

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 21 mars 2012

Présidence de Mme THALMANN
Juges : Mme Pasche et M. Bonard, assesseur
Greffière : Mme Donoso Moreta

Cause pendante entre :

F. _____, à Moudon, recourant, représenté par Me Olivier Carré, avocat à Lausanne

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à Lucerne, intimée, représenté par Me Didier Elsig, avocat à Lausanne

**Art. 4, 8 al.1, 16, 17 al. 1, 43 al. 1 et 44 LPGA ; 6 al. 1 et 18 al. 1
LAA**

E n f a i t :

A. F._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1959, ressortissant portugais au bénéficiaire d'un permis d'établissement, a été engagé le 1^{er} avril 1988 par la société B._____ Sàrl comme charpentier à plein temps et à ce titre assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée) contre les accidents professionnels et non professionnels.

Le 25 février 2003, l'assuré est tombé d'un échafaudage et a subi une fracture-luxation de la cheville gauche, qui a été traitée par réduction puis par ostéosynthèse. Des douleurs au pied gauche, toujours tuméfié, ont toutefois persisté, de sorte que l'assuré a effectué deux séjours à but de rééducation à la Clinique R._____ à la demande du Dr V._____, médecin d'arrondissement de la CNA, du 1^{er} au 22 octobre 2003 puis du 25 novembre au 24 décembre 2003. Il y a notamment bénéficié de séances de physiothérapie et de la réalisation de chaussures adaptées. Le rapport établi par les médecins de la Clinique R._____ suite au second séjour de l'assuré atteste une totale incapacité de travail dans la profession de charpentier, mais mentionne que la situation médicale n'est pas encore stabilisée. Une reprise du travail à temps partiel pouvait toutefois, dans un but thérapeutique, être envisagée dans une activité adaptée, ne demandant pas de port de charges importantes ni de travail en terrain instable. L'assuré a donc repris le travail le 26 janvier 2004 auprès de la société B._____ Sàrl, dans un poste adapté, à la scierie. Son rendement a été évalué à 30% sur une journée entière de travail.

Le 21 avril 2004, F._____ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (OAI).

Dans un courrier adressé le 4 mai 2004 au Dr V._____, le Dr Z._____, médecin-adjoint au Service d'orthopédie et de traumatologie de l'appareil locomoteur du [...], a notamment indiqué qu'il n'y avait pas, à

son avis, d'indication à enlever le matériel d'ostéosynthèse chez l'assuré, car cela ne changerait rien à sa symptomatologie. Le Dr Z._____, qui notait par ailleurs un appui podoscopique normal, préconisait de procéder à un nouveau contrôle médical et radiologique à deux ans de l'accident, afin de pouvoir se prononcer sur l'éventuelle nécessité d'une arthrodèse de la cheville.

Dans un rapport médical du 26 mai 2004, le Dr V._____, après avoir procédé à l'examen de la cheville gauche de l'assuré, a indiqué ce qui suit :

« **APPRECIATION :**

Chez ce patient de 45 ans, charpentier, portugais, on se trouve à 15 mois d'une fracture-luxation de la cheville gauche de type Weber C qui a été réduite en urgence et ostéosynthésée secondairement.

Actuellement, le patient dit qu'il a encore d'importantes douleurs de la cheville gauche à la marche et même dans une certaine mesure au repos. En revanche, il n'y a pas de douleurs nocturnes.

Objectivement, la marche s'effectue sans boiterie. La cheville gauche présente encore une tuméfaction modérée qui remonte jusqu'au tiers moyen de la jambe et elle est un peu chaude. La mobilité de la tibio-astragalienne est modérément limitée. La sous-astragalienne est assez enraidie. La force est conservée.

Sur les dernières radiographies, la fracture est solide. Il persiste une légère incongruence articulaire sous le tubercule de Chaput.

Du point de vue thérapeutique, une arthrodèse est sûrement prématurée.

Sur le plan professionnel, le patient travaille toute la journée au dépôt. Il s'occupe d'une déligneuse. Dans ces conditions, on est un peu étonné que son rendement ne dépasse pas 30% même s'il fait des pauses. Il est probable qu'il s'agit d'une activité exercée constamment en position debout et donc mal adaptée.

M. F._____ a manifestement envie de rentrer dans son pays et, maintenant qu'il a compris qu'une réintervention n'est pas incontournable, je crois qu'il souhaite surtout que les assurances procèdent à la liquidation de son cas et lui allouent les prestations qui lui sont dues.

A cet égard, une pleine capacité de travail reste tout à fait envisageable dans une activité légère, ne nécessitant pas de grandes déambulations et autorisant des positions alternées.

Par ailleurs, une indemnisation pour atteinte à l'intégrité est due. »

Par décision du 12 août 2004, la CNA a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité basée sur un degré d'invalidité de 21%, dès le 1^{er} août 2004. Il a été retenu que la capacité de travail de l'assuré était nulle dans son ancienne activité de charpentier, mais entière dans une activité légère adaptée, permettant l'alternance des positions et ne nécessitant pas de grandes déambulations. Sur la base de plusieurs descriptions de postes de travail (DPT), il a été considéré qu'il pouvait réaliser un salaire d'environ 3'650 fr. par mois. Le salaire réalisable sans accident étant de 4'600 fr., le taux d'invalidité se montait à 21%. Une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI) de 15% lui était également octroyée. Cette décision, non contestée, est entrée en force.

Au 30 novembre 2004, F. _____ a été licencié par son employeur, qui ne disposait pas d'un poste adapté aux limitations fonctionnelles de l'assuré.

B. L'assuré continuant à se plaindre de douleurs, le Dr J. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a procédé le 14 juin 2005 à une arthroscopie de la cheville gauche, une toilette articulaire et la résection d'un bec ostéophyttaire tibial antérieur, ainsi qu'à l'ablation partielle du matériel d'ostéosynthèse au tibia et à la malléole externe gauche. Le 28 juin 2005, il a également procédé à la mise à plat et au drainage d'un hématome apparu suite à l'opération. Une pleine capacité de travail, dans les limites de la rente accordée, a été attestée dès le 22 septembre 2005, l'assuré se trouvant au chômage.

Le 9 octobre 2006, l'assuré a été examiné par le Dr V. _____. Il ressort du rapport du médecin d'arrondissement de la CNA que l'assuré ressentait toujours d'importantes douleurs à la cheville gauche, et souffrait désormais également du genou droit et du dos. Le Dr V. _____ a procédé à l'examen clinique de la cheville gauche et a mentionné notamment ce qui suit :

« **APPRECIATION :**

[...]

Actuellement, le patient dit qu'il a toujours d'importantes douleurs de la cheville gauche. Il a de la peine à marcher, surtout pieds nus. Il aurait aussi des douleurs au repos et des douleurs nocturnes.

Objectivement, la marche s'effectue sans boiterie mais la cheville gauche présente toujours une tuméfaction modérée qui remonte jusqu'au tiers moyen de la jambe. Il n'y a pas d'hyperthermie, pas d'autre signe réactif local. La mobilisation s'effectue librement, sans douleur. La mobilité est limitée, inchangée. La force est conservée.

J'ai fait pratiquer de nouvelles radiographies de la cheville gauche qui montrent une arthrose débutante de cette articulation, sans évolution notable depuis 2 ans.

De manière générale, la situation est superposable à celle qui prévalait en 2004.

Du point de vue thérapeutique, il n'y a pas grand-chose à proposer. En particulier, une arthrodèse n'apportera rien.

Une pleine capacité de travail reste tout à fait envisageable dans une activité légère et sédentaire, autorisant de préférence des positions alternées. »

Un CT-scan de la cheville et du pied gauche de l'assuré a été effectué le 16 octobre 2006. Le rapport conclut à une importante arthrose tibio-astragaliennne, à une arthropathie dégénérative plus relative de l'articulation sous-astragaliennne postérieure et à des séquelles de fracture intra-articulaire du pilon tibial.

Le 27 mars 2007, un rapport a été établi à l'intention de l'OAI par le Centre d'intégration professionnelle (CIP) suite à une mesure d'observation professionnelle à laquelle a participé l'assuré. Il en résulte que ce dernier dispose d'une pleine capacité de travail avec un rendement de 80% environ, dans une activité assise permettant des alternances, sans déplacements répétitifs et limitant la conduite à de courts trajets, telle une activité d'ouvrier d'usine dans le conditionnement, le façonnage ou le montage à l'établi.

Dans un rapport médical adressé à l'OAI le 29 mai 2007, le Dr K._____, spécialiste en médecine interne et médecin traitant de l'assuré, a indiqué, à titre de diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de

travail de son patient, des arthralgies chroniques de la cheville gauche avec diminution de la mobilité de la cheville, un status après fracture de type Weber C de la cheville gauche, des gonalgies du genou droit sur chondropathie rotulienne, existant depuis juillet 2006, et des lombalgies épisodiques sur discarthrose d'importance modérée et antélisthésis L3-L4, existant depuis octobre 2006. Il a également fait état d'une hypertension artérielle stabilisée à titre de diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail et a attesté, dans l'activité habituelle, une totale incapacité de travail du 25 février 2003 au 30 janvier 2004 et une incapacité de travail de 70% du 1^{er} février 2004 au 29 mai 2007. Une activité professionnelle adaptée était possible à 50%, avec des limitations fonctionnelles (possible alternance des positions assise-debout-marche et port de charges de 15 kg maximum). Par ailleurs, le Dr K. _____ a notamment indiqué que son patient marchait en boitant légèrement, boiterie de type épargne du membre inférieur gauche.

Le 15 octobre 2007, l'assuré a demandé que la CNA procède à une révision de son taux d'invalidité et a produit un courrier du Dr J. _____ daté du 9 juillet 2007, dans lequel ce médecin répond comme suit aux questions posées par le conseil de l'assuré :

« a) Les importantes séquelles de la cheville entraînent des problèmes de statique qui ont des répercussions sur la colonne vertébrale?

Monsieur F. _____ a été victime d'une fracture du pilon tibial. L'ostéosynthèse effectuée a permis une excellente reconstruction. Malheureusement ce type de fracture laisse souvent des séquelles sous forme d'arthrose ce qui provoque des douleurs importantes et une impotence fonctionnelle.

Pour ces raisons, la marche s'effectue difficilement, le patient charge le plus souvent sur le membre collatéral ce qui provoque un déséquilibre du rachis.

b) Ces problèmes vertébraux génèrent des douleurs lombaires?

Le déséquilibre rachidien peut provoquer des douleurs lombaires, parfois importantes, même si les radiographies ne mettent pas en évidence de pathologie vertébrale.

c) Ces douleurs nécessitent un certain ménagement et une alternance assez régulière entre les positions assises et les positions debout, si possible avec quelques mouvements et déplacements?

Le patient présentant des douleurs lombaires nécessite un traitement conservateur d'accompagnement. Dans le cadre de leur travail, une alternance entre les positions assises et debout est

nécessaire, accompagnée des mouvements de déverrouillage et quelques pas.

d) Qu'il est difficile de définir de façon précise l'ampleur d'une capacité résiduelle, même dans une activité adaptée, mais que, au vu de votre expérience et des plaintes du patient, vous estimez quant à vous cette capacité résiduelle à 60% environ?

Effectivement, chez Monsieur F._____ on peut penser que la capacité résiduelle est estimée à 60% dans une activité adaptée.

e) Vous serait-il possible enfin de confirmer que selon les consultations régulières que vous avez eues avec M. F._____, il s'est toujours présenté comme un patient dynamique qui vous est apparu sincèrement motivé par une reprise d'activité professionnelle?

Lors de chaque consultation, le patient a présenté une volonté exemplaire de reprendre un travail adapté à son handicap, afin qu'il soit intégré dans la vie socio-professionnelle et pouvoir subvenir tout seul à ses besoins.

Personnellement, je pense que ce type de patient mérite d'être fortement encouragé, soutenu et aidé dans la recherche d'un travail adapté.

Je déplore que l'équipe professionnelle qui l'a encadré n'a pas pris contact avec le corps soignant pour essayer de clarifier différents points qui peuvent produire des malentendus. »

Le 25 octobre 2007, l'assuré a adressé à la CNA un autre courrier du Dr J._____, daté du 24 octobre 2007, dans lequel ce médecin atteste avoir revu l'assuré à sa consultation et indique que ce dernier présente désormais des douleurs plus importantes à la cheville gauche. Par ailleurs, des douleurs au genou gauche et à la colonne lombaire sont apparues, probablement en relation avec une démarche et un déroulement du pas difficile à gauche. Un bilan radiologique du même jour montrait une gonarthrose bicompartimentale (fémoro-patellaire et fémoro-tibiale interne) débutante, associée à une spondylarthrose lombaire pluri-étagée.

Le 9 janvier 2008, le Dr V._____ a examiné l'assuré, qui se plaignait de douleurs à la cheville gauche, aux genoux et au dos. Après avoir procédé à l'examen de la cheville gauche, ce médecin a observé qu'elle restait élargie par une tuméfaction chronique qui remontait jusqu'au tiers moyen de la jambe, sans autres signes réactifs locaux. La mobilisation s'effectuait librement, la mobilité tibio-astragaliennne étant limitée mais dans un secteur utile. La sous-astragaliennne était

passablement enraidie. Si l'amyotrophie du mollet gauche s'était peut-être un peu accentuée, le tannage plantaire était bien marqué et symétrique. Le Dr V. _____ concluait qu'il n'y avait pas d'aggravation de l'arthrose sur les clichés de la cheville gauche du 24 octobre 2007 et que la situation était donc largement superposable aux observations préalables. Par conséquent, rien n'empêchait l'assuré de travailler à plein temps dans une activité adaptée. Quant aux problèmes aux genoux et au dos, le Dr V. _____ estimait qu'ils ne concernaient pas la CNA.

Le 21 avril 2008, l'assuré a fait l'objet d'un examen clinique rhumatologique au Service médical régional de l'AI (SMR), par le Dr L. _____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, qui a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail d'arthrose post traumatique de la cheville gauche, de lombalgies chroniques dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs étagés et de syndrome rotulien bilatéral. Ce médecin a également indiqué une hypertension artérielle à titre de diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail. Il a conclu à une totale incapacité de travail dans l'activité habituelle depuis le 25 février 2003 et à une capacité de travail de 60% dans une activité adaptée dès le mois de mars 2007. Au status, le Dr L. _____ a notamment relevé que, avec ses chaussures adaptées, l'assuré déambulait lentement mais sans boiterie. Sans chaussures, la marche était marquée par un discret raccourcissement du pas à gauche. Il a par ailleurs apprécié le cas comme suit :

« M. F. _____ est un homme en bsh [bonne santé habituelle] qui avait dès son jeune âge oeuvré dans des activités lourdes physiquement et qui travaillait comme charpentier formé sur le tas depuis 1988. Le 25.02.2003, il est victime d'un accident dans le cadre de son travail, responsable d'une fracture du pilon tibial et de la malléole externe G traitée par ostéosynthèse. Objectivement, l'évolution est correcte, avec une bonne consolidation de la fracture mais apparition, au fil du temps, d'une arthrose tibio-astragalienne. Subjectivement, l'évolution est nettement moins favorable, avec persistance de douleurs que l'assuré qualifie d'importantes et de permanentes dans sa cheville G et au niveau de l'avant-pied G et avec apparition, au fil du temps, de douleurs d'intensité croissante, toujours plus incapacitantes du rachis, notamment lombaire et dans une moindre mesure, cervical. L'assuré annonce également des gonalgies antérieures bilatérales.

Le 09.01.2008, l'assuré a été de nouveau évalué par le médecin d'arrondissement de la SUVA. Le Dr V._____ relève une discrète amyotrophie du mollet G ainsi qu'une importante limitation de mobilité de la cheville G au niveau de la tibio-astragalienne et de la sous-astragalienne. Le status relevé par le Dr V._____ est superposable au status qui a pu être fait au SMR Suisse romande le 21.04.2008. Le Dr V._____ signale qu'il n'y a pas d'aggravation de l'arthrose sur les clichés de la cheville G du 24.10.2007. En ce qui concerne la problématique isolée de la cheville G, il n'y a pas de raison de s'écarter des conclusions du Dr V._____.

Il convient toutefois de relever que la séquence des RX à disposition commentées ci-dessus, démontre l'installation d'un net modelé arthrosique au niveau tibio-astragalien et peut-être sous-astragalien au fil du temps. On a donc affaire à une situation péjorative dont le pronostic est globalement mauvais.

Lors de l'examen au SMR Suisse romande qui s'est attaché à tenter de tenir compte de l'ensemble des pathologies présentées par l'assuré, on est en présence d'un assuré en état général correct, collaborant, dont l'examen général est sp [sans particularité], hormis une TAH discrètement au-dessus de ce que l'aurait attendu vu le traitement, mais qui était peut-être en relation avec une certaine anxiété générée par l'examen lui-même ; cette anxiété ressort également de la tachycardie régulière à 100/minute qui a été enregistrée.

L'examen neurologique est normal, sans signe irritatif ou déficitaire, notamment aux MI.

L'examen du rachis met en évidence des troubles modestes de la statique ainsi qu'une certaine limitation de la mobilité dans tous les plans et à tous les niveaux. L'examen des MS est sp ; on peut néanmoins noter la présence de callosités palmaires certes modestes, mais néanmoins nettement présentes qui attestent une certaine activité manuelle régulière.

Les documents radiologiques au niveau du rachis mettent en évidence des troubles statiques modestes, mais surtout des troubles dégénératifs qui se sont sensiblement aggravés au fil des ans. On a donc affaire à une pathologie rachidienne significative. Il faut également relever la présence d'une sclérose hémisphérique du quart inférieur du corps vertébral de L5 qui doit faire penser à une discopathie particulièrement évolutive. Toutes ces constatations conduisent à admettre qu'il existe une fragilité biomécanique lombaire, certes indépendante de l'accident du 25.02.2003, tout à fait significative, qui rend bien compte de l'importance des algies vertébrales annoncées par l'assuré.

En ce qui concerne les genoux, ils sont cliniquement peu altérés, avec uniquement des signes discrets de syndrome rotulien. Les RX à disposition sont également peu éloquentes, avec uniquement un discret effilement des épines tibiales, plus marquées à G qu'à D. Tout au plus peut-on relever sur le cliché du genou G en position debout, un certain amincissement de l'interligne articulaire fémoro-tibial interne ; le diagnostic de "gonarthrose débutante" avancé par

le médecin-traitant (courrier du 24.10.2007 à l'avocat) est abusif en l'état.

En conclusion, en plus d'une atteinte significative au niveau de la cheville G, post traumatique, cet assuré présente une atteinte indéniable au niveau rachidien et, dans une moindre mesure, au niveau des genoux. La pathologie rachidienne, est, radiologiquement parlant, importante pour l'âge et la séquence des clichés radiologiques à disposition permet d'objectiver une sensible aggravation sur quelques années, ce qui permet de suspecter une fragilité biomécanique du rachis lombaire particulièrement importante, par conséquent, une intolérance à l'effort y relative.

Les différentes atteintes à la santé somatique bien documentées déterminent des limitations fonctionnelles usuelles qui vont être énumérées ci-dessous. L'ensemble des problèmes et leur caractère évolutif attesté par des variations radiologiques au fil du temps induit également une diminution de l'exigibilité d'une activité professionnelle même réputée adaptée en termes biomécaniques. Ces considérations conduisent à rejoindre les conclusions du médecin traitant, le Dr J. _____, qui décrétait dans son rapport du 09.07.2007 adressé à l'avocat de l'assuré, que celui-ci présente une capacité résiduelle de travail de 60% dans une activité adaptée.

Les limitations fonctionnelles sont les suivantes :

A) Cheville G : pas de travail se faisant en position debout statique permanente ni de travail imposant des déplacements à pied réguliers même brefs ; évidemment aucun travail imposant des déplacements en terrain irrégulier ou sur des échafaudages/ échelles/escabeaux.

B) Rachis lombaire : nécessité de pouvoir alterner deux fois par heure la position assise et la position debout, pas de soulèvement de charges d'un poids > 5 kg (d'autant moins que les mesures d'ergonomie rachidienne ne sont pas applicables dans le cas d'espèce, vu l'atteinte au niveau des genoux et l'atteinte au niveau de la cheville G), pas de port régulier de charges d'un poids > 7 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc.

C) Genoux : en plus des limitations déjà retenues ci-dessus pour les autres pathologies, pas de travail imposant des genuflexions répétées ni travail qui devrait éventuellement s'effectuer souvent à genoux (de toute façon impossible vu l'important défaut de flexion plantaire de la cheville G).

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins? Depuis le 25.02.2003, date de l'accident.

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors? En ce qui concerne la seule problématique de la cheville G, il est légitime de suivre les conclusions de la SUVA qui a cessé le paiement de ses prestations et indemnités journalières le 31.07.2004, affirmant que l'assuré avait certes droit à une rente d'invalidité pour les séquelles de son accident, mais qu'il était néanmoins apte à travailler dès lors à 100% dans une activité adaptée. La problématique médicale de cet assuré ne se limite toutefois pas à sa seule cheville G, puisque apparaissent progressivement des douleurs toujours plus gênantes au niveau lombaire et dans une moindre mesure cervicale. Certes, au terme de

l'évaluation réalisée par le CIP de [...], l'assuré a été considéré comme apte à travailler à 100% dans une activité adaptée, avec un rendement à 80%. Si l'on tient compte toutefois de l'importance objective de l'atteinte vertébrale, force est d'admettre que, objectivement, biomécaniquement parlant, l'exigibilité d'une activité même rigoureusement adaptée en termes biomécaniques ne dépasse pas 60%, comme l'indique, à notre avis judicieusement, le Dr J. _____, chirurgien orthopédiste traitant.

Concernant la capacité de travail exigible, elle est limitée largement au-delà de ce que retient la SUVA, si l'on tient compte de l'entier des problèmes médicaux, locomoteurs, que présente cet assuré, de nature post-traumatique et dégénérative. En tenant compte de manière dûment pondérée des différents problèmes en présence et de leurs retombées fonctionnelles réciproques, il apparaît justifié et légitime de reconnaître à cet assuré une capacité de travail limitée à 60% même dans une activité adaptée. »

Le 5 novembre 2008, l'assuré a fait parvenir à la CNA un rapport établi le 11 avril 2008 par le Dr C. _____, spécialiste en médecine physique et réhabilitation, après avoir examiné l'assuré pour ses gonalgies, ses lombopygialgies et ses douleurs à la cheville gauche. Ce spécialiste indique notamment ce qui suit, sur la base d'un examen clinique et d'un bilan radiologique :

« Ce patient présente des séquelles d'une fracture complexe de la cheville gauche, laissant effectivement une restriction de mobilité avec en différé des répercussions en chaîne ascendante, remettant en cause l'équilibre de l'axe vertébral. Effectivement, le patient présente des signes de sursollicitation au niveau des genoux, principalement à gauche, mais ceux-ci ne présentent pas d'important remaniement dégénératif, ni composante inflammatoire. La souffrance rentre dans le cadre d'une sursollicitation mécanique en reflet de la recherche compensatoire à pallier au défaut de mobilité de la cheville gauche lors du pas postérieur. Au niveau vertébral, la capacité adaptative lombaire est remise en question en raison de l'existence d'une discopathie dégénérative déjà avérée L5-S1, de dysbalances musculaires principalement des secteurs sous pelviens antérieurs, une certaine restriction de mobilité des hanches en rapport avec une dysharmonie tête-cotyle et finalement perte de l'élasticité tissulaire lombaire attribuée à un début de maladie de forestier.

Autrement dit, ce patient présente certes des séquelles de son accident mais également y interfère une souffrance de l'axe vertébral qui explique très clairement l'impossibilité d'assumer une activité professionnelle sur les chantiers. Cette combinaison de facteurs justifie un handicap plus important que l'atteinte reconnue par la Suva lui donnant dès lors l'autorisation à une réinsertion professionnelle. Dans une activité adaptée légère sans déplacement

important, il pourrait effectivement bénéficier d'une exigibilité professionnelle.

L'équilibre actuel est suffisamment satisfaisant pour ne pas envisager d'emblée d'autres gestes complémentaires antalgiques. »

Dans une attestation du 5 juillet 2008, le Dr C._____ a évalué à 60% la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée.

Le 18 novembre 2008, le Dr V._____ a maintenu que les lombalgies et les gonalgies dont souffre l'assuré ne concernent pas la CNA, vu leur origine dégénérative. Par ailleurs, l'hypothèse selon laquelle une démarche perturbée pourrait les aggraver, comme l'affirme le Dr C._____, n'est pas conforme à la doctrine médicale selon laquelle une petite boiterie antalgique n'est pas susceptible d'avoir des effets néfastes sur la colonne vertébrale. De plus, il a souligné que, lors de son examen du 9 janvier 2008, l'assuré marchait sans boiterie, ce que le Dr L._____ avait également pu observer le 11 avril 2008.

Par décision du 20 novembre 2008, la CNA a retenu que la situation médicale de l'assuré était largement superposable à celle prévalant en 2004, lors de la dernière décision entrée en force, les troubles aux genoux et au dos ne se trouvant pas en relation de causalité pour le moins probable avec l'accident de 2003. Elle a donc maintenu le taux de la rente de l'assuré à 21%.

Le 5 janvier 2009, l'assuré a formé opposition contre cette décision. Il s'est référé à l'avis des Drs J._____ et C._____, qui tiennent pour hautement vraisemblable que la boiterie qu'il présente ait pu avoir des répercussions sur d'autres articulations ou sur la colonne vertébrale. Il a joint à son opposition une attestation du 15 décembre 2008 de son médecin traitant, le Dr K._____, qui affirme que l'assuré n'a jamais présenté de problèmes de lombalgies ni de gonalgies avant le mois de juillet 2006.

Par décision sur opposition du 31 mars 2009, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré et a confirmé sa décision. Se référant à l'avis des Drs V._____ et L._____, elle a retenu que les problèmes de genoux et de dos que connaît l'assuré ne se trouvent pas en lien de causalité avec l'accident assuré, et a rappelé que l'hypothèse selon laquelle une démarche perturbée pourrait aggraver les lésions dégénératives n'est pas conforme à la doctrine médicale selon laquelle une petite boiterie antalgique, qui par ailleurs n'a jamais été observée par le Dr V._____, n'est pas susceptible d'avoir des effets néfastes sur la colonne vertébrale.

C. Par acte du 15 mai 2009, F._____, par l'intermédiaire de son conseil, Me Olivier Carré, avocat à Lausanne, a interjeté recours contre la décision sur opposition du 31 mars 2009, concluant à sa réforme, dans le sens de l'octroi d'une rente d'invalidité d'un taux supérieur à 21%, et subsidiairement à son annulation, le dossier étant renvoyé à la CNA pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Se référant à l'avis des Drs J._____, C._____ et K._____, le recourant allègue en substance que son état de santé s'est péjoré depuis la dernière décision entrée en force, car il souffre désormais également du dos et des genoux, affections qui se trouvent en lien de causalité avec l'accident de 2003.

Par décision du 23 juillet 2009, le Bureau de l'assistance judiciaire a mis le recourant au bénéfice de l'assistance judiciaire, avec effet au 24 avril 2009, comprenant notamment l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Carré.

Par réponse du 13 août 2009, l'intimée a conclu au rejet du recours. Se prévalant quant à elle de l'avis des Drs V._____ et L._____, elle affirme qu'aucune appréciation médicale au dossier ne permet de retenir l'origine accidentelle des troubles au dos et aux genoux apparus chez l'assuré postérieurement à la décision du 12 août 2004.

A l'appui de sa réplique du 8 février 2010, dans laquelle il maintient ses conclusions, le recourant a produit un rapport établi le 27

janvier 2010 par le Dr T._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, à savoir une étude de la relation de causalité naturelle entre l'accident de 2003 et les plaintes alléguées par le recourant au niveau des membres inférieurs et de l'axe rachidien. Cette étude se base sur l'anamnèse, les documents d'imagerie de l'assuré, une imagerie complémentaire, les rapports médicaux et une analyse biomécanique. Il contient les considérations suivantes :

« ETUDE DE LA RELATION DE CAUSALITE NATURELLE

La force vulnérante

Il est admis par tous les traumatologues que la fracture du pilon tibial relève d'un mécanisme à haute énergie. Il faut en effet une force d'intensité particulièrement élevée afin de pouvoir rompre un os qui supporte, dans des conditions normales de la simple marche 70% du poids du corps.

Ceci est bien le cas pour l'assuré et confirmé par l'association de surcroît à une luxation, dont la réduction en milieu hautement spécialisé universitaire a nécessité la mise en place d'une traction de membre. De plus l'apparition rapide d'une arthrose en zone fracturaire, à la fois tibiale et astragalienne, le confirme, si besoin était, de façon indirecte.

La ligne d'application de la force

L'examen radiographique des fragments osseux nous renseigne de façon objective sur l'axe d'application de la force sur le membre inférieur gauche. Le fragment principal est de forme spiroïdale, partant de l'union du tiers moyen - tiers externe du bas du pilon tibial vers le haut et l'arrière. De plus, la fracture du péroné est haute, l'angulation de l'astragale se fait vers le dehors et la rupture du ligament latéral interne est totale. La difficulté de réduction signe enfin la rupture inférieure de la membrane interosseuse.

Ces éléments indiquent que la ligne d'application de force est donc oblique de bas en haut et de dedans en dehors.

Les conséquences mécaniques d'amont

Les conséquences mécaniques au niveau du genou :

La ligne d'application de la force étant oblique et les ligaments du genou étant intacts à l'examen clinique, la force vulnérante agit principalement au niveau du compartiment interne du genou, dans sa composante cartilagineuse, l'os ayant résisté (absence de fracture).

Les conséquences mécaniques au niveau du bassin :

L'assuré n'a jamais émis de plaintes au niveau du bassin. L'examen clinique du bassin est normal. L'examen radiographique des articulations sacro-iliaques ne montre pas d'anomalie. Il est donc à conclure, que ces structures, particulièrement solides, ont résisté à la force vulnérante.

Les conséquences mécaniques au niveau du rachis lombaire inférieur :

La force vulnérante, oblique en elle-même, s'applique sur un rachis lombaire qui présente un défaut d'alignement d'axe. En effet, le rachis lombaire est en scoliose. Ceci signifie qu'il présente une rotation sur lui-même, avec une inclinaison convexe vers la droite (scoliose lombaire dextroconvexe). Ceci signifie qu'une force vulnérante d'intensité élevée s'applique de façon oblique sur un rachis fragilisé par une attitude anormale.

Si l'examen radiographique nous montre que les structures osseuses principales (corps et vertèbres) ont bien résisté car n'ayant pas subi de fracture, cela nous indique que la force vulnérante s'est concentrée sur les facettes articulaires et sur les disques intervertébraux.

Ceci est corroboré par la présence de la lésion discale principale au niveau de l'étage situé entre la dernière vertèbre lombaire et la première vertèbre sacrée, lieu de répartition principal des charges entre les deux membres inférieurs. De même la progression de l'arthrose interfaccettaire postérieure, touchant de façon élective les dernières vertèbres lombaires est à relier à cette force.

Conclusions

1. La force vulnérante due au traumatisme est de haute énergie.
2. La force vulnérante s'applique de façon oblique, de bas en haut, lésant successivement :
 - La cheville avec lésions du cartilage entraînant l'arthrose constatée lors du dernier examen radiographique.
 - Le genou surtout dans son compartiment interne, avec lésions du cartilage, entraînant l'arthrose constatée lors du dernier examen radiographique.
 - Le rachis lombaire, avec une dissipation de la force sur les disques intervertébraux et les facettes articulaires entraînant les lésions du cartilage des facettes articulaires de type arthrosique et les lésions discales constatées lors du dernier examen radiographique.
3. Les lésions constatées :
 - A la cheville : ont une causalité naturelle évidente avec le traumatisme.
 - Au genou et au rachis : ont une causalité établie par l'analyse biomécanique avec une vraisemblance prépondérante. »

Le 15 avril 2010, le recourant a produit un rapport radiologique du 26 mai 2009, sur lequel s'est notamment basé le rapport du Dr T._____, qui conclut, concernant la colonne lombaire, à des rétrolisthésis dégénératifs étagés de L2 sur L3, de L3 sur L4, de L4 sur L5 et de L5 sur

S1 sans signe d'instabilité sur les clichés fonctionnels de profil, à des discopathies lombaires modérées et étagées prédominant en L5-S1 et à une arthrose interfacettaire postérieure bilatérale étagée ; concernant les genoux à une gonarthrose bilatérale modérée et concernant la cheville gauche à une arthrose tibio-astragaliennne gauche et à des signes de surcharge mécanique des articulations sous-taliennes. Il a également produit un rapport complémentaire établi par le Dr T._____ le 14 mars 2010, qui émet diverses critiques quant à l'analyse des troubles faite par les différents médecins ayant examiné le recourant. Il conteste ainsi le diagnostic de "fracture de type Weber B de la cheville gauche" retenu dans plusieurs documents, qui ne concerne à son avis que les fractures de la malléole externe, à l'exclusion des autres fractures de la cheville, telle celle du pilon tibial, dont les conséquences à long terme sont beaucoup plus graves, et des lésions graves de l'astragale. Le Dr T._____ constate également que les examens radiographiques pratiqués ne l'ont jamais été "en charge", ce qui a pour effet de sous-évaluer les lésions chroniques de la cheville. Il affirme qu'il n'existe pas de critères objectifs permettant de faire la part entre des lésions purement dégénératives et des lésions consécutives à un traumatisme. Enfin, il conteste la notion de "fragilité biomécanique" retenue par le Dr L._____, affirmant que la notion de maladie de forestier ne peut pas être retenue en l'espèce, du fait de l'absence des critères radiologiques vertébraux de cette maladie, et déclare qu'il n'y a pas eu résection du tibia distal et de la malléole externe gauche.

A l'appui de sa duplique du 26 mai 2010, dans laquelle elle maintient sa position, l'intimée a produit un rapport rédigé le 7 mai 2010 par le Dr W._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, qui affirme quant à lui, au terme d'une analyse détaillée de l'anamnèse, des documents d'imagerie médicale et de l'expertise du Dr T._____, en s'appuyant sur des considérations médicales de caractère général sur la boiterie tirées de la littérature médicale, que les troubles aux genoux et à la colonne lombaire que présente le recourant ne sont pas une conséquence indirecte de l'accident de février 2003, qui a conduit à une fracture du pilon tibial et de la malléole externe dans le cadre d'une

luxation de cheville. Selon le Dr W._____, à supposer que l'atteinte à la cheville ait induit un trouble de la marche, ce qui est par ailleurs démenti par plusieurs médecins ayant examiné le recourant, soit les Drs Z._____, V._____ et L._____, cette boiterie ne saurait être impliquée dans l'étiologie des troubles aux genoux et à la colonne lombaire. Par ailleurs, le Dr W._____ analyse comme suit le rapport établi par le Dr T._____ :

« En première partie de son expertise, le Dr T._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et spécialiste de la colonne vertébrale à [...], a fait une analyse pertinente des clichés de l'imagerie médicale pratiquée au niveau de la cheville gauche du patient. Il a mis en exergue que la lésion initiale avait été celle d'une fracture du pilon tibial associée à une fracture de la malléole externe qui avaient été induites par une luxation. Ces atteintes avaient un haut potentiel arthrogène, ce qui s'était vérifié par la suite. Il a souligné que le diagnostic de fracture type Weber C de la malléole externe parfois rapporté au dossier était incomplet, ne prenant pas en compte la globalité de l'atteinte traumatique, la fracture du pilon tibial en particulier, ce qui est exact.

Le Dr T._____ a alors développé une nouvelle hypothèse à l'origine des lombalgies et de la gonalgie gauche du patient. Il s'est intéressé en particulier aux facteurs biomécaniques impliqués dans l'accident du 25 février 2003. Il a retenu qu'au vu de la lésion sévère subie par le patient, survenue dans un contexte de traumatisme à haute énergie, on devait admettre que les dégâts ne s'étaient pas limités à cette articulation, mais que les forces vulnérantes s'étaient propagées le long du membre inférieur gauche, touchant d'abord le genou pour atteindre le rachis lombaire. Au genou, le vecteur de force était passé par le compartiment fémoro-tibial interne, alors qu'au rachis, les éléments lésés avaient été les disques intervertébraux et les articulations vertébrales postérieures, alors que l'os, de bonne qualité, avait résisté, raison pour laquelle il n'y avait pas eu de fracture.

Différents éléments permettent de réfuter cette théorie.

L'anamnèse tout d'abord : les douleurs lombaires, tout comme les gonalgies, n'ont été rapportées que 4 ans environ après l'accident. Cette donnée à elle seule est incompatible avec une histoire de traumatisme articulaire ou du rachis à haute énergie, en quel cas les douleurs sont immédiates (à condition que le patient n'ait pas perdu connaissance et ne puisse de ce fait les relater). Elles peuvent parfois se manifester après coup si le patient a été alité, mais elles sont alors présentes à la mobilisation. M. F._____ a lui-même rapporté au Dr L._____ que ses douleurs, tant de genoux que du dos, s'étaient développées insidieusement au fil du temps, en précisant en outre qu'il en avait déjà souffert sporadiquement avant son accident.

Les gonalgies ont eu une localisation variable, puisque le 9.7.2007, le Dr J._____ imputait les troubles du genou droit à la décharge du membre inférieur gauche. Il est vrai que par la suite, il a indiqué que

les douleurs intéressaient le genou gauche sans que pour autant il n'ait alors corrigé son hypothèse étio-pathogénique. Le Dr L. _____ lui a parlé d'un syndrome fémoro-rotulien bilatéral, à juste titre semble-t-il, puisque à l'anamnèse, M. F. _____ déclarait souffrir de gonalgies à la station assise prolongée et également à la descente, ce qui suggère une participation de l'articulation fémoro-patellaire à ces troubles.

Débutante et bilatérale, la gonarthrose est chez M. F. _____ d'expression équivalente au plan radiologique comme le montrent les clichés du 25.5.2009. Pour admettre une péjoration imputable à l'accident du 25.2.2003, il faudrait au moins vérifier qu'elle soit clairement plus évoluée du côté droit (si l'on adhère à l'hypothèse d'une surcharge du membre opposé à la lésion de cheville) ou du côté gauche, si l'on suit le raisonnement du Dr T. _____. Or tel n'est pas le cas, comme on peut s'en convaincre en étudiant ces images sur lesquelles la symétrie de l'atteinte dégénérative est patente.

Hormis au niveau du segment L5/S1, où la discopathie est sévère, on observe sur les clichés de radiologie standard du rachis lombaire des discopathies étagées qui s'expriment par un pincement relatif des espaces intervertébraux et par une ostéophytose. Le Dr T. _____ n'a pas précisé lequel (ou lesquels) de ces disques (ou des articulations inter-apophysaires) avait été lésé lors de l'accident du 25.2.2003. De plus, s'il existe une attitude scoliotique fort discrète du rachis lombaire, elle ne résulte pas de l'arthrose post-traumatique de la cheville gauche, car si l'usure du cartilage qui lui est associée est présente, elle induit un pincement de l'interligne de quelques millimètres seulement qui n'a pas de retentissement sur l'équilibre du bassin.

Il existe un consensus sur le fait qu'en cas de traumatisme sévère du rachis, la vertèbre, plus fragile que le disque, est la première à céder, comme le rappelle Morscher. Si l'atteinte vulnérante est suffisamment grave, une lésion discale associée à la fracture peut être observée. Elle peut également résulter d'une luxation lombosacrée p.ex. En revanche, l'atteinte traumatique discale isolée est exceptionnelle. Dans un collectif de 1771 patients opérés d'hernie discale, Terhaag et Frowein, neurochirurgiens, n'ont retenu une étiologie traumatique que dans 0,2% des cas. Prestar, neurochirurgien comme les deux auteurs précédents, rappelle que la lombalgie qui est associée à cette "rupture traumatique" du disque est extrêmement invalidante, nécessitant généralement l'hospitalisation du patient. Ni Adams, ni Farfan, ni Gordon et al. n'ont été en appliquant un impact isolé en mesure de générer expérimentalement une hernie discale "traumatique".

En **synthèse**, on ne peut souscrire à l'hypothèse selon laquelle les troubles du patient intéressant les genoux et la colonne lombaire soient une conséquence indirecte de l'accident dont il a été victime le 25.2.2003 et qui s'était soldé par une grave lésion de la cheville. Même s'il faut admettre que cette atteinte de la cheville ait induit un trouble de la marche, celui-ci ne peut être impliqué comme facteur étiologique. La notion du Dr T. _____ selon laquelle le patient [a] lors aurait subi une atteinte traumatique tant du genou gauche que du rachis lombaire défaille déjà si l'on se fonde sur la seule

anamnèse du patient rapportée au dossier, dans la mesure où aucun trouble de ces deux régions n'a été rapporté durant les premières années suivant le traumatisme. De plus, n'existent pas d'éléments objectifs, radiologiques en particulier, susceptibles de corroborer cette hypothèse. »

A l'appui de ses déterminations complémentaires du 16 août 2010, le recourant a produit un projet d'acceptation de rente AI du 4 août 2010, qui lui octroie une rente entière d'invalidité du 1^{er} février 2004 au 31 août 2004, puis du 1^{er} juin 2005 au 31 décembre 2005, et une demi-rente dès le 1^{er} mars 2008 (la capacité de travail reconnue étant alors de 60% dans une activité adaptée, selon le rapport du Dr L._____). Il a également produit un rapport complémentaire du Dr T._____ daté du 25 juin 2010, qui réfute l'analyse effectuée par le Dr W._____. Concernant l'atteinte symétrique sur les deux genoux qui apparaît sur les radiographies, le Dr T._____ affirme qu'il est unanimement admis que la corrélation entre les lésions constatées sur une radiographie et les plaintes émises par un patient n'est pas, et de loin, systématique. Reprenant son analyse biomécanique, il maintient que le traumatisme a lésé initialement avec une grande énergie la cheville, avant de se propager avec une force partiellement diminuée au niveau du genou et du rachis lombaire, ce qui a entraîné des lésions du cartilage du genou et des articulations du rachis et des disques intervertébraux lombaires, dont les conséquences et les signes cliniques sont apparus secondairement. Enfin, il affirme que le Dr W._____ se base sur une littérature médicale trop ancienne concernant la boiterie et ses répercussions sur l'organisme, avant de conclure que ce dernier ne fait finalement état d'aucun facteur susceptible de remettre en cause sa propre analyse biomécanique.

Le 8 octobre 2010, la production du dossier AI a été ordonnée par le juge instructeur.

Dans leurs déterminations postérieures (22 novembre et 14 décembre 2010 pour l'intimée et 22 novembre 2010 pour le recourant), les parties ont en substance confirmé leur position.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 LPGA). 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).

La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

b) Interjeté en temps utile, compte tenu des fêtes de Pâques (art. 38 al. 4 let. a LPGA), auprès du tribunal compétent et satisfaisant aux autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit de F. _____ à la révision de la rente d'invalidité de 21% qui lui a été octroyée pour ses problèmes à la cheville gauche par décision de la CNA du 12 août 2004. Le recourant soutient que son état de santé s'est aggravé, car il souffre désormais également du dos et des genoux, troubles dont l'intimée refuse de prendre en charge les conséquences.

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, sauf disposition contraire de la loi, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Selon l'art. 4 LPGA, est réputée accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort. La notion d'accident se décompose ainsi en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés ; il suffit en effet que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'atteinte dommageable ne puisse pas être qualifiée d'accident et qu'elle doive être, le cas échéant, qualifiée de maladie (ATF 129 V 402, consid. 2.1 ; 122 V 230, consid. 1). L'une de ces conditions, notamment, suppose qu'il existe, entre l'événement dommageable et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle et adéquate (ATF 129 V 402, consid. 4.4.1).

L'existence d'un lien de causalité naturelle est admise lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il suffit que, associé à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de cette atteinte. Il s'agit là d'une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 129 V 177, consid. 3.1 ; 402, consid. 4.3). Le seul fait que des symptômes douloureux ne se soient manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (ATF 119 V 335, consid. 2b/bb). Il convient en principe au contraire d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. En cas d'état maladif antérieur, si l'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 ; cf. Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Band XIV, Soziale Sicherheit, 2^{ème} édition 2007, n. 80 p. 865).

b) En vertu de l'art. 18 al. 1 LAA, 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. Selon l'art. 8 al. 1 LPGa, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Pour l'évaluation du taux d'invalidité, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé à celui que l'assuré, devenu invalide par suite d'un accident, pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de traitements et de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail (art. 16 LPGa auquel renvoie implicitement l'art. 18 al. 2 LAA ; TF 8C_499/2009 du 16 octobre 2009, consid. 2.1 ; Frésard/Moser-Szeless précité, n. 165 p. 898).

c) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGa, lorsque le taux d'invalidité du bénéficiaire du droit à la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. L'art. 22 LAA précise toutefois, pour l'assurance-accidents, qu'en dérogation à l'art. 17 al. 1 LPGa, la rente ne peut plus être révisée après le mois durant lequel les hommes ont eu leur 65^{ème} anniversaire et les femmes leur 62^{ème} anniversaire.

Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 al. 1 LPGa ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545,

consid. 6.1 ; 130 V 343, consid. 3.5 ; 113 V 273, consid. 1a ; voir également ATF 112 V 371, consid. 2b et 387, consid. 1b ; TF 9C_765/2009 du 29 mars 2010, consid. 2.2 ; TF U 531/06 du 23 février 2007, consid. 2.2). Le point de savoir si un changement important s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108, consid. 5 ; 130 V 343, consid. 3.5.2 ; 125 V 368, consid. 2 et la référence citée).

4. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être limité par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Il doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de statuer sur les prétentions litigieuses (ATF 125 V 351, consid. 3a).

Pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il importe que les points litigieux 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 par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient dûment motivées (ATF 125 V 351, consid. 3a précité). Le juge peut accorder valeur probante aux rapports des médecins des assureurs 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). Quant aux constatations émanant de médecins consultés par l'assuré, elles doivent être admises avec réserve ; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confident

privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants peuvent avoir tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles d'un médecin traitant (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc et les références ; VSI 2001, p. 106 consid. 3b/bb et cc ; Frésard/Moser-Szeless précité, n. 688c, p. 1025). 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).

5. a) Par décision du 12 août 2004, entrée en force, la CNA a mis le recourant au bénéfice d'une rente d'invalidité basée sur un degré d'invalidité de 21% depuis le mois d'août 2004. Cette décision retenait que, du fait des conséquences de l'atteinte accidentelle à la cheville gauche, la capacité de travail de l'assuré était nulle dans son ancienne activité de charpentier, mais entière dans une activité légère adaptée, soit une activité permettant l'alternance des positions et ne nécessitant pas de grandes déambulations. Cette décision s'appuyait sur le rapport du Dr V. _____ du 26 mai 2004, qui posait le diagnostic de fracture-luxation de la cheville gauche de type Weber C et qui indiquait notamment que l'assuré se plaignait toujours d'importantes douleurs à la cheville, la marche s'effectuant toutefois sans boiterie.

b) Le recourant affirme que son état de santé s'est aggravé après l'entrée en force de la décision du 12 août 2004, et qu'il souffre désormais également du dos et des genoux, douleurs qui seraient également dues aux conséquences de son accident de février 2003. Il demande ainsi qu'il soit procédé à la révision, selon l'art. 17 al. 1 LPGA, de sa rente d'invalidité, qui doit être augmentée. A l'appui de ses conclusions, il se réfère aux rapports médicaux établis par plusieurs médecins l'ayant examiné, soit les Drs J. _____, C. _____, K. _____ et T. _____, qui attestent que le recourant, qui boite, présente des atteintes aux genoux et au rachis lombaire en lien de causalité avec l'accident assuré, et qu'il dispose d'une capacité de travail de 50 à 60% dans une activité adaptée.

L'intimée quant à elle, qui s'appuie sur le rapport d'autres médecins, soit les Drs V._____, L._____, et W._____, estime que les conséquences des troubles au dos et aux genoux ne doivent pas être prises en charge par l'assurance-accidents, dans la mesure où le lien de causalité naturelle entre ces affections et l'accident de février 2003 fait défaut. L'intimée retient également l'absence de boiterie chez son assuré, subsidiairement l'absence d'impact d'une éventuelle boiterie sur les troubles susmentionnés, dont l'origine est dégénérative.

c) Le Dr K._____, médecin traitant, est le premier, en mai 2007, à avoir posé les diagnostics de gonalgies du genou droit existantes depuis juillet 2006 et de lombalgies existantes depuis octobre 2006. Il mentionne par ailleurs que son patient marche en boitant légèrement. Tenant compte de ces affections, ainsi que de l'atteinte à la cheville, qu'il qualifie de fracture de type Weber C, il atteste une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, avec des limitations fonctionnelles (possible alternance des positions et port de charges de 15 kg maximum). Dans une attestation datée du 15 décembre 2008, ce médecin a confirmé que son patient n'avait jamais présenté de lombalgies ni de gonalgies avant juillet 2006. Ces documents ont toutefois été établis à l'intention de l'OAI, raison pour laquelle, sans doute, le Dr K._____ n'y analyse pas l'éventualité d'un lien de causalité entre les affections qu'il décrit et l'accident de 2003.

En juillet et octobre 2007, le Dr J._____ observe également que l'assuré marche difficilement, du fait de ses douleurs à la cheville, en chargeant le plus souvent sur le membre collatéral, ce qui provoque un déséquilibre du rachis. Il confirme la présence de douleurs lombaires et de gonalgies gauches, qui sont probablement en relation avec le trouble de la démarche de son patient. La capacité de travail est estimée à 60% environ dans une activité adaptée. Cet avis du médecin traitant, qui se limite à estimer probable, sans aucune motivation, le lien de causalité entre l'accident assuré et les gonalgies et lombalgies, est trop imprécis pour détenir valeur probante.

En avril 2008, le recourant a été examiné par le Dr C._____, qui confirme la présence d'une boiterie en indiquant que l'assuré présente des signes de sursollicitation au niveau des genoux, principalement à gauche, due à la compensation du défaut de mobilité de la cheville gauche. En ce qui concerne le lien de causalité avec l'accident de 2003, ce médecin indique également la présence, au niveau vertébral, de plusieurs affections dégénératives préexistantes qui compromettraient la capacité adaptative lombaire et qui expliqueraient, du moins en partie, les douleurs ressenties par l'assuré, dont il estime par ailleurs également la capacité de travail à 60%.

Le Dr V._____, médecin-conseil de la CNA, a examiné le recourant à plusieurs reprises de 2006 à 2008. Ce médecin n'a toutefois jamais investigué la question du lien de causalité entre l'accident assuré et les troubles au dos et aux genoux, se bornant à affirmer, sans aucune motivation, qu'ils ne sont pas du ressort de l'assureur-accident, à cause de leur origine dégénérative. Le Dr V._____ estime par ailleurs que l'état de la cheville gauche reste inchangé depuis 2004. Enfin, même s'il indique n'avoir observé aucune boiterie, il affirme que l'hypothèse du Dr C._____, selon laquelle une démarche perturbée pourrait aggraver d'éventuelles lésions dégénératives préexistantes n'est pas conforme à la doctrine médicale selon laquelle une petite boiterie antalgique n'est pas susceptible d'avoir des effets néfastes sur la colonne vertébrale.

Le 21 avril 2008, le Dr L._____ a examiné l'assuré pour le compte de l'OAI, concluant à une capacité de travail de 60% dans une activité adaptée, du fait des problèmes à la cheville gauche, des lombalgies et des gonalgies bilatérales. Il n'a relevé la présence que d'une légère boiterie pieds nus et a indiqué, rejoignant ainsi l'avis du Dr C._____, que les documents radiologiques mettent en évidence des troubles dégénératifs qui se sont sensiblement aggravés au cours du temps au niveau du rachis, mentionnant qu'il existe une fragilité biomécanique lombaire indépendante de l'accident. La question du lien de causalité entre les affections décrites et l'accident de 2003 n'a toutefois pas fait l'objet d'une investigation approfondie par ce médecin, qui ne

motive pas ses conclusions à ce sujet, du fait de leur non pertinence dans le cadre d'une procédure concernant l'assurance-invalidité.

En cours de procédure, le recourant a produit un rapport établi par le Dr T._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui analyse de manière extensive le mécanisme accidentel et la relation de causalité naturelle entre celui-ci et les différents troubles présentés par l'assuré. Au terme d'une analyse basée sur l'anamnèse de l'assuré découlant des rapports médicaux au dossier, et sur plusieurs documents d'imagerie médicale, dont certains récents, le Dr T._____ a notamment conclu, de façon motivée, que les lésions constatées au genou et au rachis ont un lien de causalité établi par l'analyse biomécanique avec une vraisemblance prépondérante, même s'il n'examine pas les raisons pour lesquelles le genou et le rachis sont restés asymptomatiques durant plusieurs années suite à l'accident.

L'intimée a pour sa part produit un rapport du Dr W._____, également spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui affirme quant à lui, au terme d'une analyse tout aussi détaillée et approfondie du cas, que les troubles aux genoux et au dos ne sont pas consécutifs à l'accident assuré. S'appuyant sur une littérature médicale abondante, il réfute l'avis du Dr T._____, au motif notamment que ces douleurs ont débuté de façon tardive, ce qui serait incompatible avec une histoire de traumatisme articulaire ou du rachis à haute énergie, en quel cas les douleurs sont immédiates. De plus, la gonarthrose devrait, pour être imputable à l'accident, être clairement plus évoluée du côté droit, au vu de la boiterie - le Dr W._____ relève toutefois qu'aucun trouble de la marche n'a été observé par le Dr V._____ ni par le Dr L._____. Or les clichés montrent une symétrie de l'atteinte dégénérative. Par la suite, le rapport du Dr W._____ a été examiné par le Dr T._____, qui a réfuté à son tour l'analyse de son confrère, au motif notamment qu'elle se base sur une littérature médicale trop ancienne et qu'il est unanimement admis par la doctrine médicale que la corrélation entre les lésions constatées sur une radiographie et les plaintes émises par un patient n'est pas systématique.

Il résulte de ce qui précède qu'il est impossible à la Cour de céans, en l'état du dossier, de déterminer au stade de la vraisemblance prépondérante si l'état de santé du recourant s'est aggravé, depuis la dernière décision entrée en force de la CNA, du fait d'atteintes à sa santé qui seraient imputables à son accident de 2003 ou qui, bien que d'origine dégénérative, auraient été aggravées par cet accident. En effet, les avis contradictoires des Drs T. _____ et W. _____, qui analysent tous deux la problématique du lien de causalité, apparaissent l'un et l'autre détaillés et motivés, sans que la Cour de céans ne puisse déterminer lequel prévaut. L'avis du Dr W. _____ est par ailleurs appuyé par celui du Dr V. _____, qui n'a jamais observé aucune boiterie, et celui du Dr L. _____, qui n'a observé qu'une très légère boiterie pieds nus. Ces deux médecins estiment en effet également, bien que de façon insuffisamment motivée, que les gonalgies et lombalgies dont souffre le recourant ne sont pas en lien de causalité avec son accident, mais d'origine purement dégénérative. Quant à l'avis du Dr T. _____, il paraît certes partagé, dans une certaine mesure du moins, par les Drs J. _____, K. _____ et C. _____ - qui ont pu quant à eux observer une boiterie chez le recourant - en ce qui concerne l'existence d'un tel lien de causalité, mais pour des raisons différentes. En effet, le Dr C. _____ estime que la boiterie aurait plutôt aggravé des lésions dégénératives préexistantes, alors que le Dr T. _____ soutient que les lésions au genou et au rachis sont directement dues à l'impact généré par l'accident, bien que les signes cliniques, pour des raisons peu claires, soient apparus secondairement. Les Drs J. _____ et K. _____ nuancent pour leur part leurs propos : le premier estime que le lien de causalité litigieux est "probable" et provient du trouble de la démarche, et le deuxième se borne à constater que les nouvelles affections sont apparues postérieurement à l'accident, durant l'été 2006. En définitive, on ignore si le recourant souffrait de lésions dégénératives préexistantes à l'accident de 2003, et cas échéant si - et dans quelle mesure - ces lésions ont été aggravées par l'accident de 2003.

6. a) Selon l'art. 43 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit (al. 1). L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (al. 2). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés. Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007, consid. 3.2).

Selon la jurisprudence, le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (ATF 122 V 157, consid. 1d). Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008, consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170, consid. 2).

b) En l'espèce, force est de constater que la CNA a procédé à une instruction insuffisante du cas du recourant, dans la mesure où elle n'a disposé, pour établir la décision litigieuse, que d'avis médicaux imprécis et contradictoires, et en particulier d'aucun rapport établi par un spécialiste ayant dûment investigué les plaintes nouvellement émises par

l'assuré et leur lien de causalité avec l'accident assuré. En cours de procédure, les parties ont produit des rapports médicaux circonstanciés mais contradictoires. Il se justifie dès lors de renvoyer le dossier à la CNA, afin qu'elle fasse procéder à une expertise du recourant au sens de l'art. 44 LPGA.

7. a) Il résulte de ce qui précède que le recours doit être admis, la décision sur opposition du 31 mars 2009 annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire sous forme d'une expertise et nouvelle décision.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA). Le recourant, qui obtient gain de cause à l'aide d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD), qu'il convient de fixer équitablement à 2'500 francs.

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision sur opposition rendue le 31 mars 2009 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.
- III.** L'intimée versera à F. _____ la somme de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.
- IV.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Olivier Carré, avocat (pour F. _____),
- Me Didier Elsig, avocat (pour la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents),
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :