

VD_GERICHTE ZA09.030642 vom 21. März 2011

VD Tribunal cantonal, 2011-03-21, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA09.030642

FR: VD_GERICHTE ZA09.030642 du 21 mars 2011

IT: VD_GERICHTE ZA09.030642 del 21 marzo 2011

Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AA 108/09 - 36/2011 CO UR DE S ASSURANCES S
OCIALES _____ Arrêt du 21 mars 2011

_____ Présidence de M. JOMINI Juges : MM. Neu et Gerber, juge
suppléant Greffier : M. Addor ***** Cause pendante entre : D. _____, à Lausanne,
recourant, représenté par Me Gilles-Antoine Hofstetter, avocat à Lausanne, et CAISSE
NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à Lucerne, intimée.
_____ Art. 4 LPGA; 6 al. 1, 24 al. 1 et 25 al. 1 LAA; 36 OLAA 402

- 2 - E n f a i t : A. D. _____, né en 1962, habitant Lausanne et originaire de
Bosnie-Herzégovine, était employé comme ouvrier du bâtiment depuis avril 1985 par
Y. _____ AG et était à ce titre assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en
cas d'accidents (ci-après: la CNA) contre les accidents professionnels et non professionnels.
Il était en congé- maladie depuis le 16 décembre 2005 et touchait des indemnités
journalières de l'assurance-maladie. Il souffrait d'une polyarthrite rhumatoïde séropositive.
Le 4 décembre 2006, il a eu un accident de voiture entre Sion et Viège: la voiture qu'il
conduisait a été heurtée frontalement par un véhicule arrivant à contresens. Il a subi une
fracture de la rotule droite, de la malléole interne de la cheville droite et de la diaphyse du
péroné droit. Il a été hospitalisé d'abord à l'hôpital de [...] puis à l'Hôpital C. _____ du 5
au 22 décembre 2006. Il a fait l'objet d'une réduction ouverte et d'une ostéosynthèse de la
rotule droite et de la malléole interne de la cheville droite le 7 décembre 2006. Selon un
rapport médical du Dr J. _____, chef de clinique au Service d'orthopédie et de
traumatologie de l'appareil moteur de l'Hôpital C. _____, daté du 24 janvier 2007, la
réadaptation est rendue plus difficile par la polyarthrite rhumatoïde séropositive. Selon un
rapport du 11 juin 2007 du Dr H. _____, médecin assistant senior à ce même service: «
Evolution défavorable, le patient est connu pour une polyarthrite rhumatoïde sévère qui ne
répond pas au traitement instauré à l'hôpital K. _____ fin avril. Au status, on note une
tuméfaction importante des 2 genoux avec une flexion/extension de 90-0-0 à droite, 100-0-0
à gauche, douleurs importantes à la mobilisation. Au niveau de la cheville droite, pas de
tuméfaction, flexion/extension 15-0-20. » Selon un rapport du Dr Z. _____, médecin
d'arrondissement de la CNA, du 10 août 2007, D. _____ dit qu'il a encore passablement
de douleurs dans le genou droit et la cheville droite et ces articulations ont tendance à
enfler. Les douleurs sont permanentes, aggravées par la marche, également nocturnes.
L'examen clinique met en évidence une

- 3 - discrète boiterie d'épargne du membre inférieur gauche. Objectivement, le genou droit,
qui s'étend complètement, présente une lame d'épanchement et une discrète synovite
(c'est-à-dire une inflammation de la membrane tapissant l'intérieur de la capsule des
articulations mobiles) tandis que le genou gauche paraît sec. Le genou droit est un peu
sensible à la mobilisation en fin de course. La flexion est modérément limitée. Les signes

rotuliens sont positifs à droite. La cheville droite est modérément élargie par un oedème chronique. Elle n'est pas douloureuse à la mobilisation. Les amplitudes articulaires sont bien récupérées. On note une discrète amyotrophie, un peu diffuse, de tout le membre inférieur droit. Sur les radiographies, la malléole interne droite paraît bien reconstruite, tandis qu'il y a une petite marche d'escaliers sur la face articulaire de la rotule. Le Dr Z._____ relève que l'affection malade (la polyarthrite) et les suites de l'accident sont manifestement intriquées. Selon un rapport du 7 septembre 2007, du Dr X._____, privat-docent, du Service de rhumatologie, médecine physique et réhabilitation de l'Hôpital K._____ de l'Hôpital C._____, D._____ a bien répondu à un traitement de MabThera, malgré une activité résiduelle de la maladie avec huit articulations tuméfiées et douloureuses, une raideur matinale et certainement des tuméfactions et des douleurs persistantes. La situation est incomparable à celle prévalant avant le traitement. Il existe certainement une limitation dans les possibilités de traitement à cause de cette atteinte inflammatoire persistante, mais néanmoins acceptable et compatible avec une réadaptation. Un nouveau cycle de traitement était prévu en octobre 2007. D._____ a séjourné du 27 novembre 2007 au 19 décembre 2007 à la Clinique W._____. Le rapport de sortie du 2 janvier 2008 des Drs T._____, spécialiste FMH en rhumatologie, et L._____, médecin assistant, énonce les diagnostics suivants: Diagnostic primaire - Thérapies physiques et fonctionnelles (Z 50.1)

- 4 - Diagnostics secondaires - AVP avec collision frontale le 4 décembre 2006: • fracture multifragmentaire de la rotule droite (T 93.2) • fracture de la malléole interne de la cheville droite • contusion thoracique • réduction ouverte de la rotule droite ostéosynthésée par vis et cerclage, haubanage de la rotule droite le 7 décembre 2006 (Z 98.8) • réduction ouverte et ostéosynthèse de la malléole interne par plaquette et vis puis stabilisation par une plaque tiers de tube à effet anti-glide le 7 décembre 2006 (Z 98.8) Comorbidités: - polyarthrite rhumatoïde séropositive, érosive, nodulaire (M 05.8) - lombalgies récidivantes (2002, 2005) (M 54.5; M 47.8) - discopathies L3-L4, L4-L5 - fracture des deux os de l'avant-bras, traitée conservativement suite à une chute d'un échafaudage en 1991 (T 92.1) - état dépressif réactionnel en 2004 Lors du séjour à la Clinique W._____, D._____ a suivi un programme de physiothérapie intensive. Au terme du séjour, il a déclaré ne pas voir de changement au niveau de ses capacités fonctionnelles. Il était surtout gêné à la marche, principalement dans les pentes et les terrains instables. Objectivement, la thérapeute a observé une mobilité articulaire inchangée au cours du séjour, une extensibilité musculaire inchangée et une force isométrique du quadriceps inchangée à droite et améliorée à gauche. La marche sur terrains plats et réguliers se déroulait sans boiterie et sans moyen auxiliaire. La marche dans les escaliers était difficile et impossible en alterné. L'équilibre unipodal était difficile et peu stable, la position accroupie et la position à genoux impossibles à droite. Le rapport rappelle que D._____ a fait une demande pour une rente A1 complète dans le contexte de sa polyarthrite rhumatoïde. Concernant les suites de son accident, la situation médicale n'était pas encore stabilisée et:

- 5 - « ... nous retenons une incapacité de travail totale dans sa profession de magasinier [sic!]. On rappelle qu'il ne travaille habituellement qu'à 50 % [sic!] » Le 5 mars 2008, D._____ a été opéré à l'Hôpital C._____ aux fins d'ablation du matériel d'ostéosynthèse à la rotule droite et à la malléole interne droite. Un rapport médical intermédiaire du 14 avril 2008 du Dr X._____, médecin adjoint au Département de l'appareil locomoteur de l'Hôpital C._____, pose les diagnostics suivants: « Accident de

la voie publique avec collision frontale et status après multiples fractures (rotule droite, malléole interne droite, contusions thoraciques). Polyarthrite rhumatoïde séropositive érosive nodulaire. Lombalgies chroniques sur troubles statiques et dégénératifs du rachis. » Le rapport du Dr X. _____ analyse la capacité de travail comme suit: « Je vous propose de revoir le cas avec les chirurgiens pour juger de l'incapacité due à son accident de la voie publique. Actuellement, il présente une incapacité complète dans son métier actuel, mais également due à sa polyarthrite rhumatoïde. Je ne me prononcerais pas sur les séquelles de l'accident de la voie publique. » Un rapport médical intermédiaire daté du 18 avril 2008 du Dr H. _____, médecin assistant au Service d'orthopédie et de traumatologie de l'appareil moteur de l'Hôpital C. _____, présentait l'évolution comme suit: « a) Evolution: le patient présente encore des douleurs au niveau de son genou D, surtout à la montée et à la descente. Tuméfaction et épanchement récidivants. Tuméfaction également au niveau de la région sous rotulienne. F/E du genou 110-0-5, contracture de la musculature ischio-jambière ddc avec un angle poplité à 10° ddc. Atrophie du quadriceps à D. b) Les suites sont compliquées par une polyarthrite rhumatoïde sévère. » Selon un rapport médical initial LAA du Dr H. _____ daté du 18 juin 2008, D. _____ souffre encore de douleurs à son genou droit,

- 6 - surtout à la descente. Le périmètre de marche est limité à environ 20 minutes. Il y a une atrophie musculaire importante du quadriceps. D. _____ a été réexaminé par le Dr Z. _____ le 11 août 2008. Les résultats de l'examen clinique sont les suivants: « La démarche, pieds nus dans la salle d'examen, s'effectue sans boiterie, avec aisance. La marche sur la pointe des pieds et sur les talons est bien exécutée. L'appui monopodal droit est un peu instable. L'accroupissement n'est pas très profond mais il est symétrique. En station debout, le patient se tient en charge équivalente des membres inférieurs qui paraissent bien axés. On note une amyotrophie modérée de la cuisse droite. En décubitus dorsal, le genou droit s'étend complètement. Il est calme. Il se laisse librement mobiliser. La flexion atteint 130° par rapport à 140° à gauche. Il n'y a pas de signes méniscaux. On retrouve de légers signes rotuliens. Il n'y a pas de laxité pathologique. Le quadriceps a un bon tonus mais il manque un peu de force. La cheville droite reste légèrement élargie par un oedème chronique. Elle n'est pas douloureuse à la mobilisation. La mobilité de la tibio-astragaliennne est bien récupérée avec une E/F à 10-0-30 par rapport à 15-0-35 à gauche. La sous-astragaliennne est libre. La circonférence du mollet droit mesure 37,5 cm comme à gauche, celle de la cheville droite mesure 22,75 cm par rapport à 22,5 cm à gauche. » Selon ce rapport, D. _____ a fait d'incontestables progrès par rapport à l'examen du 10 août 2007. Il marche beaucoup mieux qu'avant. Objectivement, le genou droit est tout à fait calme. Il présente de légers signes rotuliens. Il a récupéré une très bonne mobilité, mais il manque un peu de force. La cheville droite reste légèrement élargie par un oedème chronique. Elle n'est pas douloureuse à la mobilisation et elle a récupéré de bonnes amplitudes articulaires. Selon le Dr Z. _____, s'il est clair que le patient ne peut plus travailler comme ouvrier du bâtiment, il conserve une pleine capacité de travail dans une activité légère et sédentaire, du moins pour les seules suites de l'accident. Par ailleurs une indemnité pour

- 7 - atteinte à l'intégrité est due. Le Dr Z. _____ l'a estimée à 7.5 %, selon le barème de l'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA, table 2, détail N° 2870/2.f-2000. La situation correspond à une perte fonctionnelle de 15 % du membre inférieur droit (15 % de 50 % = 7.5 %). Cette estimation ne prend pas en compte une possible aggravation, dont

l'ampleur, le cas échéant n'est pas prévisible. Dans un rapport médical intermédiaire du 4 septembre 2008, le Dr H. _____ pose les diagnostics suivants: « status après ostéosynthèse la rotule D et de la malléole interne D en décembre 2006. Status après ablation du matériel d'ostéosynthèse au niveau de la rotule et de la cheville le 05.03.2008. Polyarthrite rhumatoïde. » Selon ce rapport, l'évolution est lentement favorable: « le patient est encore gêné par des douleurs surtout au niveau de son genou D qui sont augmentées à la montée et à la descente. Il remarque également une tuméfaction le soir ou après des efforts. La mobilité augmente, flexion- extension au niveau du genou 140-0-0. Pas d'épanchement lors du dernier contrôle le 14.07.2008. Signe de Zohlen positif avec des crépitations rétro-rotuliennes et une contracture de la musculature ischio-jambier avec un angle poplité à 5°. » A la question de savoir si des circonstances sans rapport avec l'accident jouent un rôle dans l'évolution du cas, le rapport répond négativement. Selon un rapport médical du 11 mars 2009 du Dr H. _____, chef de clinique au Service d'orthopédie et de traumatologie de l'Hôpital C. _____, et du Dr V. _____, médecin assistant, D. _____ souffre d'une arthrose post-traumatique fémoro-patellaire du genou droit, d'une arthrose tibio-astragaliennne post-traumatique de la cheville droite et d'une polyarthrite rhumatoïde. Le rapport relève la présence de douleurs au niveau du genou droit et de la cheville droite, douleurs qui, selon D. _____, auraient augmenté lors des mois précédents. Ces douleurs sont de type mécanique, mais elles surgissent aussi au repos et réveillent l'assuré aussi de nuit. L'examen clinique met en évidence une mobilité

- 8 - douloureuse de la rotule. Au bilan radiologique, on constate, concernant le genou droit, la présence d'une perte de substance au niveau de la surface articulaire de la rotule à la jonction du tiers proximal/tiers moyen, sans signe de nécrose. De même, on constate, concernant la cheville droite, une calcification des artères et une ostéophyte en regard de la face antérieure du pilon tibial, sans signe de nécrose. Le rapport conclut comme suit: « Pour ce qui concerne les limites fonctionnelles que Monsieur D. _____ présente à la suite de son accident et à la capacité de travail nous conseillons de faire une expertise ergothérapeutique qui a comme but de vraiment voir les réelles possibilités de travail que le patient est capable de faire et à quel pourcentage. Pour le taux d'atteinte à l'intégrité physique concernant le genou droit en raison de l'arthrose fémoro-patellaire post-traumatique est de 15 % et pour l'arthrose tibio-astragaliennne post-traumatique de la cheville droite est de 10 % selon l'échelle de la SUVA. » De l'avis du Dr H. _____, aucune circonstance sans rapport avec l'accident ne jouait un rôle dans l'évolution du cas. D. _____ suivait encore une physiothérapie. S'agissant de la reprise du travail, le Dr H. _____ relevait que D. _____ était à l'Al pour un problème de polyarthrite rhumatoïde. A la demande du conseil de D. _____, le Dr H. _____ a pris position le 20 novembre 2009 sur le taux de l'indemnisation des atteintes à l'intégrité: « Effectivement, je ne comprends pas l'appréciation à propos du taux de l'indemnisation des atteintes à l'intégrité estimé par la SUVA. Selon les tabelles 5.2 concernant l'arthrose, on peut de toute façon estimer une atteinte de l'intégrité au niveau de l'articulation fémoro-patellaire de 10 à 15 % et au niveau de la cheville de 5 à 10 %. A mon avis, il y a, de toute façon, une atteinte de 15 %. En tenant compte de la bonne mobilité du genou, l'atteinte de l'intégrité est plutôt de l'ordre de 10 % et au niveau de la cheville entre 5 et 10 %. » B. Par courrier du 25 août 2008, la CNA a informé D. _____ qu'elle suspendait le versement de l'indemnité journalière et des frais de traitement au 30 septembre 2008 au soir, car, selon l'appréciation

- 9 - médicale, la poursuite du traitement ne saurait apporter une amélioration significative de l'état de santé consécutif à l'accident. Par décision du 10 octobre 2008, la CNA a reconnu une diminution de la capacité de gain de 28 %. Elle estime en effet que D. _____ est, pour les seules suites de l'accident, à même d'exercer une activité légère et sédentaire dans différents secteurs de l'industrie. Une telle activité est exigible durant toute la journée et lui permettrait de réaliser un revenu d'environ 4'367 fr. par mois. Comme le gain annuel assuré se monte à 36'115 fr., la rente mensuelle s'élève à 674 fr. 15. Quant à l'indemnité pour perte de gain, elle a été fixée à 8'010 fr. en raison d'un taux de 7.5 %. Par courrier du 27 octobre 2008, le conseil de D. _____ a déclaré faire opposition contre la décision du 10 octobre 2008. Par courrier du 15 avril 2009, il a contesté trois (nos 11587, 5202 et 3726) des cinq descriptifs de poste de travail (DPT) sélectionnés, au motif qu'il s'agit de postes incompatibles avec l'état de santé de D. _____, respectivement ses qualifications et son niveau de formation, car ils nécessitent un minimum de formation et/ou d'expérience. A son avis, le taux d'incapacité de gain doit être de 32.3 %. Il réserve pour le reste les droits de D. _____ s'agissant de son incapacité de travail et de son atteinte à l'intégrité découlant des seules suites de l'accident. Par décision du 15 juillet 2009, la CNA a confirmé sa décision du 10 octobre 2008 et rejeté l'opposition. C. Par acte du 14 septembre 2009, le conseil de D. _____ a fait recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision sur opposition du 15 juillet 2009. Il conclut à la réforme de cette décision dans le sens de l'octroi d'une rente d'invalidité avec effet rétroactif au 1er octobre 2008 de 100 % au moins et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 25'700 fr. correspondant au taux de 25 %. Subsidièrement, il conclut à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à l'autorité intimée pour nouvelle instruction et/ou

- 10 - décision dans le sens des considérants. Il requiert par ailleurs la mise en oeuvre d'une expertise ergothérapeutique ayant pour objet de déterminer les réelles possibilités de travail du recourant ainsi que le taux d'activité exigible de sa part. Par réponse du 19 octobre 2009, la CNA conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Elle requiert également le rejet de la demande d'expertise ergothérapeutique. D. Par décision du 9 juillet 2009, l'office AI pour le canton de Vaud a reconnu à D. _____ une rente entière d'invalidité dès le 1er novembre 2003, puis une demi rente, dès le 1er mai 2004, puis à nouveau une rente entière dès le 1er avril 2006. Selon le Service médical régional AI, la polyarthrite rhumatoïde sévère, dont le traitement s'avère difficile, justifie une incapacité de travail totale depuis janvier 2006. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 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 - compte tenu des fêtes judiciaires estivales (art. 38 al. 4 let. b et 60 al. 2 LPGA) - auprès du tribunal compétent eu égard au domicile du recourant, est donc recevable. b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1er janvier 2009, 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

- 11 - Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). 2. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Est 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 (art. 4 LPGA). b) Le droit à des prestations découlant d'un événement assuré suppose d'abord, 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. 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. Ainsi, lorsque l'existence 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 177 c. 3.1; 402, c. 4.3.1; 119 V 335 c. 1; 118 V 286 c. 1b, et les références). c) Le droit à des prestations découlant d'un événement assuré suppose également, outre un lien de causalité naturelle, un lien de

- 12 - causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé (ATF 129 V 402 c. 4.4.1 in limine). Selon la jurisprudence, 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 c. 3.2; 402 c. 2.2; 125 V 456 c. 5a, et les références). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 118 V 286 c. 3a). d) La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré; les prestations d'assurance sont donc également versées en cas de rechutes ou de séquelles (art. 11 OLAA [ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents; RS 832.202]; pour les titulaires d'une rente de l'assurance-accidents, art. 21 LAA; TF 8C_1023/2008 du 1er décembre 2009 c. 5.3; 8C_269/2008 du 27 octobre 2008 c. 2.2). e) L'assureur social - et le juge des assurances sociales en cas de recours - 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. 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. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine

connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme

- 13 - expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 c. 3a, et les références citées; 134 V 231 c. 5.1; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 c. 2.1.1). Selon la jurisprudence, les rapports des médecins des assureurs peuvent également se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 c. 3b/ee, et les références citées; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 c. 4.2; 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 c. 3.3.2). Par ailleurs, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 c. 3b/cc, et les références citées; Pratique VSI 2001 p. 106 c. 3b/bb et cc). Enfin, si l'administration ou le juge (art. 43 et 61 let. c LPGA), 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 ("appréciation anticipée des preuves"; ATF 130 II 425 c. 2.1; 122 II 464 c. 4a; 122 III 219 c. 3c; 120 Ib 224 c. 2b; 119 V 335 c. 3c et la référence). 3. a) Contrairement aux suites des fractures du genou et de la cheville de la jambe droite, la polyarthrite rhumatoïde n'est clairement pas dans un rapport de causalité naturelle avec l'accident du 4 décembre 2006, car elle préexistait à cet accident. L'autorité intimée n'a donc pas à assumer les conséquences de cette polyarthrite rhumatoïde.

- 14 - b) Il découle de ce qui précède que les avis médicaux du Dr H. _____ du 4 septembre 2008 et du 11 mars 2009 qui nient expressément toute influence d'une circonstance extérieure à l'accident sur l'évolution du cas du recourant ne peuvent pas se voir reconnaître une pleine valeur probante. Soit ils reposent sur l'appréciation erronée que la polyarthrite rhumatoïde serait dans un rapport de causalité avec l'accident, soit ils sont en contradiction, sans justification apparente, avec le premier rapport du Dr H. _____ du 18 avril 2008 qui relève que les suites de l'accident sont compliquées par une polyarthrite rhumatoïde sévère à titre de facteur étranger à l'accident. Or, l'existence d'une influence de cette maladie sur l'évolution des suites de l'accident est confirmée par d'autres rapports médicaux qui ont pleine valeur probante, en particulier par le rapport du Dr Z. _____ du 10 août 2007 qui déclare que ces conséquences sont « intriquées ». 4. Il est incontesté que la capacité de travail du recourant dans son ancienne activité d'ouvrier en bâtiment est nulle. Le litige porte uniquement sur la question de la capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), donc sur l'aptitude du recourant à travailler dans une activité adaptée. a) Pour pouvoir déterminer la capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour l'assuré, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un

jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 c. 4). Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des

- 15 - perspectives de gain à des exigences excessives; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, 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, 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 la main-d'oeuvre (TFA I 198/97 du 7 juillet 1998 c. 3b et les références, in Pratique VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (TF 9C_984/2008 du 4 mai 2009 c. 4.1; I 350/89 du 30 avril 1991 c. 3b, in RCC 1991 p. 329; I 329/88 du 25 janvier 1989 c. 4a, in RCC 1989 p. 328). b) Selon le Dr Z._____, le recourant conserve une pleine capacité de travail dans une activité légère et sédentaire, du moins pour les seules suites de l'accident. Le conseil du recourant conteste la valeur probante de l'avis médical du Dr Z._____ au motif que celui-ci « n'est pas un spécialiste des tableaux cliniques » que le recourant présente. Il fait valoir par ailleurs que l'avis du Dr Z._____ est clairement divergent avec les plaintes objectivées du recourant et que celui-ci réaffirme énergiquement ne pas être en mesure d'exercer quelque activité lucrative que ce soit. Or, l'avis du Dr Z._____, qui remplit toutes les conditions de la jurisprudence pour avoir pleine valeur probante, différencie les suites de l'accident et les conséquences de la maladie. La reconnaissance d'une pleine capacité de travail dans une activité légère et sédentaire vaut pour les seules suites de l'accident. Le Dr Z._____ ne se prononce pas sur la

- 16 - capacité de travail du recourant au regard de la polyarthrite rhumatoïde qui n'est pas dans un rapport de causalité avec l'accident. Le recourant n'avance aucun élément concret susceptible de mettre en doute l'appréciation du Dr Z._____ en ce qui concerne les seules suites de l'accident. Ainsi, l'avis du Dr H._____ du 11 mars 2009 relève uniquement des douleurs au genou droit et à la cheville droite, douleurs qui sont de type mécanique mais qui surgissent également au repos et réveillent l'assuré la nuit. Même si l'on admettait que l'ensemble de ces douleurs étaient au moins partiellement les conséquences de l'accident du 4 décembre 2006 et non seulement de la polyarthrite rhumatoïde, cela ne suffirait pas pour mettre en question la capacité de travail dans un travail sédentaire. Il en va de même pour l'appréciation subjective du recourant de sa capacité de travail: en déclarant ne pas être en mesure d'exercer quelque activité lucrative que ce soit, le recourant montre qu'il ne distingue pas entre les suites de l'accident et les limitations dues à sa maladie. Le recourant soutient, en se fondant sur la prise de position du Dr H._____ du 11 mars 2009, qu'une expertise ergothérapeutique est nécessaire pour

évaluer sa capacité de travail. Or, le Dr H. _____ ne s'est pas prononcé sur l'aptitude du recourant à exercer une activité sédentaire ni sur les limitations qui découleraient des seules suites de l'accident. Dans la mesure où cette prise de position n'a pas pleine valeur probante dès lors qu'elle nie que l'évolution du cas puisse avoir été influencée par la maladie (cf. supra consid. 3b), on peut admettre, à titre d'appréciation anticipée des preuves, qu'une expertise ergothérapeutique ne pourrait pas conduire à mettre en question l'aptitude du recourant à exercer une activité légère et sédentaire avec une pleine capacité de travail pour les seules suites de l'accident du 4 décembre 2006. La demande d'expertise est donc rejetée.

5. Le recourant n'avance aucun élément objectif susceptible de mettre en question l'évaluation faite par l'autorité intimée de son taux d'invalidité, tel qu'il résulte de la pleine capacité de travail dans une profession adaptée. D'après le dossier, l'évaluation faite par la CNA des

- 17 - pièces médicales n'est pas critiquable. La décision attaquée doit être confirmée sur ce point.

6. Le recourant critique la fixation du taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité par l'autorité intimée, estimant que le taux doit être de 25 % et non de 7.5 %. a) Selon l'art. 24 al. 1 LAA, si, par suite de l'accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (al. 1). L'atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie; elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (art. 36 al. 1 OLAA). D'après l'art. 25 al. 1 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital; elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité a pour but de compenser le dommage subi par un assuré du fait d'une atteinte grave à son intégrité corporelle ou mentale due à un accident (Message du Conseil fédéral à l'appui d'un projet de loi sur l'assurance accidents, FF 1976 III p. 29). Elle ne sert pas à réparer les conséquences économiques de l'atteinte, qui sont indemnisées au moyen d'une rente d'invalidité, mais joue le rôle d'une réparation morale. Elle vise à compenser le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence etc.) qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant (ATF 133 V 224 c. 5.1 p. 230 et les références). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel

- 18 - (Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht (SBVR), 2ème éd., Bâle 2007, n° 229, p. 915). Cela signifie que pour tous les assurés présentant un status médical identique, l'atteinte à l'intégrité est la même (ATF 115 V 147 c. 1; 113 V 218 c. 4b p. 221; RAMA 2004 n° U 514 p. 415, U 134/03 c. 5.2; RAMA 2000 n° U 362 p. 41, U 360/98 c. 1). Une atteinte à l'intégrité au sens de l'art. 24 al. 1 LAA consiste généralement en un déficit corporel - anatomique ou fonctionnel -, mental ou psychique (cf. Alfred Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 1985, p. 414). La gravité de l'atteinte, dont dépend le montant de l'indemnité, se détermine uniquement d'après les constatations médicales (SVR 2009 UV n° 27 p. 97, 8C_459/2008 c. 2.3; voir également Thomas Frei, Die Integritätsentschädigung

nach Art. 24 und 25 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, thèse Fribourg 1998, p. 41). L'évaluation incombe donc avant tout aux médecins, qui doivent, d'une part, constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et, d'autre part, estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, op. cit., n° 235, p. 917). L'annexe 3 de l'OLAA comporte un barème - reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 124 V 29 c. 1b p. 32, 209 c. 4a/bb p. 210; 113 V 218 c. 2a p. 219) - des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent. Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, compte tenu de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2). La perte totale de l'usage d'un organe est assimilée à la perte de celui-ci. En cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence; aucune indemnité ne sera versée dans les cas où un taux inférieur à 5 % du montant maximum du gain assuré serait appliqué (ch. 2). La Division médicale de la CNA a établi des tables d'indemnisation en vue d'une évaluation plus affinée de certaines atteintes (Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA). Ces

- 19 - tables n'ont pas valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Dans la mesure, toutefois, où il s'agit de valeurs indicatives destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 (ATF 124 V 209 c. 4a/cc p. 211; 116 V 156 c. 3a p. 157; RAMA 1998 n° U 296 p. 235, U 245/96 c. 2a). Le taux d'une atteinte à l'intégrité doit être évalué exclusivement sur la base de constatations médicales (ATF 115 V 147 c. 1; 113 V 218 c. 4b p. 221; RAMA 2004 n° U 514 p. 415, U 134/03 c. 5.2; Alfred Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, p. 417; Ulrich Meyer-Blaser, Sozialversicherungsrecht und Medizin, in: Das ärztliche Gutachten, 4e éd., Berne 2003, p. 30). En présence d'une pluralité d'atteintes dues à un accident, il y a lieu de déterminer les pourcentages correspondant à chacune des atteintes, puis de les additionner (RSJ 92/1996 p. 127; Jean-Maurice Frésard/Margrit Moser-Szeless, op. cit., n° 237, p. 917). L'administration, et le juge en cas de recours, peuvent ainsi demander à différents médecins spécialistes de se déterminer, chacun dans leur domaine respectif, sur l'existence et le taux de différentes atteintes à l'intégrité causées par un même accident, les pourcentages correspondant à chacune des pertes étant par la suite additionnés (TFA U 363/02 du 5 avril 2004 c. 5.1.1). Après l'addition des taux correspondant aux différentes atteintes, il faut néanmoins faire une appréciation globale pour évaluer si le résultat est juste et proportionné au regard des autres atteintes à l'intégrité de l'annexe 3 de l'OLAA (RAMA 1998 n° U 296 p. 235 c. 2a). b) Le taux de 7.5 % fixé par la décision attaquée pour l'atteinte à l'intégrité repose sur l'analyse du Dr Z._____. Celui-ci s'est fondé sur le barème de l'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA, table 2, détail N° 2870/2.f - 2000. A son avis, la situation correspond à une perte fonctionnelle de 15 % du membre inférieur droit (« 15 % de 50 % = 7.5 % »).

- 20 - Le Dr H._____ estime, lui, qu'il ne faut pas appliquer la table 2, mais la table 5.2, détail 2870/5.f - 2000, pour les atteintes à l'intégrité résultant d'arthrose, plus précisément les taux pour une arthrose fémoro- patellaire (soit en l'espèce 10 à 15 %, correspondant à une atteinte grave) et pour une arthrose au niveau de la cheville (soit 5 à 10 % en l'espèce). Le Dr H._____ ne précise pas quelle catégorie d'arthrose au niveau de la cheville il considère applicable en l'espèce. c) Seul le Dr H._____ a diagnostiqué une arthrose à la cheville et au genou droit. On peut toutefois laisser ouverte la question du bien-fondé de ce diagnostic, car même si l'on appliquait la table 5.2 au cas d'espèce, on n'arriverait pas à un

résultat différent. Les taux prévus par la table 5.2 pour les arthroses du membre inférieur doivent être envisagés au regard du taux de 50 % prévu à l'annexe 3 de l'OLAA pour la perte d'une jambe au-dessus du genou ou, ce qui est équivalent, au taux de 50 % prévu dans la table 2 susmentionnée de la CNA pour la perte de fonction de la jambe. Le taux d'indemnité pour atteinte à l'intégrité de 25 % requis par le recourant équivaldrait ainsi à la moitié de la perte de fonction de la jambe ou, selon la table 2 de la CNA, à une hanche bloquée en position favorable. Or, tant selon le rapport du Dr Z. _____ du 11 août 2008 que du rapport du 4 septembre 2008 du Dr H. _____, le recourant a fait des progrès au niveau de la marche. Selon le rapport du 18 juin 2008 du Dr H. _____, la marche était limitée à 20 minutes. On est ainsi loin d'une situation équivalant à une perte de la moitié de la fonction de la jambe droite. Le taux de perte de fonction de 15 % de la jambe droite, tel que le Dr Z. _____ l'a évalué, entraîne un taux d'atteinte à l'intégrité correspondant à celui prévu pour une arthrose moyenne fémoro-patellaire selon la table 5.2 susmentionnée (entre 5 et 10 %). Le Dr H. _____ fait, lui, usage du taux correspondant à une arthrose grave fémoro-patellaire, mais il ne fournit aucun élément pour justifier la qualification d'arthrose grave. Bien au contraire, dans sa prise de position du 20 novembre 2009, le Dr H. _____ a encore relativisé son appréciation en déclarant qu'en

- 21 - tenant compte de la bonne mobilité du genou, l'atteinte à l'intégrité est plutôt de l'ordre de 10 % et au niveau de la cheville entre 5 et 10%. A cela s'ajoute qu'il faut tenir compte de l'influence de la polyarthrite rhumatoïde — qui n'est pas dans un rapport de causalité avec l'accident du 4 décembre 2006 — sur les atteintes du recourant. Or, dans sa prise de position du 11 mars 2009, le Dr H. _____ a nié à tort que des circonstances extérieures à l'accident aient influencé l'évolution du cas. Son évaluation du taux d'atteinte à l'intégrité n'a ainsi pas pleine valeur probante (cf. supra consid. 4b). Une réduction notable du taux d'atteinte à l'intégrité par rapport à l'évaluation faite par le Dr H. _____ est ainsi légitime. Le taux de 7.5 % fixé par le Dr Z. _____ n'est donc pas contestable. c) Aux termes de l'art. 36 al. 4 OLAA, il sera équitablement tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité; une révision n'est possible qu'en cas exceptionnel si l'aggravation est importante et n'était pas prévisible. Comme elle doit être prise en compte lors de l'évaluation initiale de l'atteinte à l'intégrité (Thomas Frei, Die Integritätsentschädigung nach Art. 24 und 25 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, thèse Fribourg, 1998, p. 50), l'importance prévisible de l'atteinte doit être également fixée sur la base des constatations du médecin (TF 8C_459/2008 du 4 février 2009 c. 2.3). En l'espèce, le Dr Z. _____ estime que l'ampleur de l'évolution de l'atteinte consécutive à l'accident n'est pas prévisible, raison pour laquelle le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ne prend pas en compte une possible aggravation. Comme il ne ressort pas de l'avis médical du 11 mars 2009 du Dr H. _____ qu'une augmentation notable des limitations fonctionnelles depuis le dernier examen par le Dr Z. _____ se serait produite, l'évaluation faite par celui-ci n'est pas sujette à contestation.

- 22 - d) En conclusion, c'est à juste titre que l'intimée s'est fondée sur l'évaluation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité faite par le Dr Z. _____. 7. Vu ce qui précède, le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision entreprise. Le présent arrêt sera rendu sans frais (art. 61 let. a LPGA) ni allocation de dépens. Par ces motifs, la Cour des assurances sociales p r o n o n c e : I. Le recours est rejeté. II. La décision sur opposition de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents du 15 juillet 2009 est confirmée. III. Il n'est pas perçu de frais, ni alloué de dépens. Le président : Le greffier : Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - Me Gilles-Antoine Hofstetter, avocat (pour D. _____), - Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, - Office fédéral de la santé publique,

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

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