compte les troubles liés à la fesse droite, qu'il concluait à un « unerklärbares Schmerzsyndrom » alors que les autres médecins mentionnaient clairement l'origine inflammatoire des douleurs extra-articulaires, que son rapport comprenait des considérations générales tirées de l'expérience en cas de prothèse de hanche et non pas de son cas particulier, et qu'il mentionnait d'abord une limite à 10 kg puis, sans autre explication, à 15 kg dans ses conclusions. Contrairement à ce que retenait le Dr H. \_\_\_\_\_, le recourant a mis en exergue la nécessité de pauses supplémentaires qui réduisaient d'un tiers sa capacité de travail réelle dans une activité adaptée, telle que médicalement constatée par le Dr D. \_\_\_\_\_. Selon lui, son médecin-traitant, le Dr K. \_\_\_\_\_ et le Dr B. \_\_\_\_\_ ont constaté que rien ne pouvait apparemment être entrepris pour diminuer ses douleurs, mais seul le Dr D. \_\_\_\_\_ s'était interrogé sur l'impact de ses douleurs sur sa capacité de rendement et l'intimée ne pouvait dénier toute valeur probante à son rapport du 23 février 2013. Si la Cour de céans ne devait pas considérer le rapport du Dr D. \_\_\_\_\_ comme suffisant, le recourant a demandé à ce qu'une expertise judiciaire soit mise en œuvre, afin d'investiguer les conséquences, sur sa capacité de rendement, de ses troubles extra-articulaires et inflammatoires. Quant au calcul de son gain hypothétique, il a fait valoir que quatre des cinq postes présentés par l'intimée ne permettaient pas l'alternance des positions exigée par son état de santé. Il a donc demandé à ce qu'elle présente des postes adaptés en suffisance pour déterminer concrètement le revenu qu'il pourrait obtenir et, si elle ne devait pas parvenir à en trouver, que son gain hypothétique tienne compte d'un abattement de 20% compte tenu du type d'exigences physique reconnues, de son âge, de sa nationalité étrangère et de sa formation limitée. Se référant à l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2010, le recourant a allégué qu'il fallait retenir que, pour des activités simples et répétitives, le salaire moyen d'un homme s'élevait à 58'812 fr. par an. Son taux d'invalidité devait donc être fixé à 28%, compte tenu d'un gain réalisable avec invalidité de 31'052 fr. (y compris diminution de rendement d'un tiers et abattement de 20%) et d'un gain sans invalidité de 43'401 francs. Dans sa réponse du 21 octobre 2013, l'intimée, représentée par Me Olivier Derivaz, a conclu au rejet du recours et à la confirmation de sa décision sur opposition du 14 août 2013. Elle a contesté ne pas avoir apprécié correctement l'état de santé du recourant et a fait valoir qu'elle s'était basée sur des avis médicaux convaincants émis par des personnes qualifiées, après une instruction complète, à l'issue d'une appréciation de tous les faits

pertinents. En particulier, la Clinique W.\_\_\_\_\_ avait clairement circonscrit les limitations fonctionnelles de l'intéressé à la suite de son deuxième séjour, en mettant également en évidence les facteurs contextuels de sa situation. L'avis du médecin traitant ne représentait, selon l'intimée, pas une raison suffisante de s'écarter de son avis après soumission du cas au Dr H.\_\_\_\_\_. Concernant les activités admissibles dans le cas du recourant, elle a indiqué que celles-ci pouvaient être exercées en respectant les limitations médicalement retenues et que les revenus liés à ces activités devaient donc être jugés comme plausibles. Par réplique du 6 novembre 2013, le recourant a confirmé ses conclusions et relevé à nouveau qu'à son avis, seul son médecin traitant avait pris en considération la diminution de rendement due aux douleurs, dont l'aspect somatique avait été reconnu par tous les intervenants. Le Dr H.\_\_\_\_\_, que l'intimée avait mandaté à cet effet, n'avait pas établi de rapport convaincant pour les raisons mentionnées dans son recours, sur lesquelles elle ne s'était d'ailleurs pas exprimée dans sa réponse. Sur cette base, le recourant a donc demandé la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. Quant à la description des postes présentés, il a maintenu sa position, selon laquelle il y aurait une inadéquation manifeste entre ces postes et ses limitations fonctionnelles. Dans sa duplique du 28 novembre 2013, l'intimée a confirmé ses conclusions, en observant que la réplique du recourant ne contenait pas d'élément médical à proprement parler nouveau. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 LPGA) auprès du tribunal des assurances compétent, à savoir celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et satisfaisant aux autres conditions de forme, est recevable. b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a et 94 al. 4 LPA-VD). 2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 ; ATF 125 V 413 consid. 2c ; ATF 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53). b) Le litige porte en l'occurrence sur le point de savoir si le recourant peut prétendre à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents pour les suites de l'événement du 26 août 2008. Plus précisément, dans le cadre de la présente procédure judiciaire, le recourant fait valoir des griefs matériels portant, d'une part, sur l'évaluation de sa capacité résiduelle de travail et, d'autre part, sur la détermination de son gain hypothétique. 3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, sauf disposition contraire 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. 4 LPGA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au

corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose notamment entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; ATF 129 V 402 consid. 4.3.1 ; ATF 119 V 335 consid. 1 ; ATF 118 V 286 consid. 1b ; TF 8C\_377/2009 du 18 février 2010 consid. 5.1). Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 129 V 402 consid. 4.3 ; ATF 129 V 177 consid. 3.1). Ainsi, lorsque l'exigence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 402 consid. 4.3.1 ; ATF 119 V 335 consid. 1 ; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références citées ; TF U 74/07 du 10 janvier 2008 consid. 3). Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante ; TF U 74/07 du 10 janvier 2008 consid. 3) ou s'il est parvenu au stade de l'évolution qu'il aurait atteint sans la survenance de l'accident (statu quo sine ; TF 8C\_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.3). Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement post hoc ergo propter hoc ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF U 74/07 du 10 janvier 2008 consid. 4.3 ; TF 8C\_6/2009 du 30 juillet 2009 consid. 3). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré (TF 8C\_262/2008 du 11 février 2009 consid. 2.2). La preuve de la disparation du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (TF U 48/07 du 6 novembre 2007 consid. 3 ; TF U 307/05 du 8 janvier 2007 consid. 4 ; TFA U 222/04 du 30 novembre 2004 consid. 1.3). Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience 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 ; ATF 129 V 402 consid. 2.2 ; ATF 125 V 456 consid. 5a ; TF 8C\_710/2008 du 28 avril 2009 consid. 2). L'existence d'un rapport de causalité adéquate est une question de droit ;

elle doit être appréciée sous l'angle juridique et tranchée par l'administration ou le juge, non par des experts médicaux (ATF 107 V 173 consid. 4b ; TF U 493/06 du 5 novembre 2007 consid. 3.1). Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, en matière de troubles physiques, la causalité adéquate se recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle (ATF 118 V 286 consid. 3a ; ATF 117 V 359 consid. 5d/bb ; TF 8C\_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1 in fine et les références citées).

b) Selon 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 réadaptation 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). A teneur de 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 santé 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.

c) Conformément au principe inquisitoire régissant la procédure dans le domaine des assurances sociales, il appartient en premier chef à l'administration de déterminer, en fonction de l'état de fait à élucider, quelles sont les mesures d'instruction qu'il convient de mettre en œuvre dans un cas d'espèce donné. Elle dispose à cet égard d'une grande liberté d'appréciation. Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou s'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (TF U 316/06 du 6 juillet 2007 consid. 3.1.1). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C\_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). En cas de recours, le tribunal se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes afin de prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4 ; ATF 115 V 133 consid. 2 ; ATF 114 V 310 consid. 3c ; ATF 105 V 156 consid. 1 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 ; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2). Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (principe de la libre appréciation des preuves consacré notamment à l'art. 61 let. c LPGA). Il ne peut écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante (TF 8C\_255/2012 du 10 avril 2013 consid. 4.2). Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons

pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C\_573/2010 du 8 août 2011 consid. 4.1 ; TF 9C\_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). Pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il faut 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 dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_510/2009 du 3 mai 2010 consid. 3.2.2 ; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee ; TFA U 216/04 du 21 juillet 2005 consid. 5.2). Le Tribunal fédéral a par ailleurs précisé que la CNA/SUVA n'intervenait pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'était en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi, raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA/SUVA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées). 4. En l'occurrence, il est admis qu'eu égard aux séquelles physiques causées par l'accident du 26 août 2008, le recourant n'est plus en mesure d'exercer son activité antérieure d'aide-boucher. Se fondant sur l'avis des Drs K.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_, qui s'appuient sur l'appréciation des spécialistes de la Clinique W.\_\_\_\_\_, l'intimée retient néanmoins que le recourant conserve une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, ce que l'intéressé réfute en se prévalant du rapport de son médecin traitant, le Dr D.\_\_\_\_\_, du 22 janvier 2013 et en déniait toute force probante au rapport du Dr H.\_\_\_\_\_ du 23 juillet 2013. a) Sur le plan physique, il est constant que l'accident de travail, dont le recourant a été victime le 26 août 2008, a affecté sa santé. Depuis son premier rapport du 21 octobre 2008, le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a maintenu comme diagnostics un status après écrasement de la hanche et cuisse droites, ainsi qu'une suspicion de nécrose de la tête fémorale et de déchirure du quadriceps droit. Le Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a considéré que le recourant présentait des lésions préexistantes à l'accident et une coxarthrose décompensée

lors de l'accident, selon ses rapports des 13 et 20 mars 2009. Le Dr Q. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé, dans son expertise du 10 septembre 2009, les diagnostics de rupture partielle traumatique de la face interne du droit antérieur droit, de tendinopathie des muscles psoas et fessiers droits secondaire, de contusion osseuse de la tête fémorale antéro-médiale et de coxarthrose bilatérale débutante discrètement plus avancée à droite, secondaire à un conflit fémoro-acétabulaire droit. Ce spécialiste a estimé que toutes ces affections étaient des conséquences directes ou indirectes du traumatisme du 26 août 2008, sauf éventuellement la coxarthrose diagnostiquée. Dans sa deuxième expertise médicale du 13 décembre 2010, le Dr Q. \_\_\_\_\_ a constaté une amélioration au niveau musculaire, en continuant de laisser ouverte la question de savoir dans quelle mesure le traumatisme a décompensé le processus arthrosique. Suite à cette deuxième expertise du Dr Q. \_\_\_\_\_, les Drs K. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie, et D. \_\_\_\_\_ ont partagé l'opinion selon laquelle il y aurait une aggravation de la situation au niveau de la hanche droite qui serait liée à l'accident, tout en soulignant la difficulté dans le cas du recourant de s'orienter vers un diagnostic précis en raison du caractère démonstratif de l'intéressé et de ses plaintes principales difficiles à diagnostiquer (voir notamment rapport du 25 mars 2011 du Dr D. \_\_\_\_\_ et celui du 29 mars 2011 du Dr K. \_\_\_\_\_). Finalement, le recourant a été opéré le 22 août 2011 avec la mise en place d'une prothèse de la hanche droite. Il convient par ailleurs de relever que, suite à l'événement accidentel du 26 août 2008, l'intimée a pris en charge l'intégralité des soins médicaux envisagés et versé des indemnités journalières jusqu'au 31 janvier 2013. b) Dans le cadre des différents examens effectués à la Clinique W. \_\_\_\_\_ lors d'un premier séjour du 1<sup>er</sup> décembre 2009 au 12 janvier 2010, les mêmes diagnostics que ceux posés par le Dr Q. \_\_\_\_\_ ont été retenus et d'autres troubles ont été observés, soit un éthylysme chronique, un tabagisme actif, des troubles cognitifs légers et une ostéopénie, ayant également un impact sur la santé du recourant. Les différents spécialistes intervenus (spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation ainsi qu'en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, spécialiste FMH en médecine interne générale et en rhumatologie, psychologue spécialiste en neuropsychologie FSP et physiothérapeutes diplômés) ont alors considéré qu'il n'y avait plus de diagnostic traumatique limitant la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée. Durant un deuxième séjour à la Clinique W. \_\_\_\_\_ du 17 avril au 5 juin 2012, les mêmes diagnostics de rupture partielle traumatique de la face interne du droit antérieur droit, de petite fracture sous-chondrale du versant antéro-médial de la tête fémorale droite, de coxarthrose bilatérale débutante prédominant à droite, sur conflit fémoro-acétabulaire, d'antécédent de tendinopathie des muscles psoas et fessiers droits, d'ostéonécrose de la tête fémorale droite avec mise en place d'une prothèse, d'éthylysme chronique, de tabagisme actif, de troubles cognitifs légers et d'ostéopénie ont été signalés. Après évaluation et notant, en particulier, la difficulté du recourant à maintenir une position statique prolongée, les spécialistes consultés sont parvenus à la conclusion qu'une reprise dans une activité adaptée sans port de charge excédant 5 à 10 kg et sans déplacement prolongé, pouvait raisonnablement être envisagée. Ils ont toutefois souligné, dans son cas, l'existence d'aspects pénalisants non liés au handicap et de capacités limitées d'intégration socio-professionnelle. Sur cette base, le Dr K. \_\_\_\_\_ a rendu le 8 août 2012 un rapport relatif à l'examen médical final. Ce rapport reprend l'évolution de la situation médicale du recourant suivant les pièces du dossier, il tient compte des déclarations du patient et fait état de constatations médicales objectives. Dans son appréciation, ce praticien

tire le constat selon lequel il n'y a rien à proposer du point de vue thérapeutique. Il considère que la capacité de travail est entière dans une activité respectant les limitations fonctionnelles qui sont les charges moyennes, la station debout prolongée et les longs trajets. Le constat tiré le 8 août 2012 par le Dr K. \_\_\_\_\_, selon lequel il n'y avait plus rien à proposer du point de vue thérapeutique, a été partagé par le Dr D. \_\_\_\_\_ le 22 janvier 2013. En revanche, le Dr D. \_\_\_\_\_ a estimé qu'il était « un peu exagéré » de considérer que le recourant présentait une entière capacité de travail dans une activité adaptée, alors qu'une capacité de travail de 66% lui semblait plus réaliste, en se référant à la dure réalité du marché du travail. Ayant réexaminé la question de la capacité de travail du recourant dans son appréciation datée du 23 juillet 2013, le Dr H. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a retenu une capacité de travail totale dans une activité adaptée, en estimant que les avis du Dr K. \_\_\_\_\_, du Dr D. \_\_\_\_\_ et de la Clinique W. \_\_\_\_\_ concordaient sur le type de limitations fonctionnelles dans le cas du recourant quant à l'alternance de positions assise et debout et des déplacements limités. Il a aussi relevé que le port de charges ne devait pas excéder 10 kg. Le Dr H. \_\_\_\_\_ a estimé que ce profil était compatible avec une activité à plein temps comportant des pauses et une interruption à midi selon la loi sur le travail et que, sous condition de respecter les limitations fonctionnelles décrites, aucune pause supplémentaire n'était nécessaire. Ce praticien a ainsi livré une appréciation orthopédique détaillée, en s'appuyant sur les pièces du dossier du recourant et ses radiographies. Après avoir résumé la situation et les principaux documents du dossier, le Dr H. \_\_\_\_\_ s'est déterminé de manière synthétique en ce qui concernait les activités qui pouvaient encore être raisonnablement exigées de l'intéressé, en analysant les observations du Dr K. \_\_\_\_\_, du Dr D. \_\_\_\_\_ et de la Clinique W. \_\_\_\_\_ et en se fondant sur son expérience. Il a estimé qu'un examen clinique n'aurait pas apporté d'autre élément pour fonder son appréciation. En résumé, les avis médicaux susmentionnés plaident en faveur d'une entière capacité de travail dans une activité adaptée. Il convient de retenir plus spécifiquement que les spécialistes de la Clinique W. \_\_\_\_\_ ont vérifié l'aptitude au travail du recourant dans un poste respectant des limitations fonctionnelles quant au port de charge, à la position et au déplacement, et que, procédant à un examen final de la situation, le Dr K. \_\_\_\_\_ a confirmé la pleine exigibilité d'une activité adaptée aux restrictions physiques mises en évidence à l'issue des séjours successifs de l'intéressé à la Clinique W. \_\_\_\_\_. En particulier, pour les spécialistes de la Clinique W. \_\_\_\_\_, seuls des paramètres contextuels (manque de maîtrise de la langue française, absence de connaissances informatiques, réseau social limité, faible motivation, déconditionnement professionnel, etc.) font obstacle à un retour au travail. Dans son rapport du 22 janvier 2013, le Dr D. \_\_\_\_\_ fait état de tels facteurs contextuels et indique comme étant plus réaliste une capacité de travail de 66%. Or, ces paramètres contextuels s'avèrent indépendants de tout accident et le droit des assurances sociales, en tant qu'il a pour objet la question de l'invalidité, s'en tient à une conception essentiellement biomédicale de la maladie dont sont exclus les facteurs psychosociaux ou socioculturels (ATF 127 V 294 consid. 5a ; TF 9C\_837/2011 et 9C\_845/2011 du 29 juin 2012 consid. 6.3 ; TF 9C\_603/2009 du 2 février 2010 consid. 4.1). Lorsqu'il mentionne à titre indicatif une capacité de travail à 66%, dans un extrait daté du 22 janvier 2013 de son dossier médical concernant le recourant, le Dr D. \_\_\_\_\_ émet une sorte d'estimation, sans autre vérification. Ce médecin traitant ne conteste pas le résultat des investigations menées sur une certaine période quant aux aptitudes de l'intéressé par les différents spécialistes de la Clinique W. \_\_\_\_\_. Il évoque

seulement la nécessité pour celui-ci d'effectuer des pauses prolongées durant le temps de travail. Ce point a été réexaminé par le Dr H. \_\_\_\_\_, à la demande de l'intimée, et ce dernier a confirmé la pertinence des évaluations faites par le Dr K. \_\_\_\_\_ et la Clinique W. \_\_\_\_\_. Le fait que le Dr H. \_\_\_\_\_ retranscrit 15 kg dans ses conclusions, alors qu'il fait état d'une limite pour le port de charges à 10 kg, à plusieurs reprises, dans son appréciation, en reprenant sur ce point les éléments retenus par le Dr K. \_\_\_\_\_ et les spécialistes de la Clinique W. \_\_\_\_\_, n'a eu aucune incidence pour le recourant, puisque l'intimée a effectivement pris en compte une limite à 10 kg pour sélectionner les activités envisageables. Il ressort de ce qui précède que c'est à bon droit que l'intimée s'est fondée sur les limitations fonctionnelles circonscrites précisément par la Clinique W. \_\_\_\_\_ pour délimiter sa recherche de descriptions de postes de travail.

5. Le deuxième point litigieux a trait à la détermination du gain hypothétique du recourant. En l'occurrence, ce dernier conteste le calcul du gain hypothétique effectué par l'intimée, selon lequel aucune perte de gain n'apparaît en comparant le revenu présumable sans invalidité et le revenu moyen exigible.

a) 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. La notion de marché du travail équilibré est certes théorique et abstraite mais elle est inhérente au système et trouve son fondement à l'art. 16 LPGA. Cela signifie qu'il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail – ce qui revient à l'assurance-chômage –, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de main d'œuvre (TF 8C\_771/2011 du 15 novembre 2012 consid. 4.2).

b) La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité ; dans la mesure où ils ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 128 V 29 consid. 1 ; TF 9C\_195/2010 du 16 août 2010 consid. 6.2 ; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit, 2 e éd., Bâle/Genève/Munich 2007, n° 165 pp. 898-899). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.1 et 4.2 ; TF I 471/05 du 11 mai 2006 consid. 3.2).

c) Le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé ; le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible, c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte si nécessaire de l'évolution des prix et de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 ; TF 9C\_651/2008 du 9 octobre 2009 consid. 6.1.2.1). En l'espèce, le recourant ne remet pas en cause le revenu hypothétique sans invalidité, dont le calcul ne prête pas flanc à la critique.

d) Quant au revenu d'invalide, lorsque l'assuré ne met pas, ou pas pleinement, à profit sa capacité de travail après l'accident, il peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS (enquête suisse sur la structure des salaires)

ou sur les données salariales résultant des DPT (descriptions de postes de travail) établies par la CNA/SUVA (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1). La jurisprudence admet que les DPT, qui reposent sur des postes de travail concrets et permettent de ce fait une approche différenciée des activités exigibles en prenant en compte les limitations dues au handicap de l'assuré, les autres circonstances personnelles et professionnelles, ainsi que les aspects régionaux, constituent une base plus concrète que les données tirées de l'ESS pour apprécier le salaire d'invalidé, même si le Tribunal fédéral a renoncé à donner la préférence à l'une ou l'autre de ces méthodes d'évaluation (ATF 129 V 472 consid. 4.2 ; Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 165 p. 901). Les données salariales qui résultent des DPT ne peuvent toutefois servir au calcul du revenu d'invalidé que pour autant que certaines conditions soient remplies. Ainsi, l'assureur doit communiquer cinq DPT au moins et indiquer également le nombre total de places de travail entrant en considération pour l'assuré et documentées dans sa base de données, de même que le salaire le plus élevé et le plus bas, ainsi que le salaire moyen pour l'ensemble de ces emplois (ATF 129 V 472 consid. 4.2.2). Les éventuelles objections de l'assuré sur le choix et la représentativité des DPT dans le cas concret doivent être soulevées, en principe, durant la procédure d'opposition (ATF 129 V 472 consid. 4.2.2 ; TF 8C\_647/2013 du 4 juin 2014 consid. 7.1). Par ailleurs, il n'y a pas lieu de procéder à une réduction en cas de recours à des DPT car celles-ci prennent déjà en considération la situation particulière de l'assuré. Plus précisément, lorsque le revenu d'invalidé est déterminé sur la base des DPT, une réduction du salaire, eu égard au système même des DPT, n'est ni justifiée ni admissible (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3 ; TF 8C\_715/2008 du 16 mars 2009 consid. 4.3). On précisera encore que c'est la moyenne des salaires moyens issue des DPT qui est déterminante pour calculer le gain d'invalidé (TF 8C\_149/2012 du 16 mai 2012 consid. 2.2). e) Dans le cas d'espèce, à défaut d'activité exercée par le recourant ensuite de son accident, l'intimée était en droit de recourir aux DPT pour établir le revenu d'invalidé de ce dernier. Le recourant n'a pas formulé de réserve au sujet de l'application par l'intimée des DPT dans le cadre de l'opposition qu'il a formée le 21 mars 2013 et confirmée le 26 avril 2013 à l'encontre de la décision du 20 février 2013. En date du 12 août 2013, l'intimée a sélectionné quarante postes de travail pouvant entrer en considération d'après le type de handicap et sélectionné cinq DPT. C'est donc au stade de son recours contre la décision sur opposition que le recourant a fait valoir que quatre des cinq postes présentés par l'intimée ne permettaient pas l'alternance des positions exigée par son état de santé. Il a alors demandé que l'intimée présente des postes adaptés en suffisance ou que son gain hypothétique tienne compte d'un abattement de 20% compte tenu du type d'exigences physiques reconnues, de son âge, de sa nationalité étrangère et de sa formation limitée. En l'occurrence, l'intimée a respecté la procédure imposée par la jurisprudence en matière de sélection de DPT, le choix des DPT n'étant pas critiquable au vu des descriptifs de poste. En effet, il ressort clairement pour deux des postes que l'employé peut décider librement s'il souhaite travailler en position assise ou debout. En ce qui concerne les trois autres postes, des périodes de position assise (parfois ou souvent, entre ½ et 3h ou 3 à 5h environ) et des périodes de position debout (parfois ou souvent, entre 3 et 5h environ) sont indiquées. Tous mentionnent la possibilité de pauses dans le déroulement du travail. Quatre des cinq postes présentés ne prévoient le port de charges que très légères (jusqu'à 5 kg), et ce plutôt rarement ; le cinquième poste mentionne le port de charges légères (jusqu'à 10 kg) dans de rares cas. Ils peuvent d'ailleurs être occupés autant par des hommes que par des femmes. Aucune des cinq activités ne signale de déplacements de plus de 50 mètres. Ces postes correspondent à un niveau d'école

primaire ou de formation élémentaire et peuvent être occupés au terme d'une courte formation interne (entre une semaine et six mois au maximum dans un seul cas), de sorte qu'ils tiennent compte du parcours scolaire et de l'expérience professionnelle du recourant ainsi que de ses capacités fonctionnelles dans une activité légère, simple et répétitive. Ainsi, ces postes de travail correspondent aux limitations fonctionnelles retenues par l'intimée. Vérifié d'office et par ailleurs non critiqué en soi par le recourant, le calcul du revenu moyen fondé sur les cinq DPT sélectionnées est correct (54'120 fr.) et peut être repris. Ainsi, il ne résulte de la comparaison des revenus aucune perte de gain. 6. Selon le principe de l'appréciation anticipée des preuves, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a ; TF 8C\_103/2009 du 29 octobre 2009 consid. 3.2 ; TF 8C\_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2) En l'espèce, il ressort du dossier que c'est sur la base d'un dossier médical complet ayant fait l'objet d'exams approfondis que l'intimée a fondé sa décision de ne pas octroyer de rente d'invalidité dans la mesure où les conditions requises n'étaient pas remplies dans le cas du recourant. En particulier, les éléments sur lesquelles s'est basée l'intimée pour apprécier la capacité résiduelle de l'intéressé sont pertinents et ne souffrent d'aucune contradiction. L'expertise médicale requise par le recourant n'a donc pas lieu d'être ordonnée. 7. En définitive, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition attaquée confirmée. Il n'y a pas lieu de percevoir des frais de justice, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA ; art. 45 LPA-VD). Le recourant qui succombe ne peut en outre pas prétendre à l'octroi de dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD).

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