

VD_GERICHTE ZA16.000322 vom 1. Juni 2017

VD Tribunal cantonal, 2017-06-01, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA16.000322

FR: VD_GERICHTE ZA16.000322 du 1 juin 2017

IT: VD_GERICHTE ZA16.000322 del 1 giugno 2017

Erwägungen

E. 16

novembre 2011, de status après réduction ouverte et ostéosynthèse

- 3 - par plaque LCDCP du tibia gauche et plaque tiers tube du péroné gauche, de discret syndrome de tunnel tarsien (avec syndrome irritatif de l'insertion proximale du ligament longitudinal de la voûte plantaire gauche) et de suspicion d'une lésion partielle du sciatique poplité externe (SPE) gauche par compression. Dans son appréciation du cas, ce chirurgien relevait subjectivement, la persistance de douleurs du talon à la charge (fourmillements) mais plus au repos, avec une marche qui s'effectuait toujours à l'aide de deux cannes anglaises à l'extérieur et sans moyen auxiliaire à domicile. Objectivement, l'examen clinique était dominé par des douleurs à localisation tibio-tarsienne antérieure gauche ainsi que dans la région sous-malléolaire interne gauche, ce qui correspondait à un syndrome de tunnel tarsien avec Tinel positif associé à un syndrome irritatif de l'insertion proximale du ligament longitudinal de la voûte plante. Sur le plan neurologique, une diminution de motricité associée à une diminution de la sensibilité en L5 suggérait une atteinte partielle du sciatique poplité externe qui pouvait expliquer, en partie, la perte de mobilité du membre inférieur gauche de l'assuré. Le Dr B. _____ estimait que l'aspect strictement orthopédique était quant à lui satisfaisant, élément conforté par les radiographies qui attestaient une consolidation avec disparition des traits de fractures et aspect homogène de la structure osseuse au niveau du tibia et du péroné gauches. L'assuré a séjourné à la Clinique Romande de Réadaptation (CRR), à [...], du 5 septembre au 9 octobre 2012. Dans le rapport de sortie du 7 décembre 2012, les Drs U. _____, spécialiste en médecine physique et réhabilitation et en médecine du sport, et F. _____, médecin-assistant, ont fait état des diagnostics suivants : DIAGNOSTIC PRINCIPAL - Thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs de la cheville gauche DIAGNOSTICS SUPPLEMENTAIRES - Accident de la voie publique le 16.11.2011 se soldant par une fracture tibiale distale gauche et du péroné distal gauche nécessitant un traitement temporaire par fixateur externe - 4 - Hoffmann II le 16.11.2011 et une réduction ouverte et ostéosynthèse le 24.11.2011. - CRPS [Complex regional pain syndrome] type II - Atteinte de la partie médiane du nerf péronier superficiel gauche par axonotmésis partielle - Fracture de la phalange moyenne de l'auriculaire de la main gauche en 2011 traitée conservativement par attelle. Dans leur discussion du cas, les spécialistes de la CRR ont constaté une incapacité de travail de l'assuré qui demeurait totale. A la sortie, l'assuré ne déclarait ne constater aucun changement significatif malgré les traitements prodigués (physiothérapie et médicamenteux). Toutefois, la volonté du patient de donner le maximum était décrite comme étant incertaine par les thérapeutes. Très fixé sur la douleur, l'assuré avait compliqué la mise en place d'un programme de rééducation cohérent. Malgré l'absence de progrès, l'intéressé s'était vu proposer la poursuite de la physiothérapie afin d'assurer le

maintien d'un suivi et d'un cadre thérapeutique. Retenant que la situation n'était pas stabilisée malgré l'absence de progrès, les Drs U. _____ et F. _____ estimaient difficile de statuer sur la possibilité d'un retour au travail ainsi que de définir avec précision d'éventuelles limitations fonctionnelles de l'assuré, compte tenu des auto-limitations observées. Le 14 janvier 2013, l'assuré a fait part à un inspecteur de la Suva [...] du fait que son pied gauche était toujours bloqué et que sa cheville était encore gonflée. Il a également déclaré ne plus faire de physiothérapie depuis sa sortie de la CRR. Le 28 janvier 2013, l'assuré a déposé une demande de prestations pour adultes sous la forme de mesures pour une réadaptation professionnelle auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI). Dans un rapport du 21 mai 2013 consécutif à un examen clinique du même jour, le Dr B. _____ a émis les considérations suivantes :

- 5 - Il s'agit donc d'un patient de 48 ans, aide-boulangier, dont les antécédents sont décrits plus haut et sur lesquels nous ne revenons pas. Du point de vue médical, l'examen de ce jour, émaillé de soupçons chez un patient expressif laisse fortement suspecter la présence de facteurs d'aggravation non organiques. En effet, nous sommes surpris par la discrédence lors de notre examen neurologique entre l'absence de mobilité du gros orteil G [gauche] comparé à un geste parfaitement exécutable lorsque le patient se met en position verticale. A ce sujet, le patient n'émet aucune explication à notre constatation. Du point de vue strictement orthopédique, nous notons que la mobilité de la cheville G reste très diminuée avec une position en léger équin de 10°. Compte tenu de cet élément ainsi que de l'amyotrophie relative du MIG [membre inférieur gauche], il est indispensable que la physiothérapie puisse se poursuivre de manière intensive à raison de 3x/semaine, complétée par le port de l'attelle de Heidelberg et de chaussures adaptées. Cliniquement, nous n'avons aucune évidence de la présence d'une algodystrophie de la cheville G. [...] Du point de vue asséurologique, la situation n'est pas encore stabilisée. Toutefois, compte tenu de la présence de facteurs non organiques, le pronostic de reprise du travail est sombre tout comme celui concernant une éventuelle reconversion professionnelle. La situation devra être réévaluée dans un délai de 3 mois. Le 22 mai 2013, la K. _____, assureur responsabilité civile du véhicule responsable de l'accident, a informé la CNA de la mise en œuvre d'une surveillance de l'assuré et lui a transmis le matériel d'observation. Dans le rapport de sortie du 7 juin 2013 consécutif à un nouveau séjour de l'assuré à la CRR du 16 avril au 8 mai 2013, les Drs U. _____ et E. _____ ont rappelé les diagnostics précédemment posés en ajoutant celui secondaire, de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée. Les spécialistes ont estimé que les plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquaient partiellement par les lésions objectives, tout en précisant que des facteurs contextuels tels un sentiment d'inutilité, de perte de confiance en soi, chez un patient limité dans la compréhension de sa problématique médicale, se focalisant sur l'idée d'avoir été victime d'une erreur médicale, jouaient un rôle important dans les plaintes et les restrictions fonctionnelles rapportées, de sorte

- 6 - qu'elles influençaient défavorablement le retour au travail. Malgré les diverses prises en charge durant le séjour, l'évolution n'était pas significative. La participation de l'intéressé aux thérapies avait été considérée moyenne; il restait fortement centré sur ses douleurs, ce qui avait perturbé passablement sa prise en charge en physiothérapie. L'assuré avait auto-évalué ses aptitudes fonctionnelles comme inférieures à sédentaires ou essentiellement assis; la volonté de donner le maximum aux différents tests a été qualifiée d'insuffisante et le niveau de cohérence pendant l'évaluation a été jugé faible. Au terme du séjour, les

médecins de la CRR considéraient que la situation était stabilisée d'un point de vue médical avec la précision que la poursuite d'un traitement de physiothérapie pourrait permettre d'améliorer la qualité de vie de l'assuré. Les limitations fonctionnelles définitives suivantes étaient retenues : station debout prolongée, marche prolongée, marche sur terrain irrégulier, port de charges, monter / descendre les escaliers, agenouillements et accroupissements. Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité d'aide-boulangier était défavorable en raison des diagnostics posés et de facteurs non-médicaux (patient frustré et au bagage scolaire très restreint, limité dans la compréhension de sa problématique médicale et se focalisant sur l'idée d'avoir été victime d'une erreur médicale). Le pronostic de réinsertion dans une activité respectant les limitations fonctionnelles était défavorable compte tenu des facteurs non-médicaux mentionnés. Dans un rapport du 11 juin 2013, les Drs V._____ et I._____, médecins auprès du Service d'orthopédie et de traumatologie du CHUV, ont indiqué que si la fracture était d'un point de vue orthopédique consolidée, un dommage permanent était à attendre sous la forme de douleurs chroniques à la cheville gauche de l'assuré. Le 22 octobre 2013, l'assuré a bénéficié d'une ablation du matériel d'ostéosynthèse (AMO) au tibia et au péroné gauches, pratiquée par les médecins du CHUV.

- 7 - L'assuré a été revu le 25 février 2014 par le Dr B._____, dont le rapport d'examen du même jour se terminait comme suit : 5. Appréciation Il s'agit d'un patient de 49 ans, aide-boulangier licencié, dont les antécédents sont décrits plus haut et sur lesquels nous ne revenons pas. Du point de vue médical, force est de constater que l'AMO [ablation du matériel d'ostéosynthèse] n'a pas permis une amélioration significative des plaintes de l'assuré. Sur le plan clinique, nous notons la persistance d'un discret œdème du MIG [membre inférieur gauche] compatible avec un status 4 mois après intervention. Nous retrouvons également la discrétion constatée en mai 2013 concernant l'atteinte du sciatique poplité externe qui à notre avis, n'est plus d'actualité. Même si un certain nombre d'éléments nous permettent de considérer que le patient ne montre pas ses pleines capacités, il n'en reste pas moins qu'il se plaint d'une manière récurrente de douleurs du talon. Or, notre examen clinique de ce jour tout comme celui de mai 2013, montrent la présence d'une douleur élective à la palpation de l'insertion proximale du ligament longitudinal de la voûte plantaire. Malgré une prise en charge en milieu universitaire, nous sommes particulièrement étonnés que depuis l'AMO, soit un délai de 4 mois, aucune prescription par exemple d'une talonnette, n'ait été évoquée. En conséquence et dans le contexte asséculoologique agité présenté par cet assuré, nous serions reconnaissants au Dr D._____, qui nous lit en copie, de bien vouloir se pencher sur ce cas à la faveur de la prochaine consultation au CHUV, ou si nécessaire en convoquant le patient. Dans l'attente des éclaircissements du Dr D._____ et à la faveur de l'examen de ce jour, nous reconnaissons à l'assuré une incapacité totale dans la profession exercée. Dans un rapport du 22 avril 2014, les Drs C._____ et N._____, médecins auprès du Service d'orthopédie et de traumatologie du CHUV, ont constaté une évolution défavorable avec la persistance de douleurs chroniques à plus de deux ans du traumatisme. En présence de fractures consolidées, il leur était difficile d'expliquer les douleurs ayant un caractère inflammatoire, voire neurologique et psychogène, par une affection orthopédique. Ces praticiens n'avaient pas de propositions

- 8 - complémentaires, hormis le port de chaussures orthopédiques. Une reprise de la profession habituelle de boulangier semblait peu probable. L'assuré a été vu en consultation le 14 mai 2014 par le Dr D._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Signalant un patient cliniquement très démonstratif,

ce spécialiste se disait « dans une impasse complète » avec un porteur d'attelle d'Heidelberg dont la nécessité n'était pas certaine et qui conservait « une grosse jambe » avec une peau un peu luisante, éléments évocateurs d'une potentielle insuffisance veineuse chronique. Afin d'éclaircir la situation, l'assuré avait été adressé auprès du Dr H. _____, spécialiste en neurologie, ainsi qu'à la consultation d'angiologie du CHUV. Dans un rapport du 27 juin 2014 au Dr D. _____, le Dr H. _____ a fourni l'appréciation suivante : L'exploration ENMG [électroneuromyographie] du membre inférieur gauche est donc normale, et ne permet pas de confirmer en particulier une atteinte motrice distale. Cliniquement, il existe quelques incohérences avec une innervation inconstante de l'extension du pied, une boiterie d'épargne mais sans steppage, qui semble non influençable par l'utilisation de la canne, ni de l'attelle de Heidelberg, que le patient porte. Les troubles sensitifs sont assez diffus et mal systématisés. Compte tenu de ces éléments, j'ai l'impression qu'il existe soit une boiterie d'épargne sur douleurs résiduelles, sans caractère neuropathique, soit une majoration des symptômes. Le 14 juillet 2014, le Dr D. _____ a répondu au médecin-conseil de la CNA que l'examen neurologique n'avait pas mis en évidence de lésion objective et que le Dr H. _____ avait constaté une boiterie ainsi qu'une sous-utilisation du membre qu'il ne s'expliquait par aucun substrat anatomique. L'examen angiologique n'ayant pour sa part pas attesté d'insuffisance veineuse chronique du membre inférieur après traumatisme, aucun geste, chirurgical ou médical ambulatoire, n'était en conséquence susceptible d'améliorer la situation. Le 24 novembre 2014, la CNA a décidé la prise en charge d'une paire de chaussures orthopédiques.

- 9 - Le 13 mai 2015, l'assuré a été examiné par le Dr G. _____, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA. Dans son rapport final du même jour, ce chirurgien a indiqué notamment ce qui suit : [...] Ce jour à l'examen clinique, le patient déclare que la situation ne s'est pas modifiée depuis l'AMO [ablation du matériel d'ostéosynthèse]. Il se plaint d'être réveillé 3-4x/nuit par des douleurs au niveau de la cheville G [gauche]. Durant la journée, il marche toujours avec deux cannes et ceci pour deux raisons : d'une part, il semble qu'il ne puisse pas charger complètement sur le talon G sans ressentir de très fortes douleurs au niveau de ce talon et d'autre part, régulièrement après 300-400 mètres de marche, la cheville G du patient se bloquerait, l'empêchant alors de faire le moindre mouvement. Le patient attend alors 10-15 minutes pour que sa cheville se débloque ; il peut alors à nouveau marcher 300- 400 mètres jusqu'au prochain blocage de sa cheville G. M. A. _____ se plaint encore d'une sensation constante à la marche de tiraillements sous la plante du pied G. Lorsqu'il ne marche pas, le patient n'a pratiquement pas de douleur au niveau de la cheville G. Il se plaint par contre de douleurs de plus en plus fréquentes au niveau de la hanche G. Objectivement, à l'examen clinique, marche avec deux cannes avec boiterie de non déroulement du pied G. A la marche à plat pieds-nus sans canne, importante boiterie de non déroulement du pied G, douleurs au niveau de la cheville et du genou D lors du sautiller unipodal D, sautiller unipodal G inenvisageable, genuflexion limitée à 90° en raison de douleurs au niveau de la cheville G, de la hanche G et du genou D, marche sur la pointe du pied et sur le talon G impossible, douleurs dans la région du point de Valleix G à la flexion forcée de la hanche G, léger signe du rabot au niveau des deux rotules et légère douleur à la palpation de l'interligne articulaire interne du genou D, douleur à la palpation des régions malléolaires interne et externe de la cheville D, œdème de la jambe G à partir de la TTA [tubérosité tibiale antérieure] jusqu'au niveau du coup du pied, prenant le godet. Cheville G présentant une flexion plantaire spontanée de 35° en décubitus dorsal, le patient déclarant ne pas pouvoir modifier cet angle de flexion plantaire. Passivement, on

arrive à obtenir une flexion plantaire de 40°. Toujours passivement, on arrive à réduire la flexion plantaire à 0° mais sans arriver à obtenir une flexion dorsale de cette cheville G. Le tannage de la plante du pied G est légèrement inférieur à celui de la plante du pied D. Le patient décrit une hyposensibilité de la partie distale de la jambe et du pied G. Trophicité musculaire des cuisses symétrique. Diamètre du mollet G plus important que celui du D (œdème du mollet prenant le godet). Les dernières radiographies du 15.05.2014 mettent en évidence un status après fracture distale du tibia et du péroné G traitée par ostéosynthèse suivie de l'AMO. Les rapports articulaires au niveau de la cheville G sont conservés.

- 10 - Du point de vue asséculoologique, la situation paraît stabilisée. La symptomatologie présentée par le patient n'est que partiellement explicable par les lésions objectives séquellaires de l'accident du 16.11.2011. En fonction des lésions séquellaires objectives en relation avec cet accident, le patient a une capacité de travail totale dans une activité respectant les limitations fonctionnelles suivantes : activité de type sédentaire, avec alternance de position debout assis, sans marche fréquente de plus de 100 mètres, sans fréquents escaliers et sans fréquente marche avec port de charge de plus de 15 à 20 Kg. Dans une activité respectant ces limitations fonctionnelles, la capacité de travail de l'assuré est totale. Reste à la charge de l'assurance[-]accident[s], en vertu de l'art. 21 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20], le traitement à base de Paracétamol et d'AINS [anti- inflammatoires non stéroïdiens]. Tout autre traitement médicamenteux ne peut pas être en relation de causalité pour le moins probable avec les séquelles de l'accident nous concernant. Restent également à la charge de la Suva, si prescrites, jusqu'à 2 x 9 séances de physiothérapie antalgique pour la cheville G par année, en cas de décompensation douloureuse de cette cheville G. Dans un second rapport du 13 mai 2015 intitulé « Estimation de l'atteinte à l'intégrité », le Dr G. _____, après avoir rappelé le résultat des multiples investigations menées et en particulier les dernières radiographies de mai 2014, a estimé l'atteinte à l'intégrité de l'assuré à 5%, compte tenu d'un tout début d'arthrose tibio-tarsienne moyenne. Le 14 juillet 2015, la CNA a informé l'assuré qu'elle mettrait fin à la prise en charge des soins médicaux avec effet au 31 août 2015, sous réserve du traitement à base de Paracétamol et d'anti-inflammatoires prescrit ainsi qu'éventuellement deux séries de neuf séances de physiothérapie par année sur prescription médicale et moyennant une annonce de rechute. Le versement des indemnités journalières s'était terminé le 1er avril 2014 compte tenu d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée (de type sédentaire avec alternance de position debout / assis, sans marche fréquente de plus de 100 mètres ni avec port de charge de plus de 15 à 20 kilos, sans fréquentes montées / descentes d'escaliers) depuis lors. La CNA statuerait ultérieurement sur le droit à la rente et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI).

- 11 - Par décision du 17 août 2015, la CNA a, d'une part, refusé d'allouer une rente d'invalidité, au motif que le taux d'invalidité, fixé après comparaison des revenus à 8,03%, était insuffisant pour ouvrir le droit à une telle prestation, et d'autre part, octroyé une indemnité pour atteinte à l'intégrité fondée sur une diminution de l'intégrité de 5%. Les 14 septembre et 16 novembre 2015, l'assuré, par son conseil, s'est opposé à cette décision en concluant à l'octroi d'une rente invalidité et d'une IPAI sur la base d'un taux d'invalidité, respectivement d'une diminution à l'intégrité de 100%. Il contestait être en mesure d'exercer une quelconque activité lucrative « même en portant des charges limitées à 15-20 kg ». Par décision du 19 novembre 2015, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré formée contre la décision du 17 août 2015. B. a) Par acte déposé le 4 janvier 2016, A. _____, représenté

par Me Laurent Damond, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision sur opposition précitée, en concluant principalement à sa réforme en ce sens que la CNA est tenue de verser une rente invalidité « liée à une incapacité de gain d'au moi[n]s 50% » ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité « tenant compte d'une diminution de l'intégrité de 15% ». Subsidiairement, il a conclu à l'annulation de la décision querellée et au renvoi de la cause à l'intimée pour complément d'instruction dans le sens des considérants. En lien avec le droit à la rente, il a d'abord reproché à l'intimée de se « réfugier » derrière le rapport de surveillance de la K. _____ versé au dossier. Contestant l'évaluation de sa capacité de travail, il a soutenu être obligé de se déplacer avec deux cannes anglaises pour soulager ses douleurs. Il a souligné que l'étude des rapports conduisait à admettre que les affections entravaient toute activité de sa part. Il a également fait valoir l'impossibilité de retenir le revenu d'invalidé indiqué dans la décision (68'159 fr.), rappelant que ses problèmes de santé entravaient la reprise de toute activité lucrative, même avec des charges limitées à 15-20 kilos. S'agissant de l'IPAI, le recourant soutenait que les séquelles étaient

- 12 - supérieures aux 5% retenus par la CNA, dès lors qu'il ne pouvait plus bouger sa jambe et était contraint de se mouvoir à l'aide de béquilles. b) Dans sa réponse du 12 février 2016 la CNA a conclu au rejet du recours, estimant que les critiques du recourant n'étaient pas susceptibles de modifier sa position. c) Au terme de ses déterminations du 21 avril 2016, le recourant a, compte tenu de l'aggravation de son état de santé, invité la Cour de céans à requérir un rapport médical auprès du Dr W. _____, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, qui assurait son suivi au [...] SA. Dans un rapport de consultation du 10 mai 2016 adressé au médecin-conseil de la CNA, le Dr W. _____ a, après avoir posé le diagnostic de douleurs chroniques cheville et pied gauches, status post fracture ouverte jambe distale en 2011, fourni l'appréciation suivante : Au vu de l'histoire du patient, je propose une neurolyse du nerf tibial gauche dans un premier temps. Intervention qui s'effectuera avec votre accord sous régime de chirurgie ambulatoire. Dans un deuxième temps et selon l'évolution la neurolyse du nerf péronier commun sera planifiée avec votre accord. Les conséquences et complications de cette chirurgie ont été discutées avec le patient, qui reste motivé pour pouvoir améliorer sa situation algique difficilement gérable. d) Dans sa correspondance du 17 août 2016, la CNA a indiqué que le rapport du Dr W. _____ ne démontrait pas, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'existence d'un lien de causalité entre les douleurs chroniques et l'accident de novembre 2011. L'intimée a joint en annexe une appréciation neurologique du 14 juillet 2016 au terme de laquelle le Dr E. _____, spécialiste en neurologie de la Division Médecine des assurances de la CNA, précisait que l'intervention préconisée par le Dr W. _____ n'était pas indiquée.

- 13 - e) Dans des déterminations du 6 septembre 2016, le recourant a indiqué maintenir les conclusions prises à l'appui de son recours du 4 janvier 2016. f) Le 6 février 2017, la CNA a produit à la demande de la Cour de céans un rapport d'examen du 28 avril 2016 du Dr M. _____, spécialiste en neurologie, à l'intention du Dr W. _____, dont on extrait ce qui suit : APPRECIATION : Sur la base de l'ensemble de ces éléments, hormis l'absence de réponse sensitive pour le tronc musculo-cutané, au niveau du membre inférieur gauche, tous les paramètres moteurs sont intacts distalement tant pour les troncs SPE que SPI. Il y a de discrets signes en faveur d'une atteinte neurogène d'allure subaiguë à chronique au niveau du pédieux gauche avec une activité motrice maintenue. Je n'ai par ailleurs aucun élément

évocateur d'une souffrance d'origine radiculaire ou plexulaire. Je pense que ces données doivent être comparées avec celles qui ont été probablement effectuées au décours des séjours à la CRR avant d'envisager une sanction chirurgicale. Je n'ai par contre pas les compétences pour me prononcer en ce qui concerne la problématique orthopédique pure. [...] Une copie de ce courrier et son annexe a été transmise au recourant pour son information. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance- accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 al. 1 LPGA). Le tribunal des assurances compétent est celui du

- 14 - 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). Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment 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). b) En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile compte tenu des fêtes d'hiver (cf. art. 38 al. 4 let. c LPGA) et devant le tribunal compétent, respecte les autres conditions de forme prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. a) La contestation porte en l'espèce sur le droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. b) On précisera que les modifications introduites par la nouvelle du 25 septembre 2015, entrée en vigueur le 1er janvier 2017 (cf. ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification [RO 2016 4388]) ne sont pas applicables au cas d'espèce (cf. aussi ATF 136 V 24 consid. 4.3 ; 130 V 445 consid. 1.2.1 ; 129 V 1 consid. 1.2 ; TF 9C_446/2013 du 21 mars 2014 consid. 4.2). 3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus à attendre de la

- 15 - continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance- invalidité ont été menées à terme, le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cessant dès la naissance du droit à la rente (art.

E. 19

décembre 2008 ; RS 272]). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ).

- 26 -