

# VD\_GERICHTE ZA09.031176 vom 19. März 2012

VD Tribunal cantonal, 2012-03-19, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZA09.031176](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA09.031176)

FR: VD\_GERICHTE ZA09.031176 du 19 mars 2012

IT: VD\_GERICHTE ZA09.031176 del 19 marzo 2012

## Erwägungen

### E. 1

et 25 al. 1 LAA ; 11, 36 al. 1 et annexe 3 OLAA 402

- 2 - E n f a i t : A. R. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant portugais au bénéfice d'un permis L, né en 1968, a été engagé le 7 février 2005 par la société V. \_\_\_\_\_ SA en qualité de soudeur à plein temps, et à ce titre assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée) contre les accidents professionnels et non professionnels. Il ressort d'une déclaration de sinistre LAA datée du 15 juin 2005 que l'assuré s'est fait renverser par une voiture le 7 février 2005, alors qu'il circulait à moto. Le rapport de police indique que, après avoir effectué un freinage d'urgence, l'assuré, qui portait un casque et circulait à une vitesse comprise entre 30 et 40 km/h, a chuté sur la chaussée, glissé sur une douzaine de mètres et heurté le côté gauche avant d'une voiture qui quittait sa place de parc en faisant un demi-tour sur route. La CNA a pris en charge les suites de cet événement, versant notamment à l'assuré des indemnités journalières. Du 7 au 17 juin 2005, l'assuré a été hospitalisé à l'hôpital intercantonal de [...], où le diagnostic de fracture transverse oblique courte du tibia proximal droit ouverte de stade II a été posé. Le rapport du 22 juin 2005 des Drs T. \_\_\_\_\_ et W. \_\_\_\_\_, respectivement chef de service et médecin-assistante de cet hôpital, indique notamment ce qui suit : « ANAMNESE Accident de la voie publique. Patient conducteur d'une moto avec choc frontal contre une voiture. Pas de perte de connaissance. Pas de trouble neurologique. Présence d'une fracture ouverte de la jambe droite, sans atteinte neuro-vasculaire. A son arrivée dans notre service des urgences, le status neurologique est sp. Les status vitaux sont dans la norme. Le status cardio-respiratoire est dans la norme. L'abdomen est douloureux à la palpation du flanc droit avec défense et détente. Le bilan radiologique ne met pas en évidence d'atteinte importante ni au niveau abdominal, ni au niveau ostéo- articulaire hormis la fracture spiroïde des deux os de la jambe droite. Le patient est admis au bloc opératoire pour un enclouage en urgence. EVOLUTION ET DISCUSSION

- 3 - Les premières 48 heures post-opératoires, le patient est gardé au lit strict avec une mobilisation douce sous contrôle physiothérapeutique. Le 10.06.2005, lors de la réfection du pansement, on note la persistance d'oedème du tiers distal de la plaie sur la face antérieure du tibia avec rougeur et hématome locaux. M. R. \_\_\_\_\_ est gardé au lit strict avec mobilisation douce jusqu'au lendemain. Le 11.06.2005, le patient présente un état subfébrile, raison pour laquelle l'antibiothérapie par Augmentin est reprise. Le 14.06.2005, l'Augmentin est relayé par de la Ciproxine et le patient est mobilisé en charge partielle de 20 kg sur le MID. Le 15.06.2005, son état clinique est bon, la mobilisation évolue bien mais la plaie sur la face antérieure du tibia droit présente encore des rougeurs ainsi que des oedèmes locaux. Le 17.06.2005, en accord avec le patient, on décide pour un retour à domicile après contrôle du pansement qui montre une plaie encore tuméfiée mais sans signe

d'infection, raison pour laquelle on continuera les contrôles en ambulatoire. » Le contrat de travail de l'assuré a été résilié par son employeur au 31 mars 2006. Le 7 août 2006, l'assuré a déposé une demande de prestations d'invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (OAI). Dans un rapport du 31 août 2006, les Drs H. \_\_\_\_\_ et S. \_\_\_\_\_, respectivement chef de clinique et médecin-assistant à l'hôpital cantonal de [...], ont mentionné notamment ce qui suit : « Diagnostic Status après fracture ouverte jambe droite en juin 2005 et status après enclouage avec ablation du verrouillage en novembre 2005, status après ablation clou et nouvelle ostéosynthèse par plaque en février 2006 sur pseudarthrose et persistance de pseudarthrose du tibia. Anamnèse Le patient présente toujours les mêmes douleurs au niveau de sa jambe que lors de la précédente consultation. Il décharge à l'aide de deux cannes anglaises. Il ne prend plus d'antalgiques. Il a arrêté la physiothérapie. Il a discuté avec son médecin traitant la possibilité d'une intervention chirurgicale et aimerait que celle-ci soit pratiquée à l'hôpital cantonal de [...]. [...] Appréciation et proposition thérapeutique Nous discutons encore avec le patient de la proposition faite lors de la précédente consultation. Nous lui expliquons clairement qu'il est impératif qu'il arrête, de suite, de fumer de manière à donner une

- 4 - meilleure chance de guérison de la pseudarthrose. Nous lui expliquons également le déroulement de l'intervention, avec prise de greffe au niveau de la crête iliaque pour une plastie spongieuse. Nous décrivons encore les risques per- et post-opératoires, à savoir anesthésie, infection, hémorragie, lésion neuro-vasculaire, thrombose, embolie et surtout le risque de non- guérison de la fracture. Le patient souhaite que cette intervention ait lieu chez nous. L'opération aura lieu le 05.10.06 avec entrée la veille. » Il résulte d'un rapport de sortie établi le 13 novembre 2006 par les Drs H. \_\_\_\_\_ et J. \_\_\_\_\_, médecin-assistant, que l'assuré a été hospitalisé du 31 octobre au 6 novembre 2006 à l'hôpital cantonal de [...], où il a été admis en urgence, car il souffrait depuis quatre jours d'écoulements sanguinolents et d'un léger érythème au niveau de la jambe droite. Une intervention a eu lieu le 31 octobre 2006. Un rapport établi le 13 décembre 2006 par ces mêmes médecins contient notamment ce qui suit : « Diagnostic Status après fracture ouverte jambe droite en juin 2005 et status après enclouage avec ablation du verrouillage en novembre 2005, status après ablation clou et nouvelle ostéosynthèse par plaque en février 2006 sur pseudarthrose et persistance de pseudarthrose du tibia, cure pseudarthrose tibia avec plastie spongieuse crête iliaque et fixation par plaque LCP le 12.10.06. Status après débridement, évacuation hématome, lavage et prélèvement le 31.10.06. Anamnèse Le patient se plaint de douleurs importantes, en marchant, au niveau de la fracture. De plus, il décrit maintenant des douleurs au niveau de la colonne lombaire. Il a l'impression que, de temps en temps, la jambe droite est plus froide que la gauche. Examen clinique Les cicatrices au niveau de la jambe sont calmes, sans signe d'irritation. La jambe montre une différence de longueur d'environ 2 cm, mais sans faute de rotation. Douleurs à la palpation au niveau de l'ancienne fracture du tibia. Augmentation des douleurs en stress axial. La mobilisation du genou est limitée à une flexion à 140-0-0° en raison des douleurs au niveau des vis. La mobilité de la cheville est libre et indolore. La sensibilité est maintenue. Examens complémentaires Radiographie jambe droite f/p : sur la radiographie de ce jour, on note des signes de réaction osseuse. La fracture est en bonne voie de consolidation. Appréciation et proposition thérapeutique L'évolution est satisfaisante. Le patient peut charger maintenant à 30 kg et poursuivre la marche à l'aide de deux cannes anglaises. Il

- 5 - continue la thromboprophylaxie par Fraxiparine selon schéma. L'incapacité de travail reste à 100%. Prochain contrôle radio-clinique dans 6 semaines à notre consultation. »  
L'assuré a séjourné dans le service de réadaptation générale de la Clinique M. \_\_\_\_\_ du 28 août au 16 octobre 2007. Il résulte ce qui suit du rapport établi le 31 octobre 2007 par les Drs N. \_\_\_\_\_ et O. \_\_\_\_\_ de la Clinique M. \_\_\_\_\_ : « DIAGNOSTIC PRIMAIRE - Thérapies physiques et fonctionnelles (Z 50.1) DIAGNOSTICS SECONDAIRES - Accident de moto le 07.06.2005 avec : fracture ouverte (stade II selon Gustilo) transverse du tibia proximal et du péroné droit (T 93.2) hématome de la paroi abdominale droite (T 91.8) lésions dentaires (T 90.8) - Parage-drainage des plaies et enclouage centromédullaire verrouillé du tibia droit, le 07.06.2005 (Z 98.8) - Dynamisation proximale du clou tibial le 05.10.2005 (Z 98.8) - Ablation du clou tibial, cure de pseudarthrose, réostéosynthèse par plaque DCP 8 trous et greffe de substitut osseux le 15.02.2006 (Z 96.7 ; Z 94.6) - Ablation de la plaque DCP de la jambe droite, cure de pseudarthrose avec réostéosynthèse par plaque LCP et greffe spongieuse du tibia droit à la crête iliaque, le 12.10.2006 (Z 96.7 ; Z 94.6) CO-MORBIDITES - Probable status post-plastie d'une lésion du ligament croisé postérieur du genou droit (Z 98.8 ; T 93.3) - Trouble dépressif majeur (état actuel moyen) (F 32.1) [...] APPRECIATION ET DISCUSSION A l'admission, M. R. \_\_\_\_\_ déclare des douleurs antérieures du tiers proximal de la jambe droite, lors de la mise en charge du membre inférieur droit et évaluées au maximum à 5/10 sur l'EVA. Elles sont absentes au repos et diminuées par la surélévation du membre inférieur droit ou le froid. Les douleurs apparaissent, selon le patient, dès 5-10 min de marche, en charge complète, et limitent le périmètre de marche à 15-30 min. M. R. \_\_\_\_\_ annonce une tuméfaction localisée en regard de la fracture et à la cheville droite, apparaissant le soir, selon les efforts de la journée. Il ne se dit pas gêné la nuit par des douleurs, mais déclare parfois des fourmillements dans le pied droit, qu'il note plus chaud, et plus transpirant que le gauche. Il y a une augmentation des douleurs lors des changements de temps. A l'examen clinique, marche avec une canne anglaise du côté gauche, et une compensation de la semelle

- 6 - de 2,5 cm à droite. Sans canne, la marche se fait avec un discret dandinement et un varus de l'arrière-pied. Accroupissement avec décharge partielle du membre inférieur droit, inégalité de longueur de 2,5 cm en défaveur du membre inférieur droit, amyotrophie du membre inférieur droit, principalement du quadriceps. Au genou, anciennes cicatrices de probable plastie du LCP. La cicatrice sur la face antérieure du tibia est épaisse mais calme. La mobilité du genou est discrètement limitée de 5°-10° en flexion et extension. Aux épreuves ligamentaires, tiroir postérieur, effacement de la tubérosité tibiale antérieure, en rapport avec l'ancienne lésion du LCP. La cheville est calme, il y a une limitation des mobilités prédominant en flexion dorsale. Le bilan radiologique à disposition montre, sur les RX de la jambe droite du 07.06.2005 une fracture transverse du tibia proximal et du péroné. Les RX du 08.06.2005 de la jambe droite montrent la présence d'un clou tibial centromédullaire en place, avec une vis de verrouillage proximal et deux vis distales. La réduction de la fracture est satisfaisante. On note la présence d'une vis en regard du plateau tibial externe du genou droit, ainsi qu'une vis de fixation dans le condyle fémoral interne. Sur une RX de la jambe droite du 03.11.2005 la vis de verrouillage du clou tibial proximal a été enlevée. Il n'y a pas de cal autour des fractures. Sur une RX du 16.03.2006, présence d'une plaque DCP 8 trous, sur la face externe du tibia proximal, en regard de la fracture. Sur les RX du 26.07.2006 et du 11.10.2006, le trait de fracture reste présent, sans formation de cal. La fracture du péroné est en voie de consolidation. Signes de déminéralisation à la cheville droite. Le 13.10.2006, présence d'une plaque LCP 14 trous en regard de la fracture

du tibia proximal. Sur les dernières RX à disposition du 06.06.2007, développement d'un cal en regard de la fracture du tibia, le trait de fracture est encore visible. Les RX de la jambe du 05.09.2007 montrent une bonne consolidation de la fracture. Les RX du genou montrent une rotule basse, des irrégularités du condyle externe, avec des signes dégénératifs du compartiment fémoropatellaire. Du point de vue psychique, l'humeur est nettement abaissée avec des idées de ruine et d'insuffisance, sans idée suicidaire. Il n'y a pas d'anxiété pour un trouble spécifique, ni d'élément psychotique floride. Les complications qui ont suivi sa fracture de la jambe droite, son licenciement, qui a abouti à une situation économique précaire ont mené à un bilan existentiel négatif et à une baisse importante de l'estime de soi. Un trouble dépressif majeur de degré moyen est retenu et un traitement de Séropram introduit. Ce traitement étant mal supporté, il est remplacé par du Cipralax, qui est mieux toléré et semble améliorer l'humeur. M. R. \_\_\_\_\_ se rendra à la consultation du Dr C. \_\_\_\_\_ pour déterminer la suite à donner à ce traitement. La physiothérapie a associé des traitements passifs (thérapies manuelles sur la cheville, étirements, traitement de cicatrice), et principalement actifs (renforcement musculaire, proprioception), associés à des thérapies en groupes. En fin de séjour le patient se déclare satisfait, ayant perçu des progrès en force. Il a repris confiance à la charge de son membre inférieur droit. Il signale encore des difficultés à la marche sur les terrains irréguliers. A la sortie, le patient marche sans canne, peut descendre les escaliers, en alterné, sans l'aide de la rampe. Objectivement, il y a une

- 7 - amélioration de la flexion dorsale de la cheville droite, avec une mobilité actuellement de 15°-0-55°, et une amélioration de l'extensibilité musculaire des ischiojambiers, du quadriceps, de la force et de l'équilibre. Au test des six minutes, le patient réalise 410 m sans canne, ce qui est 50 m de plus qu'à l'entrée avec une canne (pour plus de détails voir rapport de physiothérapie). A la sortie, nous proposons un traitement de physiothérapie ambulatoire, dans le but de poursuivre le renforcement du membre inférieur droit, la rééducation à la marche et l'amélioration de la proprioception. Cette physiothérapie se fera à l'Hôpital [...], qui offre la possibilité d'associer de la balnéothérapie aux traitements à sec. Pour la suite de la prise en charge, M. R. \_\_\_\_\_ se rendra à la consultation du Dr H. \_\_\_\_\_, à l'Hôpital cantonal de [...], le 26.11.2007. Du point de vue socioprofessionnel, M. R. \_\_\_\_\_ a suivi la scolarité obligatoire puis a travaillé comme soudeur dans des fabriques dès l'âge de 14 ans. Il est venu en Suisse en 2003, où il a travaillé comme soudeur et a été licencié le 28.02.2006. Du point de vue médical, la situation n'est actuellement pas stabilisée et l'incapacité (de travail est toujours de 100 %. La poursuite de la physiothérapie devrait permettre d'ici 3 mois une tentative de reprise progressive du travail, bien qu'il ne soit pas exclu qu'il persiste des douleurs de la jambe et du genou droit, rendant difficile le retour à un plein rendement, à long terme. Nous proposons que la situation soit réévaluée par le médecin d'Agence dans environ 4 mois si aucune reprise n'a été possible. INCAPACITE DE TRAVAIL DANS LA PROFESSION ACTUELLE DE SOUDEUR : 100 %. » Dans un rapport du 27 novembre 2007, les Drs H. \_\_\_\_\_ et A. \_\_\_\_\_, médecin-assistant, ont mentionné ce qui suit : « Examen clinique Le patient a regagné la musculature de la cuisse droite. Atrophie persistante. Cicatrice calme et indolore à la palpation. Pas de douleurs au stress en varus et valgus. Mobilité des genoux symétrique et libre. Discrète douleur à la palpation du tendon d'Achille. Bonne mobilité de la cheville. Pas de trouble neuro-vasculaire périphérique. Examens complémentaires Radiographie jambe droite f/p : la fracture est consolidée, sans déplacement secondaire. Appréciation et proposition thérapeutique Le patient poursuit

quelques séances de physiothérapie. Il est motivé à reprendre une activité professionnelle. Incapacité de travail à 100% jusqu'au 30.11.2007, puis 50% jusqu'à la fin de l'année et 0% dès le 01.01.2008. Nous restons à disposition du patient en cas de besoin. »

- 8 - Dans un rapport du 21 janvier 2008, le Dr Q. \_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la CNA, a indiqué ce qui suit : « Actuellement, le patient dit qu'il a des douleurs modérées à la marche. Surtout, il a l'impression qu'il est en train de perdre toute sa musculature. Dans ces conditions, il se voit difficilement reprendre un emploi. Lors de l'examen clinique, il marche plutôt moins bien que l'été passé. Objectivement, la jambe droite est calme. Elle présente une dermite ocre. Les axes sont corrects mais il y a un raccourcissement assez important. On retrouve également une minime dérotation interne ainsi qu'une grosse amyotrophie de la cuisse droite. Dans ces conditions, un nouveau séjour à la Clinique romande de réadaptation au sens d'un réentraînement à l'effort et d'une évaluation professionnelle s'impose. Il pourrait éventuellement être suivi d'une phase I de réadaptation professionnelle si le bien-fondé en est admis et si l'AI donne son accord. Dans l'intervalle, Il faut continuer à reconnaître une incapacité totale de travail à ce patient. » Dans un rapport de la Clinique M. \_\_\_\_\_ du 4 juin 2008, les Drs N. \_\_\_\_\_ et F. \_\_\_\_\_, médecin-assistant, ont mentionné que l'assuré avait séjourné dans le service de réadaptation générale de cette clinique du 12 mars au 16 mai 2008, date de son retour à domicile. Ils ont en outre indiqué notamment ce qui suit : « DIAGNOSTIC PRIMAIRE - Phase I de réadaptation professionnelle (Z 50.7) - Thérapies physiques et fonctionnelles (Z 50.1) DIAGNOSTICS SECONDAIRES - Douleurs de la jambe droite (M 25.57) - Accident de moto le 07.06.2005 avec : Fracture ouverte (stade II selon Gustilo) transverse du tibia proximal et du péroné droit (T 93.2) Hématome de la paroi abdominale droite (T 91.8) Lésions dentaires (T 90.8) - Parage, drainage des plaies et enclouage centromédullaire verrouillé du tibia droit le 07.06.2005 (Z 98.8) - Dynamisation proximale du clou tibial le 05.10.2005 (Z 98.8)

- 9 - - Ablation du clou tibial et cure de pseudarthrose et réostéosynthèse par plaque DCP 8 trous, et greffe de substitut osseux le 15.02.2006 (Z 98.8) - Ablation de la plaque DCP de la jambe droite, cure de pseudarthrose et réostéosynthèse par plaque LCP et greffe spongieuse du tibia droit à la crête iliaque le 12.10.2006 (Z 98.8) CO-MORBIDITES - Troubles dépressifs récurrents, épisode actuel moyen sans syndrome somatique (F 32.10) - Probable ancienne plastie d'une lésion du ligament croisé postérieur du genou gauche (Z 98.8 ; T 93.3) MOTIF D'HOSPITALISATION Il s'agit d'un patient de 40 ans, soudeur sans formation, qui nous est adressé près de 3 ans après un accident de moto, avec les diagnostics précités. L'évolution est marquée par 2 cures de pseudarthrose, la dernière le 12.10.2006. Après un 1er séjour à la Clinique M. \_\_\_\_\_ en septembre 2007, une capacité médicothéorique de 50 % avait été reconnue dès le 01.12.2007, puis 100 % dès le 01.01.2007. Le patient n'ayant plus de contrat de travail, la capacité de travail n'a pas pu être testée. Après examen par le médecin d'arrondissement le 21.01.2008, M. R. \_\_\_\_\_ nous est adressé pour un complément de rééducation et une évaluation professionnelle. [...] APPRECIATION ET DISCUSSION A l'admission, M. R. \_\_\_\_\_ déclare des douleurs localisées dans la partie distale de la jambe droite, augmentées à la marche, calmées par le repos. Son périmètre de marche est estimé à 30 min sans canne, avec port de chaussures compensant l'inégalité de longueur des membres inférieurs. Les douleurs sont augmentées par la station debout, la marche. Des douleurs sont également notées en regard du tendon d'Achille du côté droit. Sur le plan psychologique, le patient déclare un effondrement de son humeur. Depuis le dernier séjour sur le plan clinique il n'y a pas de modification

significative à l'examen du membre inférieur droit, hormis une flexion dorsale légèrement moins bonne. Il n'y a pas de bilan radiologique à disposition depuis le dernier séjour. Chez un patient à la thymie abaissée, un consilium psychiatrique est réalisé le 18.03.2008, retenant comme diagnostic un trouble dépressif récurrent dont la sévérité de l'épisode actuel est considérée comme moyenne. Un traitement de Remeron a été introduit durant le séjour et semble bien supporté. Il n'y a actuellement pas d'indication à la poursuite d'un suivi psychothérapeutique spécialisé. Le patient sera suivi chez son médecin traitant. En physiothérapie, M. R.\_\_\_\_\_ a suivi des traitements passifs de mobilisation du genou et de la cheville, avec étirements musculaires, et des traitements actifs avec mobilisation du genou et de la cheville, renforcement musculaire du membre inférieur droit,

- 10 - exercices d'équilibre et de proprioception et étirements musculaires. Il a activement participé aux traitements, à l'entraînement thérapeutique, à l'école de marche et aux exercices individualisés en salle de gym. Subjectivement, M. R.\_\_\_\_\_ ressent une augmentation de la force du membre inférieur, et une amélioration de la confiance en son membre inférieur gauche. Il note une amélioration de la mobilité de sa cheville et plus de facilités à la marche, dont le périmètre a augmenté. Objectivement il y a une amélioration de la force du membre inférieur droit (répétitions au R- Gym), l'équilibre unipodal est mieux tenu (gain de 48 secondes à 55 secondes à la sortie). La mobilité de la cheville est en amélioration, avec une flexion dorsoplantaire en passif à 25°-0-50° à la sortie. Au test de marche des 6 min, le patient parcourt 610 m. Il est prévu la poursuite de la physiothérapie ambulatoire dans le but de poursuivre le renforcement musculaire et les exercices d'équilibre et de proprioception. Une évaluation des capacités fonctionnelles (version courte) est réalisée le 15.04.2008. Le score au PACT (appréciation de ses propres capacités fonctionnelles par le sujet) s'élève à 179. Au vu du résultat réalisé au cours de l'évaluation, on peut affirmer que le sujet estime correctement le niveau de ses performances fonctionnelles. Durant l'évaluation, la volonté de donner le maximum lors des différents tests a été jugée réelle et le niveau de cohérence élevée. Le patient lève du sol à la hauteur de la taille 30 kg, il lève de la taille à la hauteur de la tête 25 kg. Il lève horizontalement 27,5 kg. Il porte de la main droite 22,5 kg et 27,5 kg de la main gauche. Le travail réalisé au-dessus du niveau de la tête est réalisé sans problème, la position assise prolongée également. L'accroupissement à plusieurs reprises est moyennement limité. Au test des 6 min, on note une boiterie de décharge du membre inférieur droit s'accroissant au fur et à mesure du test, le rythme de marche diminuant en même temps. La montée d'une échelle est jugée légèrement limitée. Le niveau d'effort retenu, fourni par le sujet au cours de l'évaluation est jugé moyen, avec des charges allant de 15 kg à 25 kg. En résumé : M. R.\_\_\_\_\_ présente des douleurs de la jambe droite, près de 3 ans après un accident de moto, avec fracture ouverte des

## **E. 2**

Les douleurs jambières apparaissent après une activité de quelques heures (3 au maximum) que l'activité soit légère ou intense dans la mesure où elle est liée au poids du corps.

## **E. 3**

Au vu du point 2, on ne comprend pas ce qui justifie une incapacité de travail de 50% dans une activité assise, avec des déplacements d'une durée très inférieure à 3 heures. Contrairement à ce qu'affirme le Prof. X.\_\_\_\_\_, de très nombreuses activités de type administratif respectent ces limitations fonctionnelles.

#### **E. 4**

Sur le plan psychiatrique, les médecins de la Clinique M. \_\_\_\_\_ diagnostiquent certes, le 4 juin 2008, un état dépressif majeur de degré moyen pour lequel ils ont instauré un traitement médicamenteux. Ils n'estiment toutefois pas utile que le recourant soit suivi par un psychiatre et ne mentionnent d'ailleurs pas d'incapacité de travail. Le 27 septembre 2008, le Dr C. \_\_\_\_\_ indique expressément qu'il n'y a pas d'incapacité de travail pour des motifs psychiatriques et que le recourant ne suit plus de traitement. Il ne se trouve aucun avis médical au dossier infirmant ces conclusions, de sorte que l'on ne saurait retenir une incapacité de travail sur ce plan, ni le besoin d'un traitement. L'état de santé du recourant sur le plan psychiatrique est donc stabilisé depuis septembre 2008 en tout cas. Au demeurant, même si le recourant souffrait de troubles psychiatriques invalidants, le lien de causalité adéquate avec l'accident assuré n'est pas établi. En effet, d'après la jurisprudence, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre un accident insignifiant ou de peu de gravité et

- 27 - des troubles psychiques consécutifs à l'accident doit, en règle générale, être niée d'emblée, tandis qu'elle doit être admise en cas d'accident grave ; pour admettre le rapport de causalité adéquate entre un accident de gravité moyenne et des troubles psychiques, il faut prendre en considération certains critères, dont les plus importants sont les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident, la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques, la durée anormalement longue du traitement médical, les douleurs physiques persistantes, les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident, les difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes qui ont pu en résulter, ainsi que le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques. Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 115 V 133, consid. 6c/aa ; 403, consid. 5c/aa ; TF 8C\_336/2008 du 5 décembre 2008). Dans le cas présent, l'accident est de gravité moyenne et n'est pas particulièrement impressionnant. Les lésions physiques subies par le recourant ne sont pas d'une gravité telle qu'elles soient propres à entraîner des troubles psychiques. Il n'y a pas eu d'erreurs dans le traitement médical, lequel n'a pas été anormalement long, compte tenu des lésions subies. Les douleurs physiques, comme le relève l'intimée dans la décision attaquée, ont varié d'intensité. En revanche, le critère du degré et de la durée de l'incapacité de travail peut être considéré comme réalisé.

- 28 - Il s'ensuit que la majorité des critères rappelés ci-dessus ne sont pas réalisés, de sorte qu'un lien de causalité adéquate entre l'accident et des troubles psychiques n'est pas établi.

#### **E. 5**

Sur le plan somatique, les médecins posent tous le même diagnostic, à savoir une fracture ouverte de stade II transverse du tibia proximal et du péroné droit. Le Dr H. \_\_\_\_\_, dans ses rapports des 13 décembre 2006, 3 août 2007, 27 novembre 2007 et 19 mars 2008, pose en outre le diagnostic de deux cures de pseudarthrose en février et en octobre 2006. Dans son rapport du 3 août 2007, il mentionne que la cicatrice pré-tibiale est élargie mais fermée

et ne présente pas de signe inflammatoire. La radiographie effectuée sur la jambe droite montre une nette formation de cal autour de la pseudarthrose. Dans son rapport du 27 novembre 2007, il fait état d'une radiographie à la jambe droite, qui montre que la fracture est consolidée sans déplacement secondaire, et indique que son patient poursuit quelques séances de physiothérapie. Il estime la capacité de travail entière dès janvier 2008. Le 19 mars 2008, il confirme que la pseudarthrose est consolidée et que l'évolution des douleurs est favorable. De même, les médecins de la Clinique M.\_\_\_\_\_, dans leur rapport du 31 octobre 2007, mentionnent deux cures de pseudarthrose en février et en octobre 2006. Ils indiquent également que les dernières radiographies à disposition du 6 juin 2007 montrent le développement d'un cal au regard de la fracture du tibia, les traits de fractures étant encore visibles, et que les radiographies du 5 septembre 2007 montrent une bonne consolidation de la fracture. Ils concluent leur rapport en mentionnant que, du point de vue médical, la situation n'est pas encore stabilisée, l'incapacité de travail étant toujours de 100%, mais que la poursuite de la physiothérapie devait permettre dans une durée de 3 mois environ une tentative de reprise progressive du travail, tout en n'excluant pas qu'il persiste des douleurs de la jambe et du genou droit rendant difficile le retour à un plein rendement à long terme dans la profession de soudeur. Dans leur rapport du 4 juin 2008, les médecins de la Clinique

- 29 - M.\_\_\_\_\_ mentionnent que l'évolution est marquée par deux cures de pseudarthrose, la dernière en octobre 2006, et la persistance de douleurs à la jambe, que subjectivement le patient note une amélioration de la force du membre inférieur droit et qu'objectivement il y a une amélioration de la marche, de la force-endurance et de la mobilité de la cheville droite. Ils préconisent la poursuite de la physiothérapie en ambulatoire, dans l'unique but de poursuivre les exercices de renforcement du membre inférieur droit notamment. Sur le plan professionnel, ils estiment que l'incapacité de travail est totale dans l'ancienne activité de manoeuvre soudeur, alors que dans une activité adaptée, la capacité de travail est entière, les limitations étant le port de charges lourdes, le travail en position accroupie ou à genoux, le travail nécessitant la marche en terrain irrégulier ou la montée ou descente d'escaliers répétée, ainsi que les longs déplacements à pied. Parmi les positions de travail testées à la Clinique M.\_\_\_\_\_, la position alternée assis/debout est la position qui semble la plus adéquate. Les médecins de la Clinique M.\_\_\_\_\_ relèvent en outre que le recourant a travaillé à l'atelier bois en position debout à l'établi et qu'il a fait des activités avec un Clark en vue d'une éventuelle possibilité de stage de cariste, ainsi que des activités de découpage d'image et de pièces métalliques. Les médecins de la Clinique M.\_\_\_\_\_ estiment que l'état de santé du recourant est stabilisé, et concluent que celui-ci doit maintenant rechercher un emploi dans une activité adaptée. Le Dr Q.\_\_\_\_\_ est également d'avis, le 28 août 2008, que l'état de santé du recourant est stabilisé et qu'aucun traitement n'est de nature à améliorer sensiblement celui-ci. Il estime, à la date de son rapport, que la capacité de travail du recourant est entière dans une activité adaptée. En ce qui concerne le stage de cariste, qui a dû être interrompu, il mentionne que ce travail n'était pas adapté, le recourant lui ayant en effet expliqué que, lors de ce stage, il était constamment debout. Le recourant a en outre déclaré à l'inspecteur de la CNA que, dès le premier jour, il avait dû porter des sacs de ciment de 25 kg et les mettre sur des palettes sans l'aide d'un Clark. Cette activité n'était dès lors manifestement pas adaptée. Enfin, lors de son entretien avec l'inspecteur de la CNA, le recourant a déclaré que le traitement de physiothérapie n'entraînait pas d'amélioration, qu'il était arrivé à son terme à fin mars 2009 et qu'il n'était plus prescrit par le Dr

- 30 - C.\_\_\_\_\_. C'est dès lors à juste titre que la CNA a considéré que l'état de santé du recourant était stabilisé au 30 avril 2009 au plus tard. Certes dans son rapport du 30 septembre 2009, le Dr X.\_\_\_\_\_ pose le diagnostic de "suspicion de pseudarthrose". Il se réfère expressément dans ce rapport à la scintigraphie osseuse réalisée le 28 août 2009 et au rapport du 7 septembre 2009 y relatif. Il mentionne en effet que le patient a bénéficié d'une investigation complémentaire sous forme d'une scintigraphie osseuse et que l'examen évoque une pseudarthrose de la fracture du tiers supérieur du tibia à droite sans atteinte scintigraphique en faveur d'une neuro-algodystrophie. Il confirme ce diagnostic dans son rapport du 9 août 2010 en se fondant également sur la scintigraphie réalisée le 28 août 2009. Il ne mentionne aucun autre examen depuis lors. L'expertise du Dr X.\_\_\_\_\_ est toutefois postérieure à la décision attaquée, et il ne saurait être statué dans la présente cause sur une éventuelle rechute ou séquelle tardive. Il y a lieu en outre de relever que ce praticien, qui dans son premier rapport ne mentionnait pas de traitement, en préconise un dans son rapport du 9 août 2010, à savoir une cure de pseudarthrose, évaluant la durée du traitement à 18 mois environ. Il mentionne une incapacité de travail de 50% et motive cette appréciation par le fait que les douleurs apparaissent probablement après une activité de quelques heures – trois au maximum – et deviennent par la suite handicapantes, que l'activité soit légère ou intense, dans la mesure où elle est liée simplement au poids du corps. Il considère qu'aucune activité ne permet de rester en position toute une demi-journée sans avoir à se déplacer ou à transférer différents matériaux. Or il existe de nombreuses activités, de type administratif notamment, ou légères dans l'industrie, qui respectent les limitations fonctionnelles du recourant. Le Dr X.\_\_\_\_\_ explique ses divergences avec les médecins de la Clinique M.\_\_\_\_\_ par le fait que ceux-ci n'avaient pas connaissance de la pseudarthrose, ce qui est inexact et démontre que le Dr X.\_\_\_\_\_ n'avait pas connaissance des nombreux rapports médicaux établis antérieurement aux siens. Les conclusions du Dr X.\_\_\_\_\_ ne peuvent dès lors être suivies.

- 31 - Il y a en conséquence lieu d'admettre, avec les médecins de la Clinique M.\_\_\_\_\_ et de l'Hôpital de [...] notamment, qu'à la date du 30 avril 2009, pour le moins, l'état de santé du recourant était stabilisé, seul un traitement de Dafalgan étant en cours et qu'en outre, le recourant disposait à cette date d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. C'est ainsi à juste titre que la CNA a mis fin aux indemnités journalières et à la prise en charge d'un traitement autre que du Dafalgan à raison de deux fois par jour, de consultations espacées auprès du médecin traitant et des chaussures orthopédiques.

## **E. 6**

Il convient ensuite d'examiner si le recourant a droit à une rente. a) Selon l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite de l'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 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, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). L'art. 7 al. 2 LPGA précise que seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain et qu'en outre, il y a incapacité de gain uniquement si celle-ci n'est pas objectivement surmontable. Pour établir si on peut raisonnablement exiger de l'assuré qu'il surmonte par ses propres efforts les répercussions négatives de ses problèmes de santé

et exerce une activité lucrative et, partant, réalise un revenu, il faut se placer d'un point de vue objectif. L'élément déterminant n'est donc pas la perception

- 32 - subjective de l'intéressé, mais de savoir si on peut objectivement attendre de lui qu'il surmonte ses limitations et exerce une activité lucrative en dépit de ses problèmes de santé (ATF 135 V 215, consid. 7.2 et les références citées). Aux termes de l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. b) Sur le plan psychiatrique, il résulte du dossier, comme examiné ci-dessus, qu'aucune incapacité de travail ne peut être retenue. Sur le plan somatique, à la date de la décision attaquée au plus tard, tous les médecins estiment que la capacité de travail du recourant est complète dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. En outre, les conclusions du Dr X.\_\_\_\_\_, supposé qu'elles puissent être prises en compte, ne peuvent être suivies, comme constaté au considérant 5 ci-dessus. c) Sur le plan économique, la CNA s'est fondée sur les déclarations de l'employeur du recourant pour calculer le salaire sans invalidité, montant qui ne saurait dès lors être critiqué. Quant au revenu avec invalidité, la CNA s'est fondée sur 5 DPT, lesquelles sont conformes à la jurisprudence du Tribunal fédéral. La détermination du revenu d'invalidité sur la base des DPT suppose en effet, en sus de la production d'au moins cinq DPT, la communication du nombre total des postes de travail pouvant entrer en considération d'après le type de handicap, ainsi que du salaire le plus haut, du salaire le plus bas, et du salaire moyen du groupe auquel il est fait référence. Lorsque le revenu d'invalidité est déterminé sur la base des DPT, une réduction du salaire, eu

- 33 - égard au système même des DPT, n'est ni justifié ni admissible (ATF 129 V 472). Le recourant ne saurait dès lors être suivi lorsqu'il invoque une telle réduction. Le calcul effectué par la CNA n'est pas critiquable et doit être confirmé. Le droit à une rente d'invalidité n'est ainsi pas ouvert.

## **E. 7**

En ce qui concerne l'atteinte à l'intégrité, selon l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique par suite d'un accident a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. L'atteinte à l'intégrité au sens de cette disposition consiste généralement en un déficit corporel anatomique ou fonctionnel, mental ou psychique. Le taux d'une atteinte à l'intégrité doit être évalué exclusivement sur la base de constatations médicales objectives. De même, puisqu'elle doit être prise en compte lors de l'évaluation initiale, l'importance prévisible de l'atteinte doit être également fixée sur la base des constatations du médecin (TF 8C\_459/2008 du 4 février 2009, consid. 2.3). Il incombe donc au premier chef aux médecins d'évaluer l'atteinte à l'intégrité car, de par leurs connaissances et leur expérience professionnelles, ils sont les mieux à même de juger de l'état clinique de l'assuré et de procéder à une évaluation objective de l'atteinte à l'intégrité (TF 8C\_703/2008 du 25 septembre 2009, consid. 5.2). Selon l'art. 36 al. 1 OLAA, une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie. Elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave. Cette disposition de l'ordonnance a été jugée conforme à la loi en tant qu'elle définit le

caractère durable de l'atteinte (ATF 133 V 224, consid. 2). Aux termes de l'art. 25 al. 1 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée en fonction de la gravité de l'atteinte, qui s'apprécie

- 34 - d'après les constatations médicales. C'est dire que, chez tous les assurés présentant le même status médical, l'atteinte à l'intégrité est la même ; elle est évaluée de manière abstraite, égale pour tous, de sorte qu'il n'est pas nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'elle entraîne pour l'assuré concerné (ATF 115 V 147, consid. 1 ; 113 V 218, consid. 4b et les références). L'annexe 3 de l'OLAA comporte un barème des indemnités pour atteinte à l'intégrité en pour cent du montant maximum du gain assuré. Ce barème – reconnu conforme à la loi – ne constitue pas une énumération exhaustive (ATF 124 V 29, consid. 1b et les références). Il représente une "règle générale" (ch. 1 al. 1 de l'annexe 3 OLAA). Pour les atteintes qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il y a lieu d'appliquer le barème par analogie, en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 de l'annexe 3 OLAA). Le ch. 2 de cette annexe dispose au surplus qu'en cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence, aucune indemnité n'étant toutefois versée dans les cas pour lesquels un taux inférieur à 5% du montant maximum du gain assuré serait appliqué. A cette fin, la Division médicale de la CNA a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA. Sans lier le juge, ces tables sont néanmoins compatibles avec l'annexe 3 OLAA (TF 8C\_459/2008 du 4 février 2009, consid. 2.1 ; 8C\_365/2007 du 15 mai 2008, consid. 7.2 ; ATF 124 V 209, consid. 4a/cc) et permettent de procéder à une appréciation plus nuancée, lorsque l'atteinte d'un organe n'est que partielle. Dans son appréciation spécifique du 28 août 2008, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a relevé avoir notamment observé un raccourcissement de 2 à 3 cm, un défaut de rotation, ainsi qu'une importante amyotrophie de tout le membre inférieur droit, lequel semble globalement manquer de force et présenter des tremblements. La table 2 de la SUVA "Atteinte à l'intégrité résultant des troubles fonctionnels des membres inférieurs" prévoit 50% pour la perte fonctionnelle totale d'un membre inférieur. Appliquant celle-ci, le Dr Q.\_\_\_\_\_, compte tenu des observations rappelées ci-dessus, a

- 35 - estimé que la situation correspondait à une perte fonctionnelle de 25% du membre inférieur gauche, le dommage permanent subi étant dès lors de 12,5% (25% de 50% = 12,5%). A la date de la décision attaquée, il n'y a aucun élément médical au dossier infirmant cette appréciation.

## **E. 8**

Le dossier étant complet et permettant ainsi à la Cour de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'ordonner de complément d'instruction sous la forme d'une expertise, comme le demande le recourant, dont la requête doit dès lors être rejetée.

## **E. 9**

Il résulte de ce qui précède que le recours doit être rejeté et la décision sur opposition rendue le 19 août 2009 par la CNA confirmée. Conformément à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations en matière d'assurance-accidents devant le tribunal cantonal des assurances est gratuite. En outre, il n'y a pas lieu, en l'espèce, d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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