

# **VD\_GERICHTE ZA10.015923 vom 8. Juli 2014**

VD Tribunal cantonal, 2014-07-08, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZA10.015923](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA10.015923)

FR: VD\_GERICHTE ZA10.015923 du 8 juillet 2014

IT: VD\_GERICHTE ZA10.015923 del 8 luglio 2014

## **Erwägungen**

### **E. 2**

Quelle serait sa capacité de travail dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles suivantes : A l'exclusion de la pathologie rachidienne, la capacité de travail dans une activité adaptée pourrait être de 20 %."

- 17 - Dans un rapport du 29 mai 2009, le Dr G. \_\_\_\_\_ a indiqué ce qui suit : "1 Anamnèse? Monsieur A.H. \_\_\_\_\_ signale une exacerbation des lombalgies et des dorsalgies depuis son accident de circulation. Les dorsalgies se manifestent par une douleur dorsale et paradorsale gauche, accompagnée d'une composante rétro-xiphoïdienne antérieure. Cette douleur est fluctuante dans le temps. Les lombalgies se manifestent au niveau lombaire bas avec une irradiation de part et d'autre au niveau para-lombaire. Il y a une nette exacerbation de la symptomatologie algique en position debout et lors des mouvements de rotation et flexion. Il y a une atténuation partielle en position assise et couchée, même si la position assise reste une position difficile à long terme. Son traitement par Dafalgan 4 x 1g et Nisulid 2 x 100 mg, ainsi que patches de Transtec 35 pg/h tous les 3 jours, procure un soulagement partiel mais est accompagné d'effets secondaires, de constipation et de ballonnements, de même que des brûlures d'estomac par intermittence. Il signale également des gonalgies et des douleurs au niveau des deux chevilles pour lesquelles il est suivi plus particulièrement par le Dr T. \_\_\_\_\_, le Dr J. \_\_\_\_\_ et le Dr D. \_\_\_\_\_. [...]

### **E. 3**

Constatations et diagnostics exacts? L'IRM dorsolombaire du 6.05.2009 montre une protrusion discale au niveau D8-D9 à gauche et, dans une moindre mesure également de D9-D10 et D10-D11. Au niveau lombaire, il y a une hernie discale au niveau L5-S1 et une légère protrusion au niveau L3-L4 et L4-L5. Il s'ajoute une lipomatose du canal lombaire de L3 jusqu'au niveau du sacrum. Il y a également une arthrose postérieure L4-L5 et L5-S1. Diagnostics exacts: Dorsalgies et lombo-sciatalgies sur spondylose, spondylarthrose, dysfonction segmentaire tant dorsale que lombaire, dysfonctions de l'articulation sacro-iliaque ainsi qu'une lipomatose lombaire.

### **E. 4**

Evolution L'évolution post traumatique est favorable.

- 19 - Au niveau de la cheville gauche, la consolidation a été obtenue avec une bonne réduction de la fracture, malgré sa comminution. Actuellement, la mobilité de cette articulation est bonne. La mobilité de la cheville droite est normale, il n'y a aucune instabilité ligamentaire. Il est difficile d'expliquer la persistance de douleurs au niveau du sinus du tarse. Selon les déclarations de M. A.H. \_\_\_\_\_, ces douleurs seraient invalidantes. Le status post splénectomie est rassurant, actuellement. Les dorso-lombalgies,

les sciatalgies et les gonalgies sont connues de longue date et sont préexistantes de plusieurs années au traumatisme du 16.08.2008. Même si on admettait une possible aggravation de la symptomatologie dorso-lombaire et des gonalgies à la suite de l'accident du 16.08.2008, cette aggravation devrait être limitée dans le temps. Après une année d'évolution depuis le traumatisme, le rapport de causalité ne devrait plus être retenu, d'autant qu'il n'existe aucun substrat traumatique objectivable. Un an d'évolution est suffisant pour que le statu quo ante/sine soit atteint au niveau de la colonne vertébrale et des deux genoux. Les limitations fonctionnelles actuelles dont fait état M. A.H.\_\_\_\_\_ sont principalement en rapport avec ses problèmes dorso-lombaires et les gonalgies. Ce sont ces problèmes qui ont motivé la décision de M. A.H.\_\_\_\_\_ de remettre son restaurant, décision qui était pendante depuis 2006, bien que le patient continuait à assurer le service traiteur. Selon mes informations, le restaurant a été remis au mois de juin 2009. Une demande de reclassement professionnel a été déposée auprès de l'assurance-invalidité. L'assuré souhaiterait compléter sa formation dans l'hôtellerie par un cours d'informatique, ce qui lui permettrait de postuler soit dans l'enseignement, au contrôle des postes d'apprentissage, soit dans une activité dans un laboratoire alimentaire ou à l'inspection des restaurants. Dans ces activités, le taux d'occupation de M. A.H.\_\_\_\_\_ pourrait atteindre 75 %. Une incapacité résiduelle définitive de 25 % correspondrait aux limitations dues aux phénomènes dégénératifs de la colonne lombaire et des deux genoux. Les deux chevilles, notamment le status après ostéosynthèse de la cheville gauche, permettrait un taux d'occupation à 100 % dans une activité adaptée, telle que décrite ci-dessus ou dans une activité administrative. Dans une activité de cafetier, la capacité de travail pourrait également atteindre le taux de 100 %. Par contre, dans une activité de cuisinier, qui nécessite le port de charges, des déplacements dans un espace limité et la position debout, le taux de capacité de travail pourrait être limité entre 50 % et 75 %. Je n'ai pas de proposition thérapeutique à formuler en relation avec l'accident du 16.08.2008. Le traitement de physiothérapie pour la cheville droite n'apporte plus d'amélioration notable et, de ce fait, il devrait être arrêté. M. A.H.\_\_\_\_\_ doit poursuivre son auto- rééducation seul, en pratiquant du vélo et les exercices de renforcement musculaire appris auprès du physiothérapeute.

## **E. 5**

Est-ce que les plaintes subjectives peuvent être objectivées ? En ce qui concerne la cheville gauche, les plaintes subjectives sont objectivées. Dans une moindre mesure, elles le sont également pour ce qui concerne la cheville droite. Les plaintes au niveau dorso-lombaire paraissent réelles, bien que formulées de manière trop convaincante.

- 20 - Les plaintes aux deux genoux, plaintes qui prédominent au genou gauche, sont en corrélation avec l'état d'arthrose modérée objectivée par les examens d'imagerie.

## **E. 6**

Causalité naturelle:

### **E. 6.1**

Les troubles actuels, sont-ils dus uniquement ou partiellement à l'accident du 16.08.2008?  
&

### **E. 6.2**

Les troubles actuels, sont-ils dus à l'accident du 16.08.2008 d'une façon seulement possible ou fortement probable? Les plaintes au niveau des deux chevilles sont en rapport de

causalité direct avec l'événement du 16.08.2008. Un an après l'accident, il n'y a plus de rapport de causalité entre l'événement du 16.08.2008 et les gonalgies bilatérales et/ou les dorso-lombalgies.

### **E. 6.3**

Est-ce qu'une éventuelle aggravation d'une affection de la santé préexistante, causée par l'accident du 16.08.2008, peut être considérée comme guérie? Il est possible que l'événement du 16.08.2008 ait pu aggraver de manière minimale l'état de la colonne dorso-lombaire et des deux genoux. Cependant, en absence de lésion traumatique objectivable, cette aggravation devrait être limitée dans le temps. Un an d'évolution, c'est-à-dire à la date de mon examen du 25.08.2009, est un délai largement suffisant pour admettre que le status quo ante/sine ait été retrouvé pour ces affections. Au vu de ma réponse aux questions n° 6.1, n° 6.2 et n° 6.3, les questions n° 6.4, n° 6.5, n° 6.6 sont caduques.

### **E. 7**

Peut-on encore attendre une amélioration notable de l'état de santé de l'assuré? Oui, on peut encore attendre une amélioration notable de l'état de santé, car M. A.H. \_\_\_\_\_ peut encore améliorer son autonomie de marche dans le futur. Un assouplissement de l'articulation de la cheville gauche est également possible.

### **E. 8**

Est-ce que l'assuré nécessite un traitement de soutien afin de maintenir son état de santé? Non, j'estime que plus aucun traitement de soutien n'est nécessaire. L'assuré devrait poursuivre seul son auto-rééducation avec la pratique des exercices appris, la pratique de vélo et éventuellement une rééducation dans l'eau.

### **E. 9**

Capacité de travail:

#### **E. 9.1**

de son expertise. 5.- Quelles constatations avez-vous faites au sujet de l'évolution de l'état de santé de ce patient depuis cet accident jusqu'à ce jour? Je n'ai pas procédé à un examen médical récent de A.H. \_\_\_\_\_ depuis le 26.08.2010, date à laquelle je l'avais examiné de façon approfondie à sa demande. Son état de santé est stationnaire; il marche toujours avec une canne pour décharger son membre inférieur gauche, ainsi qu'avec une attelle anti-steppage du membre inférieur droit pour éviter de s'encoupler en raison de la faiblesse des muscles innervés par le nerf péronier lésé. Vu le temps écoulé depuis l'accident, je doute que A.H. \_\_\_\_\_ puisse encore faire des progrès significatifs l'arthrose post traumatique de la cheville gauche va probablement continuer à se

- 48 - péjorer et les séquelles neurologiques du nerf péronier droit rester en l'état. 6.-

Pouvez-vous confirmer que A.H. \_\_\_\_\_ n'a pas été en mesure de reprendre une quelconque activité professionnelle depuis cet accident jusqu'à aujourd'hui? Oui dans son métier de cuisinier, restaurateur et traiteur. 7.- Selon votre avis, cette invalidité est-elle en lien de causalité avec l'accident du 16 août 2008? Oui, l'invalidité secondaire à l'atteinte des membres inférieurs est entièrement due aux séquelles de l'accident du 16.08.2008. 8.- A votre avis, compte tenu de l'âge de A.H. \_\_\_\_\_, des activités déployées jusqu'à présent (cuisinier, restaurateur et traiteur) et de ses limitations fonctionnelles, une reprise d'une

activité professionnelle est-elle envisageable et exigible ? Je pense que M. A.H. \_\_\_\_\_ ne pourra plus jamais travailler en tant que cuisinier, restaurateur et traiteur en raison des lésions post- traumatiques (accident du 16.08.2008) qu'il présente aux membres inférieurs. J'ignore si l'Al envisage la possibilité d'un éventuel reclassement professionnel. Si on ne tient compte que de son état dû aux séquelles de l'accident du 16 août 2008, un reclassement ne pourrait intervenir que dans une profession sédentaire, assise." Il a joint à ce rapport notamment : - un rapport du 13 septembre 2010 du Dr A. \_\_\_\_\_ qui a notamment indiqué, que l'IRM de la cheville gauche pratiquée le 9 septembre 2010 a montré la surface articulaire irrégulière compatible avec une arthrose ainsi qu'un amincissement du cartilage. - Un rapport du 5 octobre 2010 du professeur M.M. \_\_\_\_\_ dont il résulte notamment ce qui suit : "diagnostics retenus atteinte axonale du nerf péronier droit avec une atteinte de fonction surajoutée status post accident de voiture en 2008 avec status post fracture tibial gauche traitée par ostéosynthèse status post entorse de la cheville droite [...] interprétation et synthèse : nous notons ce jour une neuropathie péroniers Heer D, vraisemblablement par contusions. Se surajoutent une atteinte fonctionnelle de non utilisation qui pourrait être traitée par une thérapie cognitive et comportementale avec l'aide d'un physiothérapeute."

- 49 - - Un rapport du 3 novembre 2010 du Dr T. \_\_\_\_\_ où il a relevé que l'évolution radiologique et sur les IRM de la cheville gauche mettait en évidence une arthrose post traumatique dont l'évolution était marquée par l'apparition d'ostéophytes tibio-antérieurs et d'une géode au regard de la zone fracturaire intra-articulaire. Il a ajouté que l'EMG réalisé au CHUV confirmait une neuropathie péronière droite vraisemblablement par contusion; - un rapport du 23 novembre 2009 de la Dre S. \_\_\_\_\_ qui a posé les diagnostics notamment de status post fracture du pilon tibial gauche traitée par ostéosynthèse en août 2008 - arthrose post-traumatique -, de status post entorse de la cheville droite (accident du 2 août 2008), d'une atteinte tronculaire du nerf péronier droit post-traumatique (accident du 2 août 2008). Elle a mentionné que les douleurs au niveau de la cheville gauche étaient d'intensité supportable, la mobilisation tibio-astragalienne restant limitée, les lésions dégénératives visibles sur la radiographie étant certainement responsables de cette situation. Concernant la cheville droite elle a indiqué que l'examen clinique avait montré une hypoesthésie tacto-algique au niveau du dos du pied et une faiblesse du muscle péronier externe, l'examen électroneuromyographique effectué durant le séjour confirmant une atteinte axonale compatible avec une atteinte tronculaire du nerf péronier droit certainement secondaire à l'accident. - Un rapport du 28 février 2011 de cette praticienne concluant son rapport notamment comme il suit : "Dans l'ensemble, il y a peu d'évolution par rapport à mon examen de juin 2010, la parésie liée à l'atteinte axonale du nerf péronier droit est toujours présente et le patient va marcher avec une attelle anti-steppage. Cette lésion est vraisemblablement directement liée à son accident."

- 50 - Le 5 décembre 2012, le Dr T. \_\_\_\_\_ a répondu ce qui suit : "1. N'est-il pas exact que vous avez opéré et soigné A.H. \_\_\_\_\_ à la suite de son accident de circulation du 16 août 2008 ? C'est exact. 2. Quelles constatations avez-vous faites au sujet de l'évolution de l'état de santé de ce patient depuis cet accident jusqu'à ce jour ? Lors de l'accident le patient a souffert des lésions suivantes : une fracture du pilon tibial gauche qui a nécessité une réduction sanglante et ostéosynthèse en urgence. L'évolution a été marquée par la persistance de douleurs articulaires et un enraidissement de la cheville qui ont perduré même après l'ablation du matériel d'ostéosynthèse et qui actuellement se compliquent

d'une arthrose post traumatique confirmée par une IRM. Cette arthrose peut, à terme, nécessiter des interventions chirurgicales soit prothétiques, soit visant à la fusion de l'articulation douloureuse. Il a souffert également d'une entorse sévère de la cheville droite avec une atteinte du nerf péronier qui entraîne une perte de la fonction des releveurs du pied et nécessite la marche avec une orthèse stabilisatrice. A ce jour il n'y a pas de récupération fonctionnelle significative permettant de se libérer de cette orthèse. Cette atteinte peut être considérée à mon avis comme définitive. A noter également une entorse du genou gauche dans le cadre d'une arthrose préexistante dont l'évolution est actuellement sous contrôle mais nécessite des traitements de physiothérapie épisodiques. A terme une arthroplastie sera vraisemblablement incontournable. M. A.H.\_\_\_\_\_ a souffert également d'une sévère exacerbation de douleurs de son rachis cervico-dorso-lombaire qui ont nécessité une prise en charge universitaire par la Dresse???.\_\_\_\_\_ ainsi que par des consultations spécialisées d'antalgie et d'anesthésie avec infiltrations mensuelles. Ce traitement est assuré par le Dr G.\_\_\_\_\_ aux eHnv, site d' [...]. Il a souffert également d'une rupture de la rate en deux temps qui ont nécessité une splénectomie par nos confrères chirurgiens. A noter également dans les suites un cancer vésical qui a été traité par le Dr Q.Q\_\_\_\_\_, actuellement stabilisé. Le patient a subi un deuxième accident de la voie publique en novembre 2011 qui a exacerbé des douleurs du rachis cervical et lombaire qui sont toujours prises en charge par le Dr G.\_\_\_\_\_ et par une physiothérapie dirigée. Il doit bénéficier encore d'un

- 51 - traitement antalgique majeur supervisé par son médecin traitant, le Dr D.\_\_\_\_\_ et le Dr G.\_\_\_\_\_. 3. Pouvez-vous confirmer que A.H.\_\_\_\_\_ n'a pas été en mesure de reprendre une quelconque activité professionnelle depuis cet accident jusqu'à aujourd'hui ? M. A.H.\_\_\_\_\_ avait, lors de l'accident, une activité professionnelle de cuisinier, restaurateur et traiteur indépendant. Il possédait un restaurant et exerçait une activité de traiteur. Ces deux activités ont dû être stoppées car il est dans l'incapacité totale de les exercer en raison des lésions susmentionnées liées à l'accident. Une réorientation par l'Al dans une activité sédentaire de formateur a été tentée. M. A.H.\_\_\_\_\_ a reçu quelques mandats qu'il a pu honorer à hauteur d'une capacité de travail de 20 % mais une tentative de reprise d'une activité à hauteur de 50 % fût un échec. Actuellement M. A.H.\_\_\_\_\_ est en attente d'un poste lié à sa réorientation professionnelle par l'Al. 4. Selon votre avis, cette invalidité est-elle en lien de causalité avec l'accident du 16 août 2008? M. A.H.\_\_\_\_\_ souffrait, avant cet accident, de douleurs du rachis qui lui avaient permis de reprendre une activité professionnelle de cuisinier, restaurateur et traiteur. Depuis cet accident, en raison des lésions traumatiques susmentionnées intéressant ses membres inférieurs et d'une exacerbation sévère de ses douleurs rachidiennes, le patient n'est plus en mesure de réaliser cette activité. Je pense que le lien de causalité entre l'invalidité actuelle et l'accident du 16 août 2008 est certain. 5. A votre avis, compte tenu de l'âge de A.H.\_\_\_\_\_, des activités déployées jusqu'à présent (cuisinier, restaurateur et traiteur) et de ses limitations fonctionnelles, une reprise d'une activité professionnelle est-elle envisageable et exigible ? Dans l'activité mentionnée de cuisinier, restaurateur et traiteur, aucune reprise d'activité professionnelle n'est envisageable ou exigible. Dans une activité adaptée, une réorientation a été tentée par l'Al." Le 8 janvier 2013, le Dr L.\_\_\_\_\_ a écrit à K.\_\_\_\_\_ ce qui suit : "J'accuse réception de votre courrier daté du 17.12.2012, de la copie du rapport établi par le Dr T.\_\_\_\_\_ en date du 05.12.2012, ainsi que du rapport signé par le Dr S.\_\_\_\_\_ daté du 04.12.2012. Vous désirez connaître mon opinion quant au contenu des rapports de mes confrères.

- 52 - Pour répondre à votre demande, j'ai relu le dossier de M. A.H. \_\_\_\_\_, que vous avez mis à ma disposition, ainsi que mon rapport d'expertise daté du 31.08.2009. A relever que dans le dossier médical de M. A.H. \_\_\_\_\_, certains rapports sont datés de 2004, de 2005, de 2006 et de 2007, c'est-à-dire qu'ils sont antérieurs à l'accident du 16.08.2008. Je rappelle que j'ai expertisé M. A.H. \_\_\_\_\_ le 25.08.2009 à la demande de la K. \_\_\_\_\_. L'objectif de cette expertise était de déterminer la capacité de travail de l'assuré. Mon rapport vous a été adressé en date du 31.08.2009. C'est un fait que M. A.H. \_\_\_\_\_ a été victime d'un polytraumatisme le 16.08.2008 qui a entraîné: - une fracture complexe du pilon tibial gauche, traitée chirurgicalement par une réduction à ciel ouvert et une ostéosynthèse le 25.08.2008, - une contusion du genou gauche, - une entorse du ligament collatéral externe de la cheville droite, - une rupture de la rate, traitée par sp le 29.08.2008, - des contusions multiples. La fracture de la cheville gauche et la rupture de la rate ont été traitées chirurgicalement. Les autres traumatismes ont été traités conservativement. Dans son rapport du 05.12.2012, le Dr T. \_\_\_\_\_ chirurgien de M. A.H. \_\_\_\_\_, fait un amalgame entre les problèmes traumatiques et les phénomènes dégénératifs articulaires préexistants à l'accident du 16.08.2008. Il effectue une évaluation de l'incapacité de travail en se basant sur l'atteinte globale de la santé de l'assuré et non uniquement sur les atteintes en relation avec les problèmes post traumatiques. Sous point n° 2, 2e paragraphe, le Dr T. \_\_\_\_\_ parle d'une entorse sévère de la cheville droite avec une atteinte du nerf péronier. Or, c'est au mois d'octobre-novembre 2008 que le problème de la cheville droite et l'atteinte du nerf péronier sont mentionnés pour la première fois. Une investigation neurologique du nerf péronier est effectuée au CHUV le 26.10.2009. Cet examen permet de poser le diagnostic d'une neuropathie du nerf péronier droit, sans que l'étiologie de l'atteinte soit précisée. Il est mentionné qu'il s'agit essentiellement d'une faiblesse du muscle péronier externe droit et d'une hypoesthésie tacto-algique au niveau du dos du pied. L'atteinte axonale est mentionnée, mais celle-ci peut avoir des causes multiples. On évoque, toutefois, la possibilité d'un état post contusionnel. Le Dr T. \_\_\_\_\_ signale qu'il existe une paralysie des releveurs du pied droit, ce qui justifierait la prescription d'une orthèse stabilisatrice. Or, l'examen neurologique parle d'une faiblesse du nerf péronier et la présence de troubles sensitifs, il n'est pas fait mention d'une paralysie. Selon le neurologue, la fonction est entravée par la longue immobilisation et la douleur. Dès lors, l'état de la cheville droite ne nécessite pas la prescription d'une orthèse anti- steppage, car le patient n'a jamais présenté de pied tombant. Concernant les cervico-dorso-lombalgies, même si on peut admettre que l'accident du 16.08.2008 ait pu induire une aggravation des douleurs, cette aggravation doit être limitée dans le temps. Un délai

- 53 - de trois semaines est suffisant pour que le statu quo ante/sine ait été retrouvé. De même, les douleurs dues à l'entorse légère du genou gauche doivent être limitées dans le temps. Rapport du Dr S. \_\_\_\_\_ du 04.12.2012 Le Dr S. \_\_\_\_\_, dont je reconnais tout à fait les compétences, est le médecin traitant de M. A.H. \_\_\_\_\_ et de sa famille. Comme tout médecin traitant, il est en empathie avec son patient. En réponse aux remarques du Dr S. \_\_\_\_\_, mentionnées sous point n°4a, je rappelle que mon expertise effectuée à la demande de la K. \_\_\_\_\_ le 25.08.2009 avait pour objectif d'apprécier la capacité de travail de M. A.H. \_\_\_\_\_, un an après l'accident du 16.08.2008. Cet examen n'avait pas pour objectif de liquider le cas de M. A.H. \_\_\_\_\_. La présence de matériel d'ostéosynthèse au niveau de la cheville n'est pas un obstacle à la reprise d'une activité lucrative. Dans le cas présent, l'ablation du matériel d'ostéosynthèse ne modifie en rien la capacité de travail. Dans le cas d'une fracture du pilon tibial, il est fréquent qu'il y ait une

atteinte cartilagineuse tibio-astragaliene. Dans le cas de M. A.H.\_\_\_\_\_, la réduction chirurgicale est bonne, les contrôles cliniques et radiologiques post opératoires étaient bons. Dans mon rapport, à la page n° 12, sous point n° 11, j'ai mentionné qu'il est trop tôt pour évaluer le taux d'atteinte à l'intégrité de M. A.H.\_\_\_\_\_ en relation avec l'accident du 16.08.2008. Sous point b : le Dr S.\_\_\_\_\_ m'attribue un "manque de logique". Une mobilité articulaire estimée comme bonne, ne sous-entend pas qu'elle soit normale. De manière générale, une flexion dorsale de 15° et une flexion plantaire de 20° sont largement suffisantes pour permettre au patient de marcher et de travailler. Dans mon rapport, à la page n° 7 : sous la description radiologique des clichés de la cheville droite datés du 19.08.2009, je signalais que la mortaise était respectée, c'est-à-dire que les rapports articulaires tibio-astragaliens étaient en ordre. Présence de modifications dégénératives de l'interligne articulaire du pilon tibial. Ceci signifie que le processus arthrosique a débuté, mais cela ne signifie pas qu'il entraîne une incapacité totale de travail, et encore moins d'envisager l'implantation prothétique. Sous point n° 3, dernier alinéa: dans l'anamnèse personnelle de M. A.H.\_\_\_\_\_, je signale une méniscectomie interne au genou droit à l'âge de 16 ans. Cette information est occultée par le Dr S.\_\_\_\_\_. L'origine des lâchages de la cheville droite n'a pas été élucidée. Toutefois, associer d'office une lésion du nerf péronier et une lésion du ligament latéral externe pour expliquer avec certitude des lâchages est trop simple. Le Dr S.\_\_\_\_\_ me reproche de ne pas avoir parlé du pied tombant de M. A.H.\_\_\_\_\_ dans mon rapport d'expertise. Ceci est exact, car lors de mon examen, je n'ai pas objectivé de pied tombant. M. A.H.\_\_\_\_\_ avait une fonction de la cheville droite avec une flexion/extension de 5/0/50, contre 5/0/40 pour la cheville gauche et une éversion/inversion de 30/0/40 à droite contre 30/0/30 à gauche. Ces mensurations montrent qu'il existait une amélioration notable en comparaison avec l'examen effectué par le Dr T.\_\_\_\_\_. Il s'agit ici de mensurations de la mobilité active de la cheville droite et les résultats sont quasi symétriques aux mensurations de la cheville gauche.

- 54 - On ne peut donc pas parler d'une atteinte paralysante du nerf sciatique poplité externe, ni du nerf péronier. La mention d'une entorse de la cheville droite apparaît au mois de novembre 2008. A cette date, il n'est fait aucune allusion à une atteinte du nerf péronier (cf au rapport du Dr T.\_\_\_\_\_ du 19.11.2008). Dans son rapport d'expertise daté du 10.01.2006, le Dr P.\_\_\_\_\_ signale que M. A.H.\_\_\_\_\_ éprouve des difficultés pour travailler. Ces difficultés coïncident avec la date de fermeture du buffet de la gare CFF à [...] en 2004. M. A.H.\_\_\_\_\_ éprouve également des difficultés à assumer son travail lorsqu'il devient directeur du restaurant du camping d' [...] en 2005. Il met ces difficultés en relation avec des problèmes lombaires, d'origine dégénérative, et une hernie discale connue. Il est donc erroné d'affirmer que M. A.H.\_\_\_\_\_ a travaillé normalement jusqu'au moment de l'accident du 16.08.2008. Le Dr P.\_\_\_\_\_ mentionne que M. A.H.\_\_\_\_\_ marche sans boiterie, qu'il peut se mettre sur la pointe des pieds et sur les talons et qu'il s'accroupit de manière normale. Lors de l'examen clinique effectué le 19.12.2006 au SMR de l'Office AI, donc 10 mois après l'expertise du Dr P.\_\_\_\_\_, il est mentionné que M. A.H.\_\_\_\_\_ a vendu son restaurant, mais que le service traiteur existe encore. Le Dr C.\_\_\_\_\_ qui effectue l'examen du 19.12.2006, note sous rubrique "status" que M. A.H.\_\_\_\_\_ est très démonstratif lors de l'examen clinique, qu'il pousse d'importants cris et émet des gémissements. Lors de cet examen, l'accroupissement est à peine ébauché, l'assuré alléguant d'importantes lombalgies. La marche sur la pointe des pieds est laborieuse, mais réalisable. La marche sur les talons serait impossible du fait de la présence de lombalgies. On note une mobilité normale et symétrique des deux chevilles

avec une flexion dorsale/plantaire de 0/0/25. A relever que lors de cet examen, aucune atteinte neurologique n'était mentionnée. Le Dr C. \_\_\_\_\_ mentionne une limitation de la mobilité qui serait anormale, toutefois, les mensurations sont toujours indicatives, elles servent d'orientation et ne doivent pas être appliquées à la lettre. Pour une mobilité dite normale qui s'applique à un sujet en dehors de tout contexte non traumatologique et assécurologique, ces valeurs seraient pathologiques. La normalité voudrait une flexion dorsale/flexion plantaire d'environ 20/0/50. Ceci démontre que les mensurations sont indicatives et qu'elles peuvent être faussées par le comportement du sujet. Le Dr Q. \_\_\_\_\_ FMH en chirurgie orthopédique à [...], a effectué une expertise sur dossier pour la K. \_\_\_\_\_, le 01.04.2009. Ce confrère relève une mobilité de la cheville gauche de 15/0/20. A la page 2 sous point 1 "cheville gauche", le Dr Q. \_\_\_\_\_ écrit: "Je ne comprends pas la discrédance qui existe entre l'état radiologique et clinique (constatations du Dr T. \_\_\_\_\_) et l'état décrit par le patient, qui ne peut pas marcher plus de 10 mètres avec des douleurs aux deux chevilles et qui ne peut pas se passer de sa chaise roulante. Néanmoins, une année après une fracture du pilon tibial bien réduite, la symptomatologie devrait disparaître. Sous point 2 : Au vu des réponses du Dr T. \_\_\_\_\_ et l'excellente qualité de la consolidation du pilon tibial, le cas de la cheville gauche ne laisse pas craindre une incapacité de travail définitive dans la profession exercée de restaurateur.

- 55 - Sous point: "Genou gauche" : la gêne ressentie par le patient est une gêne liée à une lésion dégénérative du genou qui est antérieure à l'événement du 16.08.2008. Sous point n° 2.3 : Le genou droit a présenté une contusion possible lors de l'événement du 16.08.2008. Le status quo sine est atteint après 10 à 15 jours après l'événement. Sous point n° 5 Les douleurs lombaires ressenties par le patient sont également d'origine dégénérative. La violence du choc a également pu aggraver cette symptomatologie, mais seulement passagèrement. Dans un rapport établi le 07.02.2007, le Dr G. \_\_\_\_\_ médecin chef du Service d'antalgie de l'Hôpital d' [...], note au dernier paragraphe : "Tous les traitements entrepris à ce jour, par physiothérapie, ostéopathie, AINS, faibles opiacés, antidépresseurs et anxiolytiques, n'ont pas permis d'atténuation de la symptomatologie algique. Une atteinte tronculaire du sciatique poplitée externe, si elle est traumatique, se manifeste d'emblée. Ceci n'a pas été le cas chez M. A.H. \_\_\_\_\_. Ultérieurement, sans qu'une date précise puisse être arrêtée, on constate une paralysie avec une atteinte tronculaire. Je me réfère à l'examen électromyographique du 26.10.2009 qui parle de neuropathie péronière droite avec une faiblesse au niveau du muscle péronier droit et une hypoesthésie tacto-algique au niveau du dos du pied droit. En présence d'un canal lombaire étroit d'origine dégénérative, d'une hernie discale L5-S1, d'une lipomatose médullaire importante et de sciatalgies bilatérales connues de longue date, l'atteinte du nerf péronier droit aurait pu apparaître spontanément. Au vu du status local de la colonne lombaire, c'est cette étiologie que je privilégie. L'examen neurologique du 26.10.2009 fait état d'une possible étiologie traumatique. C'est seulement lors du 2e examen neurologique, effectué le 20.10.2010, et très probablement sur la base des renseignements fournis par le médecin prescripteur, que le neurologue fait état d'une vraisemblable atteinte par contusion. Le Dr S. \_\_\_\_\_ mentionne qu'il a constaté la présence d'un pied tombant quelques jours après l'accident du 16.08.2008, lorsqu'il a rendu visite à M. A.H. \_\_\_\_\_. Il est surprenant que le Dr S. \_\_\_\_\_ ait été le seul médecin à avoir constaté cette lésion, alors que l'assuré a été hospitalisé durant plusieurs jours et que différents médecins l'ont examiné et soigné. Il est aussi étonnant que ce confrère ait procédé à un examen clinique chez un patient hospitalisé, fraîchement opéré de son membre inférieur gauche et d'une splénectomie,

c'est-à-dire un patient qui se trouvait dans un état influencé par les narcoses et une médication importante. A la page n° 4 de sa lettre du 04.12.2012, le Dr S.\_\_\_\_\_ signale la présence d'un vraisemblable syndrome du sinus du tarse. Or, aucun élément clinique objectif ne vient confirmer ce diagnostic. Toutefois, même si ce diagnostic devait se confirmer, il n'influencerait en rien la capacité de travail de M. A.H.\_\_\_\_\_ estimée au moment de mon examen du 25.08.2009. Là encore, le Dr S.\_\_\_\_\_ est le seul à évoquer ce diagnostic de sinus du tarse. Le Dr S.\_\_\_\_\_ émet divers reproches à mon encontre, notamment: - De ne pas avoir fait de propositions thérapeutiques, principalement de ne pas avoir avalisé un traitement par Compex. Or, un an après un éventuel traumatisme neurologique, un tel traitement a peu de chances d'apporter un bénéfice. Par ailleurs, aucune lésion

- 56 - neurologique conséquente n'a été objectivée chez M. A.H.\_\_\_\_\_. Ce traitement pourrait être tenté dans le cas d'une atteinte neurologique évidente ou en cas d'une importante amyotrophie. Ceci n'est pas le cas de M. A.H.\_\_\_\_\_. - Le Dr S.\_\_\_\_\_ propose le port d'une attelle anti-steppage. A mon avis, cette attelle n'est pas utile, car M. A.H.\_\_\_\_\_ ne présente pas de steppage, du fait d'une atteinte légère des releveurs du pied. Le port de cette attelle ne peut être que nocif, car elle empêche le travail musculaire. - Il propose une IRM, afin d'apprécier l'état articulaire de la cheville. Cet examen n'était pas utile au moment de mon expertise du 25.08.2009, car il n'aurait pas modifié la situation de M. A.H.\_\_\_\_\_ et n'aurait pas entraîné de nouveaux traitements. Dès lors, effectuer une IRM dans ces circonstances ne servait à rien. Par ailleurs, le matériel d'ostéosynthèse était encore en place, ce qui contredit un examen par IRM. Il aurait fallu pratiquer un scanner. - Parler de la possibilité d'une arthrodèse ou une arthroplastie à plus ou moins long terme, n'influence pas la capacité de travail estimée au moment de mon examen du 25.08.2008. Il s'agit uniquement de se projeter dans le futur et de prendre en considération ce traitement lorsque l'état de la cheville droite de M. A.H.\_\_\_\_\_ se sera aggravé de manière conséquente. Cette aggravation prendra plusieurs années, au vu du bon état de la cheville gauche. En attendant, M. A.H.\_\_\_\_\_ peut travailler. Il faut constater que M. A.H.\_\_\_\_\_ a manifesté durant de nombreuses années, et cela avant l'accident du 16.08.2008, une symptomatologie nettement exagérée par rapport à son état clinique et radiologique, déjà en rapport avec sa colonne lombaire. Suite à son accident du 16.08.2008, M. A.H.\_\_\_\_\_ a estimé que son état de santé s'est aggravé. Or, les examens cliniques et radiologiques n'ont pas démontré d'aggravation durable de l'état dégénératif connu et préexistant. La fracture du pilon tibial droit a évolué de manière favorable. Les rapports du Dr T.\_\_\_\_\_ et du Dr S.\_\_\_\_\_ démontrent que le but de l'expertise, que la K.\_\_\_\_\_ m'a confié en 2009, ne leur est pas connu. Le but de mon expertise était de démontrer l'état réel post traumatique et l'état dégénératif préexistant. Il existe une discrétion évidente entre la clinique, la radiologie et les plaintes invalidantes dont fait état M. A.H.\_\_\_\_\_." Le 9 avril 2013, le recourant s'est déterminé sur ces rapports. Il a notamment relevé que l'avis du Dr S.\_\_\_\_\_ divergeait non seulement de l'expertise du Dr L.\_\_\_\_\_ mais également de l'expertise judiciaire, le Dr S.\_\_\_\_\_ confirmant que le recourant n'avait pas été en mesure de reprendre une quelconque activité professionnelle en tant que cuisinier restaurateur et traiteur depuis son accident d'août 2008 et qu'il ne pourrait vraisemblablement plus jamais exercer une telle profession en raison des lésions post traumatiques qu'il présente aux membres inférieurs liés à l'accident et que l'invalidité secondaire à cette atteinte était entièrement due aux séquelles de l'accident.

- 57 - Le 17 juin 2013, le recourant a renoncé à déposer un projet de questionnaire à l'intention du BREM mais a requis son audition par les Dresses V. \_\_\_\_\_ et S.S. \_\_\_\_\_, expertes au BREM. Dans un rapport complémentaire daté du 9 août 2013 et reçu par le greffe le 22 octobre 2013, le BREM s'est prononcé comme il suit sur ces rapports : "a) Rapport du Dr S. \_\_\_\_\_ du 04.12.2012 L'atteinte tronculaire du nerf péronier droit post traumatique a été évaluée par ENMG par le spécialiste neurologue FMH, le Dr V.V. \_\_\_\_\_, et s'est révélée non significative. Le Dr L. \_\_\_\_\_ qui avait du reste examiné le patient ne retenait pas une telle atteinte dans son expertise. C'est au CHUV que cette neuropathie a été évoquée. Son évolution est favorable puisque le Dr V.V. \_\_\_\_\_ ne retenait plus de déficit neurologique évident en regard de ce nerf périphérique si bien que nous n'avons pas jugé nécessaire que M. A.H. \_\_\_\_\_ marche encore avec son attelle anti-steppage. Nous constatons que le Dr S. \_\_\_\_\_ n'a pas été informé des résultats de notre expertise, notamment du bilan neurologique récent qui permet de confirmer une bonne évolution sur ce plan. Les diagnostics retenus avec le risque arthrogène post traumatique ont été évoqués dans nos expertises. Les radiographies ne montraient pas l'évolution d'une arthrose rapidement évolutive, mais nous avons tenu compte de ce risque à long terme dans nos limitations fonctionnelles. Si la cheville souffre d'une instabilité significative, cela constituerait un risque d'arthrose plus rapidement évolutive, ce qui ne nous paraît pas être le cas. Le rapport du Dr S. \_\_\_\_\_ ne modifie pas le contenu de nos expertises. Nous constatons qu'il s'agit d'un médecin ami de M. A.H. \_\_\_\_\_. b) Rapport du Dr T. \_\_\_\_\_ du 05.12.2012 Il est regrettable que l'on n'ait pas tenu au courant le Dr T. \_\_\_\_\_ qui n'est pas neurologue du résultat d'ENMG du Dr V.V. \_\_\_\_\_, car il n'y a pas de perte de fonction des releveurs objectivée par le neurologue expert. Le Dr T. \_\_\_\_\_, ne décrit pas une amyotrophie de la loge des releveurs et des muscles innervés par le péronier qui serait l'élément clinique évident au médecin non neurologue pour étayer un tel diagnostic. Quant à la capacité professionnelle, comme on l'a vu lors de nos expertises, il est très difficile de l'établir si l'on n'a pas la vision de l'ensemble des activités diverses de M. A.H. \_\_\_\_\_. Il a été clairement déterminé dans nos expertises la différence en l'activité de cuisinier, aux fourneaux, et celle de patron d'une grande équipe de restaurant. c) Rapport du Dr L. \_\_\_\_\_ du 08.01.2013

- 58 - Nous constatons que notre confrère n'a pas non plus été informé du résultat rassurant du bilan neurologique, ne confirmant pas de déficit moteur ni au tracé à l'EMG du nerf péronier. Le bilan neurologique actuel allait dans le sens de l'évaluation d'expertise du Dr L. \_\_\_\_\_ et ne justifie pas le port d'une attelle. Comme nous, l'expert L. \_\_\_\_\_ a tenu compte du risque arthrogène. Comme le mentionne le Dr L. \_\_\_\_\_ l'origine des lâchages n'a pas été élucidée au sens bio-mécanique. Nous retenons qu'il s'agit de «pseudo lâchages» étayés par la co-morbidité psychiatrique. C'est dans l'expertise tenant compte plus spécifiquement des lésions post-traumatique que nous avons demandé le bilan neurologique au Dr V.V. \_\_\_\_\_ ayant retenu au cours de nos expertises successives des éléments de discordances qui n'ont visiblement pas été annoncés lors de ces re-questionnements à ces différents collègues. Nous rappelons que la situation globale doit être analysée sous l'angle d'une co-morbidité psychiatrique associée et de phénomènes discordants et démonstratifs également relevés lors de l'examen au SMR (.12.2006), relevés aussi visiblement par le Dr Q. \_\_\_\_\_ (01.04.2009) et le Dr L. \_\_\_\_\_. Nous partageons l'avis de l'expert L. \_\_\_\_\_, il ne s'agit pas d'un pied tombant paralytique. Nous nous rallions au fait que cela ne nécessite pas d'attelle anti-steppage. Les 3 courriers ne modifient en rien nos conclusions d'expertises. Il faut différencier les contextes amicaux partagés avec ses

médecins, comme nous l'a du reste évoqué M. A.H.\_\_\_\_\_ des contextes différents, ceux de l'analyse des faits lors d'expertise médicale qui peuvent donner lieu à des appréciations différentes. Les experts ont dû notamment faire face à des éléments discordants que les médecins traitants, amis, clients de M. A.H.\_\_\_\_\_ ne décrivent pas. Les médecins traitants ou amis orthopédistes de M. A.H.\_\_\_\_\_ n'ont pas eu, comme les experts, l'avantage d'un examen neurologique concomitant, ils n'ont pas pu intégrer l'ensemble des faits, n'ayant visiblement pas reçu le résultat de l'expertise neurologique, avec l'analyse temporelle du cas, et l'analyse consensuelle inter-disciplinaire avec l'appoint de l'expert psychiatre." Par écriture du 30 octobre 2013, le recourant a déclaré qu'il n'était pas d'accord avec le contenu de ce rapport. Il a produit une copie du rapport adressé par la Dresse???.\_\_\_\_\_ au Dr T.\_\_\_\_\_ le 3 juillet 2013 et dont la teneur est la suivante : "Il s'agit d'un cas complexe des suites d'un accident de la voie publique datant d'août 2008. En dehors de tous les tracas administratifs liés à la non- reconnaissance des assurances, Monsieur A.H.\_\_\_\_\_ présente toujours des douleurs ostéo-articulaires, essentiellement au niveau du rachis dorso-lombaire, mais aussi au niveau des deux chevilles, il continue à se soigner de manière énergique avec physiothérapie à sec et en piscine, ainsi que des gestes infiltratifs (neuralthérapie)

- 59 - tous les mois. Sans ces infiltrations, son état algique est très important et ses raideurs articulaires s'accroissent. Sa médication consiste en Dafalgan 1 g 3x/j., Demetrim 2x/j., Saroten 25 mg 2x/j., Gabapentine 100 mg/le soir et Transtec 1/2 patch/tous les 2 jours. Cliniquement, on note des troubles statiques majeurs avec flexum des hanches et des genoux et marche avec importante perte d'équilibre. Le patient utilise une canne basse à droite et la chaussure droite est dotée d'une attelle Heidelberg améliorant ainsi son steppage. La palpation dorso-lombaire est très douloureuse. La mobilisation segmentaire montre des rigidités étagées au niveau de tout le rachis. Il y a un syndrome lombo-vertébral avec DDS de 50 cm et non déroulement de la région lombaire. Mentionnons que par ailleurs la lordose lombaire est complètement effacée. Tout mouvement de flexion et rotation du tronc dans l'axe est extrêmement douloureux. En décubitus, la manoeuvre de Lasègue est pratiquement impossible en raison d'importantes douleurs lombaires et une hypoextensibilité des ischio-jambiers avec manoeuvre des jambes tendues s'arrêtant à 40° ddc. La mobilisation des hanches est également source d'importantes douleurs lombaires. Les réflexes ostéo-tendineux sont vifs et symétriques. La sensibilité au niveau du MID est globalement diminuée distalement." Par écriture du 19 novembre 2013, K.\_\_\_\_\_ s'est déterminée sur ces rapports. En ce qui concerne le rapport de la Dresse???.\_\_\_\_\_, elle rappelle que cette praticienne n'a manifestement pas eu connaissance des expertises ainsi que des résultats de l'EMG, ses constatations lors de l'examen du 1er juillet 2013 n'étant pas suffisantes pour mettre en doute les résultats de l'expertise qui confirme d'ailleurs les examens antérieurs effectués par le SMR et les Drs Q.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_. Elle a maintenu concernant la cheville droite qu'il n'y avait pas d'atteinte à l'intégrité en rapport avec l'accident. Elle a produit un rapport du 2 mai 2013 établi à la suite de radiographies effectuées par le Dr D.D.\_\_\_\_\_, médecin radiologue, qui mentionne que l'examen est superposable à celui du 6 mars 2012. Le recourant s'est déterminé sur cette dernière écriture le 22 novembre 2013.

- 60 - Le 2 mai 2014, il a produit les pièces suivantes : - un rapport du stage de A.H.\_\_\_\_\_ établi le 14 mars 2012 par Z.Z.\_\_\_\_\_ de [...] à l'intention de l'OAI dont il résulte ce qui suit : "Activités effectuées Le présent document résume les activités

effectuées par Monsieur A.H.\_\_\_\_\_ durant le stage compris entre les mois de janvier, février jusqu'au 15 mars 2012. Comme il a été planifié en décembre, Monsieur A.H.\_\_\_\_\_ a : - migré les données de prospects/clients du papier vers le système CRM et ceci par saisie. - utilisé le système CRM pour saisir les données des prospects, sociétés susceptibles d'octroyer des stages à des assurés de l'AI. Actuellement nous avons dans la base autour de 200 noms d'entreprises contactées ou recherchées. Etant donné que l'offre MIP4 (recherche de stage) prévue pour être introduite dans le catalogue de prestataires de l'AI ne va pas être incluse suite à notre discussion avec la directrice des acquisitions du canton de Vaud, Madame [...], nous ne pouvons pas continuer à offrir ce stage à Monsieur A.H.\_\_\_\_\_. Suite à son expérience, une organisation, entreprise ou institution active dans la réinsertion professionnelle peut bénéficier des compétences que Monsieur A.H.\_\_\_\_\_ a démontrées chez nous, telles que : - Recherche d'entreprises susceptibles d'ouvrir un stage ou d'engager un assuré de l'AI en utilisant internet ou en mobilisant son réseau personnel. - Prospection par téléphone et négociation auprès des responsables des ressources humaines ou directeurs d'entreprises. - Saisie informatique sur la base de données. Evaluation des compétences et du comportement - Bonne aisance relationnelle pour ouvrir les portes et négocier avec les responsables dans les entreprises. - Persévérance dans l'apprentissage de l'informatique, car Monsieur A.H.\_\_\_\_\_ a surmonté son manque de connaissances dans le domaine, et a appris à travailler avec l'outil à disposition malgré les difficultés de mise en place de départ, a aidé aux tests et au démarrage. - Malgré son accident du mois de novembre 2011, Monsieur A.H.\_\_\_\_\_ a continué à travailler avec

- 61 - assiduité mais nous avons observé qu'il doit faire des efforts presque surhumains pour y arriver : o il a de la difficulté à se concentrer et se fatigue beaucoup s'il doit travailler plus de 2 heures de suite, o ayant l'habitude de fournir un travail impeccable il cherche la perfection ce qui peut demander de lui des efforts supplémentaires, o il est important qu'il puisse améliorer ses connaissances et compétences informatiques." - un certificat de stage établi le 21 mai 2012 par Z.Z.\_\_\_\_\_ de [...] dont la teneur est notamment la suivante : "Monsieur A.H.\_\_\_\_\_ a effectué un stage auprès de notre société [...], Avenue [...] — [...], du 6.07.2011 au 31.03.2012. Le taux d'occupation était de 20 à 25% de juillet 2011 à février 2012 et de 50% pendant le mois de mars 2012. Monsieur A.H.\_\_\_\_\_ a effectué les tâches suivantes : • Rechercher, en utilisant Internet et en faisant appel à son propre réseau, des sociétés dans le canton de Vaud et de Neuchâtel susceptibles d'accueillir des stagiaires provenant notamment du secteur de la construction et devant se réorienter. Les secteurs prospectés ont été ceux des matériaux de construction, de l'horlogerie et de tout autre secteur en adéquation avec les profils des assurés de l'AI. •Prospecter par téléphone auprès des responsables des ressources humaines ou des directeurs des sociétés sélectionnées, faire le suivi et fixer les entretiens. •S'entretenir avec les assurés pour mieux les connaître et les présenter aux entreprises. •Les accompagner aux entretiens. •Participer aux tests de la nouvelle application informatique. •Migrer manuellement les données d'environ 200 prospects/clients du papier vers le système CRM. Monsieur A.H.\_\_\_\_\_ s'est engagé avec détermination dans les activités mentionnées ci-dessus. Il a négocié avec persévérance pour obtenir les noms des responsables, fait preuve de patience lors de la saisie informatique car il n'a pas de formation dans l'informatique, et en outre a démontré une bonne connaissance des personnes qu'il devait aider à se réinsérer." - une feuille-accident LAA signée par le Dr T.\_\_\_\_\_ attestant le 21 mars 2014 d'une incapacité de travail de 100% depuis le 16 août 2008. - un rapport d'expertise établi le 30 juin 2010 par la société fiduciaire [...] SA, laquelle a été amenée à déterminer les revenus

qu'aurait obtenus l'assuré sans sa maladie en

- 62 - particulier en 2007 et jusqu'au 16 août 2008. Il en résulte notamment que durant les années antérieures soit pendant la période comprise entre 2000 et 2004, l'assuré réalisait des revenus supérieurs à 200'000 francs par année, que sans sa maladie ses revenus en 2007 pouvaient être estimés à 200'000 francs et que pour la période du 1er janvier au 16 août 2008, s'il n'avait pas été atteint dans sa santé, ses revenus se seraient maintenus à un niveau équivalent à ceux de 2007. - une lettre de la Dresse???.\_\_\_\_\_ adressée le 31 juillet 2013 au conseil de l'assuré selon laquelle les lésions ostéo- articulaires de celui-ci justifient une incapacité totale de travail dans son activité de cuisinier-restaurateur, un tel métier exigeant la station debout prolongée, la marche, le port de lourdes charges et les mouvements répétitifs du tronc, ce qui est incompatible avec l'état de santé de l'assuré. Une audience de jugement a été tenue le 7 mai 2014. Il résulte du procès-verbal notamment ce qui suit : "Le recourant explique avoir exploité le restaurant du buffet de la gare d' [...] de 1984 à 2004. Dans cette exploitation il travaillait à 80 % dans l'activité qui consistait dans le contact avec le client, l'organisation des manifestations notamment. Les 20 % restant concernant les travaux des bureaux où il avait deux secrétaires et la cuisine. Cet établissement comportait six cents places, deux étages. Trois cents places concernant quatre salles polyvalentes de banquet, une brasserie et un bar express, un restaurant première classe. Il y avait également un service traiteur. L'exploitation comptait jusqu'à cinquante-deux collaborateurs sans les personnes du service traiteur. Il en comptait quarante-deux lorsque les CFF ont fermé le buffet. De 2004 à 2006, le recourant a repris le restaurant [...]. Son activité était celle de cuisinier-chef de l'ordre de 80 à 85 % et de 10 à 15 % dans sa précédente activité au front. Depuis octobre 2007 à 2009, le recourant a repris le restaurant [...] à [...]. Il y exerçait à 85% environ l'activité de chef de cuisine. Au restaurant [...], il y avait six à sept personnes sauf l'été et les périodes de fêtes où il y avait environ trente personnes. A [...] il y avait sept à huit personnes. Il précise qu'au buffet de la gare d' [...] il avait une brigade de cuisine entière au total entre dix et quinze personnes. Le recourant déclare que lorsqu'il a repris l'établissement [...] il était en parfaite santé et que cinq à six mois plus tard il a ressenti des lancées dans les jambes pour lesquelles il a été traité en 2005-2006. En 2006, il avait mal au dos et a dû rompre le bail avec le camping

- 63 - [...]. Il a changé de médecin et consulté le Dr D.\_\_\_\_\_ qui a procédé à un examen complet de sa personne. Six à sept mois plus tard il l'a autorisé à reprendre une activité. Le recourant déclare alors avoir repris l' [...] d' [...] et qu'après huit mois brillants, il a eu un accident. Il a dû être hospitalisé et l'on a constaté après quatorze jours d'hospitalisation que sa rate était atteinte raison pour laquelle on l'a enlevée. Par la suite il ne pouvait poser le pied par terre et lors des consultations les médecins lui ont fait comprendre qu'il ne pouvait pas reprendre son métier de cuisinier à cause de la complexité de la fracture qui ne permettait pas de travailler en station debout. Son épouse qui avait eu en 2002 des problèmes cardiologiques a eu un burn-out. En effet comme le recourant ne pouvait plus travailler toutes les responsabilités de l'établissement sont retombées sur elle alors qu'elle n'en avait pas l'habitude sauf en ce qui concerne ce qui était répétitif, le service traiteur a dû être annulé. Le cardiologue de l'épouse du recourant a estimé qu'elle ne pouvait plus poursuivre cette activité. Le recourant a déposé une demande à l'OAI. Il a eu plusieurs entretiens avec Mme [...]. En 2010 il a suivi deux cours informatique (Word 2003, Excel 2003). En 2011 le recourant a été suivi par Mme Z.Z.\_\_\_\_\_ pour étudier les possibilités de réinsertion. Un stage dans une entreprise de placement lui aurait convenu

selon les dires de Mme Z.Z. \_\_\_\_\_ mais elle n'a pas trouvé d'entreprises ayant des postes. Le recourant précise qu'il était alors à 20 %. Elle a alors proposé à l'OAI de le prendre en stage pour placer des assurés AI et d'autres de ses clients. Elle a constaté que le recourant réussissait à trouver des places pour ces personnes. Toutefois, l'OAI n'a plus confié d'assurés à Mme Z.Z. \_\_\_\_\_ comme elle lui en a fait part. Cette personne n'a pas pu lui trouver une place d'abord de stage pour sa formation de conseiller en placement ou un stage en entreprise. Lorsque Mme [...] était en congé maternité c'est Mme [...] qui l'a contacté et est venue chez lui en prenant connaissance des traitements qu'il devait suivre (médicaments, physiothérapie, bains, infiltrations): Elle a estimé que 70 % de capacité de travail n'était pas possible et l'OAI a à nouveau alloué des indemnités journalières d'attente. En mars- avril 2012 ou 2013, il s'est rendu avec Mme [...] à l'OSEO [Œuvre Suisse d'Entraide Ouvrière] à [...] où on lui a dit qu'il serait recontacté. En avril 2013 il a appris que l'OAI interrompait la réadaptation sans qu'il ait acquis une formation. Il n'a plus reçu non plus d'indemnités journalières depuis fin juin 2013. Le recourant précise qu'actuellement il est toujours sous antalgiques (Transtec 35 [aux opiacées], 4 Dafalgan 1g, Démetrin 10 mg, Pantozol 40, 2 Saroten, 1 Gabapantine, 1 Aspirine Cardio)." Un délai a été imparti aux parties pour déposer un mémoire de droit. Le recourant y a renoncé par écriture du 23 mai 2014. Dans son mémoire du 26 mai 2014, l'intimée a maintenu ses conclusions après s'être déterminée sur les pièces produites par le recourant le 2 mai 2014.

- 64 - 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, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981, 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). Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, 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) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD). En l'espèce, le recourant est domicilié dans le canton de Vaud; son recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et il satisfait aux autres conditions de forme; il est donc recevable. 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 (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

- 65 - b) La décision attaquée concernant uniquement l'accident du 16 août 2008, il y a lieu de statuer sur les conséquences de ce seul accident et non sur celles relatives à l'accident subi par le recourant en 2011. Le litige porte tout d'abord sur le point de savoir si l'assurance était fondée, par sa décision du 16 avril 2010, à cesser le versement des indemnités journalières au 31 mars 2010 et à ne poursuivre au-delà du 25 août 2009 que le

paiement des frais de traitement relatifs aux chevilles du recourant (sans la parésie des péroniers et de l'extenseur des orteils), aucune autre prestation ne lui étant allouée. 3. 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. Les prestations de l'assurance-accidents obligatoire comprennent notamment le traitement médical (art. 10 LAA), les prestations en espèce sous forme d'indemnités journalières (art. 16 LAA), de rentes d'invalidité (art. 18 LAA) et de survivants (art. 28 LAA), et les prestations en espèce versées à titre d'indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 24 LAA) et pour impotence (art. 26 LAA). a) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, 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 suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et 402 consid. 4.3.1, 119 V 335 consid. 1).

- 66 - 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, 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 le droit des assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références; TF 8C\_433/2008 du 11 mars 2009, consid. 3.1). Lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (TF 8C\_513/2007 du 22 avril 2008, consid. 3.1 et les références). En droit des assurances sociales, n'existe pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré. En l'absence de preuves, la décision est défavorable à la partie qui entend déduire un droit d'une circonstance dont l'existence n'est pas établie (126 V 319 consid. 5a). Ainsi, 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*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (*statu quo sine*; TF 8C\_726/2008 du 4 mai 2009, consid. 2.3 et les références); 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*"; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; TF 8C\_42/2009 du 1er octobre 2009, consid. 2.2). 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. b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine

- 67 - des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider

s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin, que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3; cf. TF 9C\_22/2011 du 16 mai 2011, consid. 5). S'agissant des rapports des médecins des assureurs, le juge peut leur accorder valeur probante aussi longtemps que ceux-ci 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 consid. 3b/ee, et les références citées). Les avis émanant de médecins consultés par l'assuré doivent en revanche être admis 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2). Un rapport médical ne saurait toutefois être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur (TF 9C\_773/2007 du 23 juin 2008, consid. 5.2).

- 68 - 4. Sur le plan somatique, les experts du BREM ont posé notamment les diagnostics de status après fracture comminutive du tibia distal gauche ostéosynthésée, status après AMO, arthrose secondaire, status après probable contusion du nerf sciatique poplité externe droit sans séquelle significative, syndrome cervical modéré, et syndrome lombo-vertébral variable sur spondylodiscarthrose avec lipomatose périurale lombaire sans myélopathie ni radiculopathie, sans instabilité, status après entorse de la cheville droite, status après splénectomie pour rupture traumatique de la rate, status après contusions multiples et fracture de la côte basale à gauche, gonarthrose à prédominance femoro- patellaire et syndrome du canal carpien. a) Au plan ostéo-articulaire, les experts retiennent un lien de causalité certain avec l'accident de 2008 concernant le status après fracture comminutive du tibia distal gauche ostéosynthésée, et le status après AMO, l'arthrose secondaire, le status après entorse de la cheville droite, le status après splénectomie pour rupture traumatique de la rate et le status après contusions multiples et fracture de la côte basale à gauche. De même l'expert L.\_\_\_\_\_ a retenu un lien de causalité certain avec les plaintes au niveau des deux chevilles. Les autres médecins qui ont examiné l'assuré le retiennent également. En revanche, ils retiennent un lien de causalité uniquement possible entre cet accident et la contusion du nerf sciatique poplité externe. b) Au plan neurologique, ils retiennent également une relation seulement possible entre l'accident de 2008 et la contusion du nerf péronier, bien qu'il n'y ait aucune référence objective dans les dossiers à une telle atteinte dans la phase aiguë, et que la faiblesse et la boiterie actuelle ne s'expliquent pas par une atteinte neurologique et notamment pas par une atteinte du nerf sciatique poplité externe, car il s'agit d'une parésie fonctionnelle. De même l'expert L.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 21

- 69 - décembre 2009 avait mentionné que la parésie du péroné et de l'extenseur des orteils droit n'était pas en relation de causalité naturelle avec l'événement du 16 août 2008. Certes les Drs T.\_\_\_\_\_, S.\_\_\_\_\_ et???.\_\_\_\_\_ retiennent une atteinte tronculaire du nerf péronier droit due à l'accident. Ils ne mentionnent toutefois pas les motifs pour lesquels ils arrivent à cette conclusion. En outre, les experts ont expliqué dans le complément d'expertise que l'atteinte tronculaire du nerf péronier droit post traumatique avait été évaluée par ENMG par le spécialiste neurologue FMH, le Dr V.V\_\_\_\_\_, et s'était révélée non significative, que c'était au CHUV que cette neuropathie avait été évoquée et que son évolution était favorable puisque le Dr V.V\_\_\_\_\_ ne retenait plus de déficit neurologique évident en regard de ce nerf périphérique si bien que les experts n'avaient pas jugé nécessaire que le recourant marche encore avec son attelle anti-steppage. Or les Drs T.\_\_\_\_\_, S.\_\_\_\_\_ et???.\_\_\_\_\_ n'ont pas été informés des résultats de l'expertise, notamment du bilan neurologique récent qui permet de confirmer une bonne évolution sur ce plan. Leurs conclusions ne sauraient dès lors être suivies. L'intimée n'a dès lors pas à verser de prestations concernant cette affection. c) Les experts ont en outre exclu tout lien de causalité entre l'accident de 2008 et la spondylarthrose cervico-dorso-lombaire, n'ayant pas constaté de mise en évidence de lésion structurelle vertébrale imputable à un accident. Ils l'ont exclu également concernant la gonarthrose à prédominance fémoro-patellaire et le status après méniscectomie droite. Ils n'ont pas constaté de lésion déterminante susceptible d'avoir des conséquences sur les séquelles de l'état antérieur (méniscectomie), ni sur la pathologie dégénérative et la chondrocalcinose. L'expert L.\_\_\_\_\_ arrivait à la même conclusion. Il relevait que même si on admettait une possible aggravation de la

- 70 - symptomatologie dorso-lombaire et des gonalgies à la suite de l'accident du 16 août 2008, cette aggravation devrait être limitée dans le temps, dès lors qu'après une année d'évolution depuis le traumatisme, le rapport de causalité ne devrait plus être retenu, d'autant qu'il n'existait aucun substrat traumatique objectivable, un an d'évolution étant suffisant pour que le statu quo ante/sine soit atteint au niveau de la colonne vertébrale et des deux genoux. De même, le Dr Q.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 23 avril 2009 ne comprenait pas la discrépance entre l'état radiologique et clinique et l'état décrit par le patient. Il estimait que les troubles actuels concernant le genou n'étaient pas en lien avec l'accident et que les douleurs lombaires ressenties par le recourant étaient d'origine dégénérative, la violence du choc ayant pu aggraver cette symptomatologie, mais seulement passagèrement. Le Dr T.\_\_\_\_\_ (rapport du 5 décembre 2012 notamment) notait une entorse du genou gauche dans le cadre d'une arthrose préexistante dont l'évolution était sous contrôle mais nécessitant des traitements de physiothérapie épisodiques ainsi qu'une sévère exacerbation de douleurs de son rachis cervico-dorso-lombaire nécessitant une prise en charge par la Dresse???.\_\_\_\_\_ ainsi que par des consultations spécialisées d'antalgie et d'anesthésie avec infiltrations mensuelles. Il ne donne toutefois aucune explication sur la durée de l'aggravation de ces affections. Le Dr S.\_\_\_\_\_ mentionne quant à lui que l'invalidité secondaire à l'atteinte des membres inférieurs est entièrement due à l'accident de 2008 sans autres détails. La Dresse???.\_\_\_\_\_ ne se prononce pas sur le lien de causalité entre chacune des affections du recourant et l'accident de 2008. Les avis de ces médecins ne sauraient dès lors mettre en doute les conclusions motivées des experts, fondées sur un examen exhaustif du cas du recourant. Il y a dès lors lieu de retenir qu'un lien de causalité est établi avec l'accident de 2008 concernant le status après fracture comminutive du tibia distal gauche ostéosynthésée, le status après AMO, l'arthrose

- 71 - secondaire, le status après entorse de la cheville droite, le status après splénectomie pour rupture traumatique de la rate et le status après contusions multiples et fracture de la côte basale à gauche. C'est ainsi à juste titre qu'au-delà du 25 août 2009 l'intimée n'a plus pris en charge les frais de traitement concernant les gonalgies bilatérales ou les dorso-lombalgies. Elle n'a pas à prendre en charge non plus de frais de traitement concernant la parésie des péroniers et l'extenseur des orteils. 5. Sur le plan psychique, les experts ont retenu les diagnostics d'anxiété généralisée et de syndrome douloureux somatoforme persistant, ces troubles étant en lien de causalité naturelle avec l'accident. En tant que principe répondant à la nécessité de fixer une limite raisonnable à la responsabilité de l'assureur-accidents social, la causalité adéquate n'a pratiquement aucune incidence en présence d'une atteinte à la santé physique en relation de causalité naturelle avec l'accident, du moment que dans ce cas l'assureur répond aussi des atteintes qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références). En revanche, pour parer aux incertitudes liées aux nombreux cas d'espèce et au risque d'inégalité de traitement, la jurisprudence a dégagé des critères objectifs en vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et des troubles d'ordre psychique développés ensuite par la victime. Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement: les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par exemple une chute banale), les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1; TF 8C\_262/2008 du 11 février 2009, consid. 3.1; Frésard/Moser- Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], vol. XIV, 2e éd. 2007, n. 89 s.).

- 72 - Ainsi, selon la jurisprudence, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre un accident insignifiant ou de peu de gravité et des troubles psychiques 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 un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants: - les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident; - la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques; - la durée anormalement longue du traitement médical; - les douleurs physiques persistantes; - les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident; - les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes; - le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques. Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. 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 129 V 402 consid.

- 73 - 4.4.1 et 115 V 133 consid. 6c/aa; 403 consid. 5c/aa; Frésard/Moser- Szeless, op. cit., n. 91). Dans le cas présent, l'accident en cause doit être considéré de gravité moyenne au

maximum à la moitié de cette catégorie (pour comparaison l'arrêt U 412/2005 du 20 septembre 2006, consid. 5.2, où une collision frontale avec plusieurs blessés nécessitant une hospitalisation a été jugée de gravité moyenne à la limite des accidents graves, de même l'accident a été jugé de gravité moyenne dans l'arrêt 8C\_182/2009 du 8 décembre 2009 où une voiture qui circulait sur la voie de dépassement d'une autoroute à une vitesse en dessous de 100 km/h, a brusquement dû se rabattre vers la droite pour éviter un autre véhicule roulant en sens inverse, la voiture ayant dérapé et percuté la glissière de sécurité au cours de cette manoeuvre, la passagère ayant été projetée contre la portière droite qu'elle a heurtée de la tête et de l'épaule. Subissant une commotion cérébrale, une distorsion cervicale, contusions des mains et de la cuisse gauche. L'accident a été jugé également de gravité moyenne dans l'arrêt 8C\_813/2011 du 3 janvier 2013 où un véhicule circulant dans un tunnel autoroutier a été percuté par un véhicule arrivant en sens inverse, et qui sous l'effet du choc s'est déporté sur la voie de gauche, heurtant le véhicule qui suivait immédiatement la voiture responsable de l'accident avant de s'immobiliser contre le trottoir, l'assurée présentant une fracture au pied gauche, une légère commotion cérébrale, un coup du lapin avec cervicalgie et des migraines). Il n'y a pas eu de circonstances concomitantes particulièrement dramatiques et l'accident n'a pas été particulièrement impressionnant. En effet, selon le rapport de police le véhicule conduit normalement par le recourant a été heurté par la voiture arrivant en sens inverse par l'angle avant, de celle-ci à l'angle avant du véhicule du recourant. Celui-ci n'a pas dû être désincarcéré. Ni la gravité, ni la nature particulière les lésions physiques ne sont telles au point d'être propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques. Comme on l'a vu au considérant 4 ci-dessus, le

- 74 - traitement médical n'a pas été anormalement long et il n'y a pas eu d'erreurs dans le traitement médical. Certes, il est fait état de douleurs persistantes. Toutefois plusieurs médecins ont noté une discrédance entre les troubles physiques constatés et les douleurs dont fait état le recourant. Des troubles somatoformes ont d'ailleurs été diagnostiqués. Il apparaît dès lors que ce dernier critère n'est pas réalisé non plus. Un lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques constatés et l'accident n'est ainsi pas établi. 6. a) En ce qui concerne le taux d'incapacité de travail sur le plan somatique, seul en cause dès lors qu'il n'y pas lieu de tenir compte des troubles psychiques, les experts ont relevé qu'indépendamment des problèmes somatiques antérieurs (qui donnaient lieu à reconnaître une incapacité de travail totale comme cuisinier et traiteur comprenant l'activité en cuisine, le service, la livraison de produits, les achats), l'accident aurait donné lieu à une incapacité de travail semblable comme cuisinier en raison des séquelles de la cheville gauche, indépendamment des problèmes maladifs connus dès lors que les limitations douloureuses et fonctionnelles de la cheville gauche après fracture du plateau tibial associées aux troubles dégénératifs sous-astragaliens à droite entraînent une incapacité de travail durable dans toute activité exigeant la marche ou la station debout prolongée, la marche en terrain irrégulier ou la montée et descente fréquente d'échelles ou d'escaliers à la hauteur de 70%, l'activité mixte de patron et surveillant de restaurant étant exigible à 50% des suites de l'accident. Ainsi, selon les experts, si l'on se fonde exclusivement sur les séquelles de l'accident de 2008 on peut admettre une incapacité partielle dans une activité de restaurateur-traiteur/patron liée aux limitations dans toutes les tâches exigeant la station debout ou la marche prolongée, cette limitation étant variable selon le poste et leur paraissant plus importante au restaurant [...] ou autre travail semblable qu'au Buffet de la Gare d' [...]. En revanche ils estiment que les séquelles post accidentelles des membres inférieurs n'entraînent aucune perte de capacité pour la part administrative de cette

fonction. Ils expliquent en effet qu'une activité adaptée selon les limitations fonctionnelles déjà

- 75 - connues serait pleinement exigible des suites de l'accident, des seules séquelles des membres inférieurs. L'évaluation de la capacité de travail par les experts du BREM n'est pas remise en cause par les avis des Drs T. \_\_\_\_\_, S. \_\_\_\_\_ et???. \_\_\_\_\_. En effet ces médecins se fondent sur l'ensemble des affections dont est atteint le recourant, alors que les experts se fondent uniquement sur les affections consécutives à l'accident. Il y a dès lors lieu d'admettre une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles du recourant depuis août 2009, date du rapport d'expertise du Dr L. \_\_\_\_\_. Dans son rapport du 24 janvier 2007, le Dr C. \_\_\_\_\_ avait retenu les limitations fonctionnelles suivantes : Rachis : nécessité de pouvoir alterner 2x/heure la position assise et la position debout. Pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5kg, pas de port régulier de charges d'un poids excédant 12kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc. Membres supérieurs : pas d'élévation ou d'abduction des membres supérieurs à plus de 80°, pas de lever de charges excédant 8kg avec les membres supérieurs. Membres inférieurs : pas de travail nécessitant des genuflexions répétées ou le franchissement régulier d'escabeaux, d'échelles ou escaliers. Comme ils l'exposent dans leur rapport, les experts retiennent les mêmes limitations fonctionnelles sur le plan somatique (Rachis : nécessité de pouvoir alterner la position assise et la position debout ce qui permet également de varier la position de la tête. Pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kg, pas de port régulier de charges d'un poids excédant 12 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc. Membres supérieurs : pas de travail en élévation ou d'abduction des membres supérieurs à plus de 80°, pas de lever de charges excédant 8 kg avec les membres supérieurs.

- 76 - Membres inférieurs : pas de travail nécessitant des genuflexions répétées ou l'utilisation d'escabeaux, d'échelles ou escaliers de manière fréquente.) Il n'y a aucun motif de s'écarter de leur appréciation. L'expertise du BREM est complète, bien motivée et convaincante. Elle n'est mise en doute par aucun autre avis médical. Les quelques inexactitudes relevées par le recourant n'ont aucune conséquence sur les points essentiels de l'expertise. Elle a ainsi valeur probante. Ainsi, depuis août 2009, la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée est la même que celle qui était la sienne avant l'accident. Il a certes, selon les experts, une affection supplémentaire aux chevilles, mais ses limitations fonctionnelles étaient telles avant l'accident que les séquelles de celui-ci ne les ont pas augmentées. b) L'art. 36 LAA prévoit que les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident (al. 1). Selon l'al. 2 de cette disposition, les rentes d'invalidité, les indemnités pour atteinte à l'intégrité ainsi que les rentes de survivants sont réduites de manière équitable lorsque l'atteinte à la santé ou le décès ne sont que partiellement imputables à l'accident; toutefois, en réduisant les rentes, on ne tiendra pas compte des états antérieurs qui ne portaient pas atteinte à la capacité de gain. Cet article n'est toutefois applicable que lorsqu'un accident et un état maladif ont concouru à une même atteinte à la santé (ATF 126 V 116 consid. 3b; ATF U 171/2006 du 19 avril 2007; TF 8C\_1029/2012 du 22 mai 2013, consid. 3.2.1). En l'occurrence, tel n'est pas le cas puisqu'en ce qui concerne les troubles maladifs persistant après août 2009, le statu quo sine vel ante était réalisé à cette date, l'accident ayant une influence dès lors sur une autre atteinte à la santé, à savoir l'affection à

la cheville gauche. Le recourant ne peut en conséquence se prévaloir de cette disposition ni de l'art. 24 OLAA (Ordonnance sur l'assurance-accidents du

- 77 - 20 décembre 1982, RS 832.202) qui concerne uniquement le gain assuré et n'est ainsi pas applicable en l'espèce. c) Le recourant ayant recouvré dès août 2009, une capacité de travail identique à celle qui était la sienne avant l'accident, c'est dès lors à juste titre que l'intimée a cessé le versement des indemnités journalières dès le 1er avril 2010. Le recourant n'a pas non plus droit à une rente. 7. En ce qui concerne l'atteinte à l'intégrité, l'intimée a statué uniquement sur l'indemnité due à la suite de la splénectomie. Celle-ci correspond au taux arrêté par les experts et doit être confirmée. L'intimée a reporté sa décision pour les atteintes aux chevilles ayant considéré que l'appréciation de l'IPAI (indemnité pour atteinte à l'intégrité corporelle) les concernant était prématurée au moment où l'expertise avait été réalisée en août 2009. La Cour de céans ne pouvant statuer que sur les points tranchés par la décision attaquée, il appartiendra à l'intimée de se prononcer sur l'IPAI, le cas échéant due concernant les affections des chevilles. 8. Le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause de sorte que des mesures d'instruction complémentaires comme le requière le recourant ne peuvent qu'être rejetées (appréciation anticipée des preuves; cf. ATF 136 I 229 consid. 5.3; TF 9C\_271/2013 du 5 novembre 2013, consid. 3.2 et les références citées). 9. Au vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. Le présent arrêt sera rendu sans frais (art. 61 let. a LPGA ; art. 45 LPA-VD), ni allocation de dépens (art. 61 let. g LPGA et art. 55 LPA-VD).

- 78 -

#### **E. 10**

L'utilisation actuelle d'une chaise roulante répond-elle aux critères d'économie et d'adéquation du traitement prévus dans le cadre de la LAA ? L'utilisation d'une chaise roulante n'est plus indiquée à l'heure actuelle. Le rapport d'utilisation de cette chaise roulante avec les lésions traumatiques entrant dans le cadre de la LAA n'est pas adéquat. M. A.H. \_\_\_\_\_ utilise ce moyen auxiliaire par confort et principalement pour son problème lombaire.

#### **E. 11**

L'ensemble des troubles consécutifs à l'accident présentés par le recourant sont-ils de nature à empêcher une activité professionnelle et engendrent-ils une incapacité totale ou partielle de travail? - en cas d'incapacité partielle, selon quel taux, en pour cent, pour quels motifs et depuis quand? Au plan somatique Indépendamment des problèmes somatiques antérieurs (qui donnaient lieu à reconnaître une pleine IT comme cuisinier et traiteur comprenant l'activité en cuisine, le service, la livraison de produits, les achats), l'accident aurait donné lieu à une IT semblable comme cuisinier en raison des séquelles de la cheville gauche, indépendamment des problèmes maladifs connus. Nous nous écartons sur ce point de l'expertise L. \_\_\_\_\_ et l'évolution arthrosique suspectée par le Dr T. \_\_\_\_\_, confirmée, donne un argument soutenant cette appréciation. En effet, les limitations douloureuses et fonctionnelles de la cheville gauche après fracture du plateau tibial associées aux troubles dégénératifs sous-astragaliens à droite entraînent une incapacité de travail durable dans toute activité exigeant la marche ou la station debout prolongée, la marche en terrain irrégulier ou la montée et descente fréquente d'échelles ou d'escaliers à la hauteur de 70%. Une activité adaptée selon les limitations fonctionnelles déjà connues

serait pleinement exigible des suites de l'accident, des seules séquelles des membres inférieurs. L'activité mixte de patron et surveillant de restaurant est exigible à 50% des suites de l'accident. L'accident de 2011 entraîne également passagèrement une incapacité partielle (environ 25%) dans activité ne permettant pas les changements de position cervicale (conduite automobile, ordinateur). Au-delà de 6 mois à dater de l'accident les troubles invalidants cervicaux ne relèveront plus de ce dernier mais seront à mettre en rapport avec une cervicarthrose préexistante d'origine malade. Si l'on se fonde exclusivement sur les séquelles de l'accident de 2008 on peut admettre une incapacité partielle dans une activité de restaurateur-traiteur/patron liée aux limitations dans toutes les tâches exigeant la station debout ou la marche prolongée. Cette limitation est variable selon le poste. Elle nous paraît plus importante au restaurant [...] ou autre travail semblable qu'au Buffet de la Gare d' [...]. En revanche les séquelles post accidentelles du membre inférieur n'entraînent aucune perte de capacité pour la part administrative de cette fonction (cf. discussion ci-dessus) mais l'évolution vers un trouble somatoforme dont les critères nous apparaissent actuellement définis avec co-morbidité psychiatrique nous font admettre une IT de 40% dans toute activité. Celle-ci a été

- 37 - discutée consensuellement entre les experts somaticiens et la co- experte psychiatre. - au cas où ces troubles engendreraient une incapacité de travail totale ou partielle dans sa profession de gérant (restauration-traiteur), quel est sur le plan médical le type d'activités professionnelles adaptées qu'il pourrait exercer, à quel taux, pour quels motifs et depuis quand? Au plan somatique Nous l'avons détaillé ci-dessus. Au plan psychiatrique Cette incapacité de travail de 40 % est indépendante de la profession exercée. - quelles sont les limitations fonctionnelles ? Au plan rhumatologique Les limitations fonctionnelles: Rachis : nécessité de pouvoir alterner la position assise et la position debout ce qui permet également de varier la position de la tête. Pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kg, pas de port régulier de charges d'un poids excédant 12 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc. Membres supérieurs : pas de travail en élévation ou d'abduction des membres supérieurs à plus de 80°, pas de lever de charges excédant 8 kg avec les membres supérieurs. Membres inférieurs : pas de travail nécessitant des genuflexions répétées ou l'utilisation d'escabeaux, d'échelles ou escaliers de manière fréquente. Au plan neurologique En l'absence de véritable séquelle neurologique, il n'y a pas de limitation neurologique. Au plan psychiatrique Un seuil anxigène et douloureux abaissé, une vulnérabilité au stress, une anxiété anticipatrice et une diminution progressive des capacités adaptatives et d'apprentissage. Ces limitations interfèrent de 40 %, quelle que soit l'activité.

## **E. 12**

Des mesures médicales sont-elles de nature à permettre au recourant d'exercer une activité lucrative? Dans l'affirmative: - Quelles sont ces mesures? Au plan somatique Nous avons discuté précédemment avec le Dr D.\_\_\_\_\_ et actuellement avec le Dr G.\_\_\_\_\_ de la très lourde médication à laquelle s'astreint l'expertisé. Nous avons contrôlé la compliance médicamenteuse précédemment qui atteste que M. A.H.\_\_\_\_\_ prend ses médicaments. Les médecins traitants espèrent unanimement qu'une fois le problème asséurologique enfin réglé, M. A.H.\_\_\_\_\_ retrouvera une certaine paix. Il s'est toujours montré entrepreneur et évoque quelques projets pour une activité adaptée. Nous pensons comme nos confrères qu'il pourra retrouver de lui-même une activité qui lui convienne, à temps partiel.

- 38 - Au plan orthopédique L'ensemble des co-morbidités ostéo-articulaires et surtout vertébrales qui se surajoutent aux séquelles de l'accident permettront difficilement le retour vers une pleine capacité travail autre que purement administrative. Au plan psychiatrique Oui, par un suivi psychothérapeutique plus rapproché et un changement de la médication psychotrope. A ce jour, Monsieur a une capacité de travail de 60 %, sans diminution de rendement, dans toutes activités. L'anxiété généralisée et le syndrome douloureux somatoforme persistant traités permettraient une augmentation de la capacité de travail à un taux de 80 %. Les capacités adaptatives, déjà réduites, vont probablement diminuer avec l'âge et empêcher une reprise à 100 %. - Quel genre d'activité et à quel taux? Au plan somatique et psychiatrique Une activité de gestion, d'organisation et de supervision, à un taux de 60% actuellement, et de 80% progressivement une fois le problème assécurologique réglé, avec un suivi psychiatrique et somatique.

### **E. 13**

Quel est votre pronostic? Au plan de la médecine interne et neurologique Une stabilité de la situation voire une amélioration des plaintes subjectives une fois le problème assécurologique réglé. Toutefois le haut indice de kinésiophobie (peur du mouvement) assombri le pronostic de reprise avec un score de Tampa se situant actuellement à 62. Au plan orthopédique On peut s'attendre à une certaine péjoration à moyen ou à long terme des troubles dégénératifs post fracturaires de la cheville gauche et post entorse de la cheville droite. Au plan psychiatrique Le pronostic paraît mitigé en raison d'une diminution progressive des capacités adaptatives.

### **E. 14**

Y a-t-il atteinte à l'intégrité corporelle suite à l'accident ? de quel taux selon les tables établies par la SUVA? Au plan de la médecine interne Une indemnité concernant le status après splénectomie a déjà été versée. Au plan neurologique Nihil. Au plan orthopédique Oui 10% cheville G (arthrose tibio-tarsienne de degré moyen) cf. Table 5 des Indemnisations pour Atteintes à l'intégrité selon LAA.

- 39 - Cheville/pied droit: 5% en raison des lésions dégénératives visualisées à l'IRM correspondant à une arthrose de degré léger ne donnant pas lieu à une indemnité mais nous tenons compte qu'elle est susceptible d'évoluer. IPAI globale orthopédique: 15% que nous ajoutons à l'IPAI post splénectomie, déjà versée selon nos informations. II .QUESTIONS DU RECORANT

### **E. 15**

Quels ont été les traitements médicaux entrepris à la suite de ces lésions? Au plan rhumatologique Il faut poursuivre l'auto-reconditionnement global par la pratique régulière de la natation, envisager d'augmenter le périmètre de marche, stopper l'usage de la chaise roulante. M. A.H. \_\_\_\_\_ fait l'usage déjà régulier de sa piscine et s'améliore dit-il durant ses séjours à sa résidence secondaire en [...], ce qui est également favorable. Au plan neurologique Physiothérapie et orthèse de type Heidelberg mais ils ne sont plus nécessaires. Au plan orthopédique Les traitements effectués jusqu'ici sont énumérés dans les diverses pièces médicales mises à disposition pour l'expertise. Au plan psychiatrique Suivi psychothérapeutique mensuel et traitement par des benzodiazépines. La prise de benzodiazépines augmente progressivement au cours des mois et engendre une dépendance, une accoutumance et des troubles de la concentration.

### **E. 16**

Pour diminuer les douleurs, quelle médication A.H. \_\_\_\_\_ doit-il prendre? Au plan rhumatologique Des antalgiques de premier et deuxième palier. Nous ne voyons pas d'indication aux morphiniques au long cours. Au plan neurologique Aucune douleur neurogène nécessitant un traitement spécifique. Douleurs ostéo-articulaires (cf. avis orthopédique et rhumatologique). Au plan orthopédique Les problèmes ostéo-articulaires imputables à l'accident de 2008 relèvent pour l'instant de mesures symptomatiques et d'un suivi médical espacé à long terme. Les troubles des chevilles ne relèvent pas de mesures majeures d'antalgie ni à ce stade d'un traitement chirurgical. Au plan psychiatrique - 40 - Au vu d'un seuil douloureux et anxigène abaissé, un traitement antidépresseur agissant conjointement sur les douleurs et l'anxiété est nécessaire.

### **E. 17**

Quelle est la répercussion de cette médication sur son état de santé et sa capacité de travail et son rendement? Au plan rhumatologique Cette lourde médication est délétère. Des interactions sont possibles, des effets additifs sont potentiellement possibles sur l'état de vigilance et la concentration et sur la clearance des médicaments. Le Dr G. \_\_\_\_\_ va prendre contact avec le médecin traitant, le Dr D. \_\_\_\_\_ qui prescrit l'ensemble de cette médication pour envisager dans un premier temps un sevrage des morphiniques qui n'ont pas leur place ici. Au plan neurologique Aucune. Au plan orthopédique A priori aucune. Au plan psychiatrique La dépendance aux benzodiazépines, associée à une lourde médication, interfère en partie sur la concentration et se répercute par conséquent négativement sur la capacité de travail. Un sevrage progressif des benzodiazépines est nécessaire.

### **E. 18**

Pouvez-vous confirmer le bien-fondé des rapports adressés par la Dresse???. \_\_\_\_\_ au Dr D. \_\_\_\_\_ les 23.11.2009 (pièce 16) et 28.02.2011 (pièce 25)? Au plan rhumatologique Oui, absolument au plan de l'état rachidien. Au plan neurologique Le bilan neurologique et ENMG ne confirme pas l'atteinte du nerf péronier droit, mais ne peut pas exclure une ancienne contusion de ce nerf dont l'évolution actuelle est excellente, puisqu'il n'y a pas de déficit neurologique clinique objectivable. Il n'y a pas d'argument non plus pour une atteinte radiculaire L5-S1. Actuellement, il existe une pseudo-parésie du MID (membre inférieur droit) sans substrat neurologique. Au plan orthopédique Oui — avec une réserve concernant le diagnostic neurologique (atteinte du n. péronier) qui ne se confirme plus. On soulignera également que le tableau algique et pathologique rapporté par le Dr???. \_\_\_\_\_ englobe aussi les co-morbidités étrangères à l'accident de 2008. Au plan psychiatrique Est signalée une crise d'anxiété généralisée correspondant en fait à une attaque de panique, se résolvant rapidement sous prise de benzodiazépine (Temesta® Expidet).

### **E. 19**

Pouvez-vous confirmer que A.H. \_\_\_\_\_ est totalement en incapacité de travailler depuis l'accident?

- 41 - Au plan neurologique Non, M. A.H. \_\_\_\_\_ n'a pas d'atteinte neurologique qui le rendrait totalement incapable de travailler depuis son accident de 2008. Au plan orthopédique, rhumatologique (Voir 12.) Nous avons évalué la situation un peu différemment que le Dr L. \_\_\_\_\_ admettant une IT définitive comme cuisinier. Nous

pensons qu'à partir de l'expertise L.\_\_\_\_\_ des seules suites de l'accident, une réadaptation était exigible. D'autres éléments ont interféré. Au plan psychiatrique Non, M. A.H.\_\_\_\_\_ n'est pas totalement incapable de travailler depuis son accident du 16 août 2008.

#### **E. 20**

Où en est la tentative de reconversion professionnelle de A.H.\_\_\_\_\_? Au plan somatique et psychiatrique Une réadaptation s'est effectuée durablement à 20 % (alors que nous retenions une capacité de travail de 70% lors d'une précédente expertise) puis à 50% dès le 1er février 2012. III. QUESTIONS DE L'INTIMEE

#### **E. 21**

Est-ce que les plaintes subjectives peuvent être objectivées? Au plan neurologique Seules les acroparesthésies des deux membres supérieurs peuvent être objectivées sur le plan neurologique (syndrome du canal carpien bilatéral cf. ENMG). Au plan orthopédique et rhumatologique En grande partie oui malgré des phénomènes de majoration observés. Il existe les critères pour une fibromyalgie, mais avec des points douloureux dépassant ce syndrome, c'est-à-dire une allodynie très diffuse, au-delà des sites de la fibromyalgie et des sites lésionnels connus, et aussi des critères d'amplification selon Matheson. Les experts ont également trouvé plusieurs signes de Waddell en augmentation au fil du temps écoulé. En discussion consensuelle avec l'experte psychiatre, nous avons retenu dès lors un trouble somatoforme. Au plan psychiatrique La diminution du seuil anxigène et la réduction des capacités adaptatives sont objectivées. Les troubles mnésiques ne sont pas mis en évidence. Quelques troubles de la concentration sont présents, en particulier lorsque M. A.H.\_\_\_\_\_ est dans l'émotion.

#### **E. 22**

La parésie des péroniers et de l'extenseur des orteils droits est-elle en relation de causalité naturelle avec l'événement du 16.08.2008? Au plan neurologique On peut supposer que l'atteinte du nerf péronier droit ait été en relation avec le traumatisme de 2008, mais il n'y a aucun document

- 42 - qui ne l'atteste en phase aigue; actuellement il n'y a pas de parésie mais plutôt une pseudo-parésie d'origine extra-neurologique qui avait d'ailleurs déjà été relevée par le professeur M.M.\_\_\_\_\_ lors d'une évaluation neurologique à l'unité nerf-muscle en 2010. Au plan psychiatrique Question ne concernant pas l'expert psychiatre.

#### **E. 23**

Peut-on encore attendre une amélioration notable de l'état de santé de l'assuré ? si oui quelles sont les mesures que vous proposez ? Pronostics? Au plan rhumatologique Oui si M. A.H.\_\_\_\_\_ peut envisager au terme du conflit qui l'oppose avec ses assurances reprendre une vie « normale », avec un reconditionnement progressif, un sevrage médicamenteux avec l'aide du Dr G.\_\_\_\_\_ et du Dr D.\_\_\_\_\_. Le comportement douloureux associé à des critères d'amplification selon Matheson et Waddell ainsi qu'à un haut indice de kinésiophobie telle que nous l'avons identifié au questionnaire de Tampa chez un expertisé qui se déplace encore en chaise roulante à son domicile, ou avec une canne lors des examens cliniques est de mauvais pronostic. Lors du bilan d'ergothérapie l'expertisé stoppe l'effort sans accélération du pouls alors qu'il n'avait pas pris de b-bloqueur, ou sans recrutement de la musculature accessoire, à l'EMG, le neurologue relève

l'absence de recrutement des petites activités motrices dépendant de la volonté évoquent aussi un facteur de mauvais pronostic pour la réadaptation ou la reprise professionnelle. Ceci dépasse le cadre lésionnel objectif. Au plan neurologique Pas d'atteinte neurologique résiduelle, notamment en ce qui concerne le nerf péronier droit. Au plan orthopédique Sur le plan orthopédique probablement pas à ce stade. Il y a un risque d'aggravation des arthroses avec le temps. Au plan psychiatrique On peut attendre une amélioration de l'anxiété généralisée et du syndrome douloureux somatoforme persistant avec un suivi psychiatrique plus rapproché et une modification du traitement psychotrope. Le pronostic quant à la reprise d'une capacité de travail entière est cependant mitigé en raison d'une diminution progressive des capacités adaptatives liées à l'âge.

#### **E. 24**

Est-ce que M. A.H. \_\_\_\_\_ nécessite un traitement de soutien afin de maintenir son état de santé ? Si oui, de quel genre, sous quelle forme, dans quel intervalle et pour quelle durée? Au plan rhumatologique Oui, auprès des médecins habituels Dr D. \_\_\_\_\_ & Dr G. \_\_\_\_\_ principalement, et Dr???. \_\_\_\_\_ si nos confrères le suggèrent et par des séances de physiothérapie. Au plan neurologique

- 43 - Pas de traitement neurologique spécifique. L'utilisation de l'orthèse de type Heidelberg n'est plus indiquée. Au plan orthopédique Prescription ponctuelle de séances de physiothérapie (6 à 9 par an) peut contribuer à maintenir la fonction des chevilles ou à éviter une péjoration. Au plan psychiatrique Oui, sous forme de psychothérapie à la quinzaine avec réévaluation du traitement psychotrope, ceci pendant une année minimum.

#### **E. 25**

Dans quelles activités (p ex. soulever/porter ; position du corps/mobilité ; etc) indépendamment de l'activité professionnelle exercée avant l'accident, M. A.H. \_\_\_\_\_ est- il limité ? Dans quelle étendue (temps, prestation) en considérant une occupation à plein temps? Au plan rhumatologique Les limitations fonctionnelles Rachis : nécessité de pouvoir alterner la position assise et la position debout ce qui permet également de varier la position de la tête. Pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kg, pas de port régulier de charges d'un poids excédant 12 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc. Membres supérieurs : pas de travail en élévation ou d'abduction des membres supérieurs à plus de 80°, pas de lever de charges excédant 8 kg avec les membres supérieurs. Membres inférieurs pas de travail nécessitant des genuflexions répétées ou l'utilisation d'escabeaux, d'échelles ou escaliers de manière fréquente. Sans co-morbidité psychiatrique, il pourrait travailler dans un travail ainsi adapté à plein temps. Au plan neurologique Pas de limitation neurologique. Pour limitation ostéo-articulaire voir avis orthopédique et rhumatologique. Au plan orthopédique Voir 11 et 12. Au plan psychiatrique Quelle que soit l'activité, la capacité de travail est de 60%, ceci en raison des troubles psychiques.

#### **E. 26**

Quelles activités (n. ex. soulever/porter ; position du corps/mobilité etc.) indépendamment de l'activité professionnelle exercée avant l'accident, sont-elles aujourd'hui raisonnablement exigibles de M. A.H. \_\_\_\_\_ ? Pour quelle durée de temps et avec quelle prestation (rendement), en considérant une occupation à plein temps? Au plan orthopédique Voir 11 et 12. Au plan psychiatrique

- 44 - Dans une activité adaptée aux compétences de l'expertisé, la capacité de travail est de 60% avec un rendement plein. Mieux traités, les troubles psychiques devraient s'améliorer dans les 12 prochains mois et ainsi permettre une capacité de travail de 80%. Au vu de la diminution progressive des capacités adaptatives et d'apprentissage, qui vont encore se réduire avec l'âge, une capacité de travail entière ne sera probablement pas retrouvée. Au plan rhumatologique Cf. limitations fonctionnelles données et CT établies en fonction des types d'activité ci-dessus." Dans ses déterminations du 20 juin 2012, K.\_\_\_\_\_ a notamment soutenu que les troubles psychiques n'étaient pas en lien de causalité avec l'accident de 2008, de même que le status après probable contusion du nerf sciatique poplitée externe droit, sans séquelle significative et le syndrome cervical modéré et syndrome lombo-vertébral variable sur spondylodiscarthrose avec lipomatose périurale lombaire sans myélopathie, ni radiculopathie, sans instabilité. Elle a admis un lien de causalité uniquement entre l'accident de 2008 et le status après fracture comminutive du tibia distal gauche ostéosynthésée, le status après AMO et arthrose secondaire, le status après entorse de la cheville droite/contusion de la malléole externe droite et le status après splénectomie pour rupture traumatique de la rate. S'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, elle a estimé un taux d'atteinte à l'intégrité global de 20%, l'atteinte à la rate entraînant une indemnité d'un taux de 10% déjà versée et la cheville gauche, une indemnité d'un taux de 10% selon l'annexe 3 OLAA (Ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982, RS 832.202) table 5 de la SUVA en raison de l'arthrose moyenne, la cheville droite ne subissant pas d'atteinte à l'intégrité en rapport avec l'accident du 16 août 2008. Concernant la capacité de travail l'intimée préconise une réinsertion professionnelle permettant au recourant de vaquer à ses occupations à 100% dans une activité adaptée et allégée. Dans sa détermination du 28 juin 2012, le recourant a indiqué avoir constaté plusieurs erreurs dont notamment en page 63 de l'expertise qui mentionne que l'expertise du Dr L.\_\_\_\_\_ avait été faite trois ans après l'accident au lieu d'une année. Il a en outre déposé une liste relative

- 45 - à des erreurs formelles constatées dans le rapport. Il a déclaré ne pas être d'accord avec certaines appréciations et conclusions de l'expertise mais renoncer à requérir un complément d'expertise ou une seconde expertise. Il a requis l'audition de J.J.\_\_\_\_\_ de l'OAI et de la Dresse V.\_\_\_\_\_. Les Drs S.\_\_\_\_\_ et T.\_\_\_\_\_ ont été invités à répondre aux questionnaires du recourant. Le 4 décembre 2012, le Dr S.\_\_\_\_\_ a répondu comme il suit : "1.- Comment connaissez-vous A.H.\_\_\_\_\_ ? Je suis domicilié au ch. de [...] à [...] depuis juillet 1981. M. B.H.\_\_\_\_\_, père de A.H.\_\_\_\_\_, a été mon voisin au no 16 jusqu'à son décès en 2002. M. A.H.\_\_\_\_\_ et sa famille sont venus habiter à [...] dès 2004. Auparavant, j'avais eu l'occasion de rencontrer M. et Mme A.H.\_\_\_\_\_ en tant que restaurateurs au Buffet de la Gare à [...]. Depuis leur déménagement à [...], M. et Mme A.H.\_\_\_\_\_ sont devenus des amis. M. et Mme A.H.\_\_\_\_\_, ainsi que leur fille [...] ont été mes patients. En tant que médecin-chef du Service d'orthopédie et de traumatologie de l'Hôpital d'Yverdon (EHNV) je les ai traités pour des lésions complètement guéries depuis lors, n'ayant rien à voir avec les problèmes en cause actuellement. 2.- Quelles sont votre formation et votre expérience dans le domaine orthopédique ? Je suis spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et en traumatologie de l'appareil moteur. J'ai été chef de clinique du Service de Traumatologie du Département de chirurgie du CHUV (prof. F. [...] et Dr [...]), puis chef de clinique à l'Hôpital orthopédique de la Suisse Romande (prof. [...]), médecin-adjoint du Département d'orthopédie et de traumatologie du CHUV (prof. [...]) et enfin médecin-chef du Service d'orthopédie et de traumatologie de l'Hôpital d'Yverdon (EHNV), service que j'ai créé en 1982 et dirigé

jusqu'à ma retraite au 01.01.2003. En 2003 et 2004, j'ai fonctionné comme médecin d'arrondissement remplaçant à la SUVA à Lausanne et dans ce cadre, j'ai procédé à de nombreux examens d'assurés accidentés et d'expertises. 3.- Avez-vous eu connaissance du dossier médical de A.H. \_\_\_\_\_, en particulier de l'expertise du Dr L. \_\_\_\_\_? J'ai eu connaissance des pièces suivantes: a. Rapport de l'expertise effectuée par le Dr L. \_\_\_\_\_ le 28.08.2009 à la demande de la K. \_\_\_\_\_ LAA b. Lettre de sortie du CHUV du 23.11.2009, signée par le Dr???. \_\_\_\_\_ médecin associée c. Lettre du Dr T. \_\_\_\_\_ adressée au médecin-conseil de la K. \_\_\_\_\_ le 25.02.2010 d. Rapport de l'IRM de la cheville gauche daté du 09.09.2010 et signé par le Dr. A. \_\_\_\_\_

- 46 - e. Lettre du Service de neurologie du CHUV adressée au Dr T. \_\_\_\_\_ le 20.10.2010 et signée par les Dr M.M. \_\_\_\_\_, prof. ordinaire, et E. \_\_\_\_\_, méd. Assistant f. Lettre du Dr T. \_\_\_\_\_ du 03.11.2010 adressée au Dr D. \_\_\_\_\_ g. Lettre de la Dr???. \_\_\_\_\_ adressée le 28.02.2011 au Dr D. \_\_\_\_\_ à [...] 4.- Quelle est votre appréciation de cette expertise ? a) En premier lieu, je l'ai trouvée prématurée à peine une année après l'accident, d'autant plus que A.H. \_\_\_\_\_ était encore en traitement. On sait statistiquement que l'évolution de ce type de traitement est longue. Le matériel d'ostéosynthèse métallique massif était encore en place lors de l'examen du Dr L. \_\_\_\_\_, empêchant de pratiquer une IRM, seul examen apte à donner de bonnes images du cartilage articulaire. Il ne s'en fallait que de quelques mois pour qu'on puisse procéder à son ablation. L'expertise aurait donc dû être différée au moins jusqu'à ce que le matériel d'ostéosynthèse ait été enlevé et que l'IRM ait été effectuée. Une fracture du pilon tibial est complexe puisqu'elle atteint l'articulation tibio-astragaliennne qui est essentielle pour la marche; son intégrité permet de marcher sans boiterie, de courir, de sauter. Les lésions du tibia ont souvent un impact sur le cartilage de l'astragale, deuxième composant de l'articulation tibio- astragaliennne. Il est plus facile d'apprécier la situation clinique exacte une fois le matériel d'ostéosynthèse enlevé. b) J'ai trouvé l'expertise incomplète avec des imprécisions, des inexactitudes et un certain manque de logique dans sa rédaction. Par exemple P.2, al.9: L'expert mélange dos, chevilles, genoux gauche et droit; il parle de la consolidation de la fracture, mais pas de la congruence articulaire, ce qui est essentiel. P.3, al.4: L'expert considère la mobilité en flexion-extension de la cheville gauche à 15-0-20 comme bonne, alors que pour une cheville normale on devrait arriver à 20-0-60. L'expert, encore une fois, ne parle que de la fracture consolidée, mais ne dit rien des surfaces articulaires. P.3 et 4 A.H. \_\_\_\_\_ signale à l'expert l'ablation du ménisque interne droit à l'âge de 16 ans. Paradoxalement l'expert écrit : « Exception faite de l'accident du 16.08.2008, il (A.H. \_\_\_\_\_) n'a été victime d'aucun autre accident ni d'autre intervention chirurgicale. » P.5, al.2 Plaintes du patient : ce dernier signale entre autres des lâchages de la cheville droite. La cause de ces lâchages n'est pas recherchée par l'expert, alors qu'ils sont vraisemblablement dus aux séquelles d'une entorse du ligament latéral externe de ladite cheville et d'une lésion du nerf péronier. Cela aurait modifié l'appréciation du cas. P.6.3 : « La marche sur la pointe des pieds et sur les talons est très difficile ». Cela m'étonne. Elle devrait être impossible, à gauche en raison de la fracture et à droite en raison de la présence d'une lésion neurologique importante qui n'est décrite nulle part dans l'expertise. En effet, A.H. \_\_\_\_\_ a présenté à droite une paralysie du nerf sciatique poplité externe, survenue subséquentment à l'accident entraînant un pied tombant et l'impossibilité de faire une flexion dorsale active du pied et des orteils. J'ai moi-même constaté cette lésion en rendant visite à M. A.H. \_\_\_\_\_ à l'Hôpital quelques jours après l'accident. Cette lésion grave a été signalée par:

- 47 - - le Dr T. \_\_\_\_\_ (cf doc. annexé lettre c) - la Dresse???, \_\_\_\_\_ (lettre de sortie du CHUV du 23.11.2009 cf doc. annexé lettre b ). En effet, en p.1 sous diagnostic principal, elle écrit - status post fracture du pilon tibial gauche - arthrose post traumatique - status post entorse de la cheville droite (accident du 22.08.2008) - atteinte tronculaire du nerf péronier droit post traumatique (accident du 2 août 2008). Voir également les documents annexés sous lettres d,e,f,g. P.8.4. Evolution Le Dr L. \_\_\_\_\_ ne parle pas du plus important après une fracture du pilon tibial, c.-à-d. des surfaces articulaires faisant partie de l'interligne articulaire tibio-astragalien. En ce qui concerne la cheville droite, le Dr L. \_\_\_\_\_ parle d'une mobilité — active ? passive ? – normale; une mobilité active normale est incompatible avec une lésion du nerf sciatique poplité externe. Cependant, en raison des douleurs à la cheville droite dont se plaignait A.H. \_\_\_\_\_, il présentait vraisemblablement un syndrome du sinus du tarse complication très fréquente d'une entorse de cheville et d'une parésie du nerf péronier. P.9, dernier al. "Je n'ai pas de proposition thérapeutique à formuler en relation avec l'accident du 16.08.2008." L'expert aurait dû proposer les traitements suivants : - une stimulation électrique du nerf péronier droit, ce que le Dr T. \_\_\_\_\_ a par la suite prescrit en ordonnant l'utilisation d'un Compex à domicile (appareil de stimulation électrique). La prise en charge de cet appareil a été refusée par le médecin-conseil de la K. \_\_\_\_\_, au motif qu'il n'y avait pas de lésion neurologique aux dires de l'expert (cf. doc. annexé lettre c). - une attelle anti-steppage à droite pour aider à la marche et faciliter la rééducation. - l'ablation du matériel d'ostéosynthèse de la cheville gauche, la fracture étant solide, - puis une IRM de la cheville gauche - rendue possible par le retrait des corps métalliques - permettant seul de juger de l'état des surfaces articulaires cartilagineuses. - Envisager à moyen ou long terme la nécessité d'une arthrodèse de la cheville gauche ou d'une prothèse en raison d'une arthrose post traumatique. Le Dr L. \_\_\_\_\_ ne parle d'une évolution possible vers une arthrose tibio astragalienne invalidante qu'incidemment en page 11 article

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