

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 27 juillet 2012

Présidence de M. JOMINI
Juges : MM. Gutmann et Pittet, assesseurs
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

D. _____, à Vevey, recourant,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à
Lucerne, intimée.

Art. 18 al. 1 LAA et 11 OLAA

E n f a i t :

A. D. _____ (l'assuré), né en 1968, travaillait en qualité de déménageur/nettoyeur pour le compte de l'entreprise K. _____, à T. _____, et à ce titre, était assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: la CNA ou la caisse) contre les accidents professionnels et non professionnels lorsque le 21 juin 2005, dans le cadre de son travail, il a été victime d'une chute de plusieurs mètres. La CNA a pris en charge les suites de cet accident.

Par décision du 28 novembre 2008, confirmée sur opposition le 9 avril 2009, la CNA a alloué à l'assuré pour les séquelles accidentelles une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5%, correspondant à la somme de 5'340 fr., mis fin au paiement des soins médicaux, arrêté le versement de l'indemnité journalière au 28 février 2009 et, finalement, refusé l'allocation d'une rente d'invalidité, motif pris que les séquelles de l'accident ne réduisaient pas la capacité de gain de l'intéressé de manière importante.

Par acte du 19 mai 2009, D. _____, alors représenté par un avocat, a déféré la décision sur opposition rendue par la CNA le 9 avril 2009, devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud, laquelle, par arrêt du 6 juin 2011 (cause AA 70/09), l'a débouté de ses conclusions. Elle a considéré, en particulier sur la base de l'examen médical final du médecin d'arrondissement de la CNA, le Dr Q. _____ (rapport du 8 septembre 2008), que le recourant présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, ce malgré les séquelles qui subsistaient et qui n'étaient d'ailleurs niées ni par la caisse, ni par les médecins. Cet arrêt mentionnait en outre que l'intéressé devait subir une nouvelle intervention chirurgicale au mois de novembre 2009 (p. 5 de l'arrêt cité). Cette opération a eu lieu le 27 novembre 2009 et la CNA l'a prise en charge, au titre d'une rechute.

B. Se ralliant à l'avis de son service médical, la CNA a organisé l'hospitalisation du recourant à la Clinique M. _____ en vue d'un bilan global. Ce séjour a eu lieu du 27 octobre 2010 au 1^{er} décembre 2010. Différents examens ont été effectués à cette occasion (électroneuromyographie du 15 novembre 2010, scintigraphie osseuse triphasique du 8 novembre 2010, CT-scan de la cheville gauche du 19 novembre 2010 et radiographie du fémur gauche du 19 novembre 2010). Etaient en outre joints au rapport de synthèse du 4 février 2011 un rapport de physiothérapie ainsi qu'une évaluation des capacités fonctionnelles du 1^{er} décembre 2010. Sous le titre «diagnostic principal», il a été indiqué: «thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs de la cheville gauche». Les Drs A. _____, médecin-chef et spécialiste en médecine physique et réhabilitation, et O. _____, médecin-assistant, ont conclu le rapport de synthèse en ces termes:

"Au bilan, il est constaté une arthrose entre le cunéiforme moyen et le deuxième métatarsien ainsi qu'en regard du versant externe de l'articulation du cunéiforme externe de la base du premier métatarsien et en regard du versant postérieur de l'articulation tibio-talienne.

Le bilan neurologique ne montre pas d'élément en faveur d'une atteinte neurogène, susceptible de rendre compte des douleurs persistantes.

La prise en charge rééducative intensive n'a pas permis d'amélioration de la symptomatologie, au contraire le patient annonce une augmentation des douleurs. Il n'est donc pas proposé de poursuivre un traitement de physiothérapie ambulatoire.

Du point de vue des aptitudes fonctionnelles, le traumatisme et l'apparition d'une arthrose, ainsi que les constatations faites durant l'hospitalisation permettent de dire qu'il existe des limitations dans le maintien prolongé de la position debout, la marche prolongée et la marche sur terrains irréguliers. Les positions contraintes pour les membres inférieurs telles que l'accroupissement en position à genoux, ainsi que le travail sur les échelles. Dans une activité adaptée, respectant ces limitations, il existe par contre une capacité de travail. Cependant, la perception importante qu'a le patient de son handicap fonctionnel (questionnaire PACT) nettement discordante avec ses réelles possibilités et d'autres facteurs non-médicaux seront un obstacle au processus de réadaptation professionnelle, quelle que soit l'activité envisagée."

Ces médecins ont estimé que l'incapacité de travail était totale dans la profession de déménageur.

Le 4 avril 2011, le Dr Q. _____ a procédé à l'examen médical final de D. _____. Il a notamment relevé que celui-ci avait repris le 11 mai 2010 son ancienne activité au service de K. _____ à 50%. Il a par ailleurs retenu ce qui suit sous l'intitulé «appréciation»:

"[...]

Actuellement, le patient dit que sa cheville est douloureuse le matin au dérouillage. Par la suite, les choses s'améliorent un peu. Les douleurs sont toujours centrées sur la malléole externe irradiant dans le mollet et le pied.

L'examen clinique est dominé par une forte autolimitation.

Objectivement, la cheville gauche n'est pas élargie. La température est maintenant identique à celle de la droite. La cicatrice rétro-malléolaire externe reste un peu rougeâtre et légèrement dysesthésique à la percussion. L'arrière-pied est bien axé en léger valgus qui se réduit correctement lorsque le patient monte sur la pointe des pieds. Les amplitudes articulaires sont légèrement limitées par les douleurs et il y a aussi des lâchages antalgiques lors du testing musculaire mais il n'y a pas d'amyotrophie significative du mollet gauche.

De nouvelles radiographies de la cheville n'ont pas montré de progression de l'arthrose au niveau de la tibio-astragalienne et un examen neurologique avec ENMG n'a pas fait la preuve d'une atteinte neurogène susceptible de rendre compte des douleurs persistantes.

Il y a donc une discordance entre les plaintes et le handicap apparent, d'une part, et les constatations objectives de l'examen radio-clinique, d'autre part.

Dans ces conditions, les conclusions prises à l'issue de l'examen à l'agence du 8.9.08, en termes d'exigibilité et d'indemnité pour atteinte à l'intégrité, restent d'actualité."

Par décision du 16 novembre 2011, la CNA a considéré que l'état de santé de D._____ était stabilisé. Sa guérison était donc suffisamment avancée pour justifier la clôture de ce cas de rechute, les troubles actuels consécutifs à l'accident du 21 juin 2005 étant les mêmes que ceux constatés lors de l'examen médical final du 8 septembre 2008. Elle ne pouvait donc lui allouer d'autres prestations. Elle signalait en revanche qu'elle continuerait à prendre en charge les contrôles médicaux et différents médicaments tant qu'ils étaient prescrits, ainsi que les chaussures orthopédiques et les infiltrations périurales.

Le 1^{er} décembre 2011, D._____ s'est opposé à cette décision. Il a annoncé de nouveaux examens médicaux auprès des Dresses W._____ et B._____, indiquant qu'il produirait ultérieurement les rapports y relatifs. Le 31 janvier 2012, la Dresse W._____, spécialiste

en médecine générale et médecin traitant, a écrit au juriste de la CNA en charge du dossier. Elle relevait que le statut douloureux de la cheville ne cessait d'augmenter, une intervention chirurgicale, voire la pose d'une prothèse étant envisagées. Elle soulignait que son patient n'avait pas supporté l'implantation d'un neurostimulateur. Aussi, dès lors que l'intéressé exerçait, en dépit de ses douleurs, une activité à 50%, la Dresse W._____ suggérait l'octroi d'une rente d'invalidité de 50% destinée à compléter le revenu perçu. Il lui paraissait en effet illusoire de s'attendre à ce qu'il puisse exercer une profession plus adaptée, compte tenu de son niveau de formation et de ses maigres connaissances de la langue française. Quant à la Dresse B._____, spécialiste en anesthésiologie, elle a attesté la persistance de douleurs réfractaires et mécaniques au membre inférieur gauche, nécessitant un traitement médicamenteux, des infiltrations péridurales et le port de chaussures orthopédiques (rapport du 25 octobre 2011).

Par décision sur opposition du 29 février 2012, la CNA a rejeté l'opposition formée par D._____. S'appuyant sur l'examen médical final pratiqué par le Dr Q._____ le 4 avril 2011, la CNA a considéré que les examens cliniques et neurologiques, ainsi que l'imagerie, ne démontraient ni aggravation des troubles depuis le 8 septembre 2008 ni l'existence d'une atteinte neurogène susceptible de rendre compte des douleurs persistantes. Les conclusions prises le 8 septembre 2008 par le Dr Q._____ demeuraient donc valides, en termes d'exigibilité et d'atteinte à l'intégrité. S'agissant par ailleurs du taux d'invalidité de l'assuré, la caisse a observé que la Dresse W._____ avait confirmé une incapacité de travail de 50%. Or, son appréciation révélait une situation superposable à celle ayant conduit à la décision de refus de rente du 28 novembre 2008, de sorte qu'en l'absence d'une modification des circonstances, le droit à une rente d'invalidité ne pouvait entrer en considération postérieurement au refus d'une telle prestation. Quant à l'atteinte à l'intégrité, la CNA a relevé qu'une aggravation éventuelle du dommage indemnisable n'avait pas été rendue vraisemblable depuis l'appréciation sur laquelle reposait la décision du 28 novembre 2008, si bien que le droit à une indemnité

supplémentaire de ce chef devait aussi être nié. En conséquence, la caisse a proposé la confirmation de la décision attaquée.

C. Par acte du 2 avril 2012, D._____, agissant désormais sans l'assistance d'un avocat, a recouru contre cette décision, en demandant la reconnaissance d'une incapacité de gain de 50% et la mise en œuvre d'une expertise neutre aux fins de déterminer son taux d'invalidité.

Dans sa réponse du 16 mai 2012, la CNA propose le rejet du recours et la confirmation de la décision entreprise.

E n d r o i t :

1. Interjeté dans le délai légal de trente jours suivant la notification de la décision attaquée (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1]), le recours est déposé en temps utile; il satisfait au surplus aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond.

2. La contestation porte sur les conséquences des troubles subsistant à l'issue du traitement suivant l'opération du 27 novembre 2009 et sur leur prise en charge par la CNA. En l'espèce, le recourant conclut à ce que lui soit reconnue une incapacité de gain de 50%. Il fait valoir à ce propos que, malgré ses efforts, l'exercice d'une activité à 50% ne lui permet pas de subvenir à l'entretien de sa famille. Sa conclusion revient donc plutôt à demander l'octroi d'une rente d'invalidité de 50%, destinée à compléter le revenu de son travail. Il ne remet pas en cause le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

a) 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 [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents, RS 832.20]). Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Quant à l'incapacité de gain, elle se définit comme toute diminution de

l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA).

b) L'assureur social - et le juge des assurances sociales en cas de recours - doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a et les références citées; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

Selon la jurisprudence, les rapports des médecins des assureurs peuvent également se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et les références citées; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2; 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Par ailleurs, selon le Tribunal fédéral, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec

réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

3. D'après la décision attaquée, la question est de savoir si, après la décision sur opposition du 9 avril 2009 confirmée par la Cour de céans (arrêt du 6 juin 2011), il existe une modification subséquente des circonstances de fait pouvant ouvrir le droit à une rente d'invalidité postérieurement au refus de rente (cf. consid. 3a de la décision dont est recours).

a) Selon la jurisprudence (TFA U 218/03 du 20 septembre 2004 consid. 3.1), lorsque l'assuré s'est vu refuser une rente d'invalidité par une décision entrée en force, il peut néanmoins, en tout temps, annoncer une rechute ou des suites tardives d'un accident (cf. art. 11 OLAA [ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents, RS 832.202]) entraînant une diminution de sa capacité de gain et, partant, pouvant ouvrir droit à une rente (cf. aussi Jean-Maurice Frésard / Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2^e éd., Bâle 2007, n. 219, p. 912).

b) En l'espèce, la caisse intimée a assumé les coûts de l'intervention chirurgicale subie par le recourant le 27 novembre 2009, au titre d'une rechute de l'accident du 21 juin 2005. Hormis la prise en charge de certaines prestations médicales spécifiques, l'intimée a cependant refusé l'allocation de toute autre prestation, au motif que la situation de fait était superposable à celle ayant fait l'objet de la décision de refus de rente du 9 avril 2009, confirmée par arrêt du 6 juin 2011 de la Cour de céans. En d'autres termes, s'agissant des conditions pour le droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents, il n'y a pas eu de modification notable des circonstances déterminantes.

A l'appui de ses allégations selon lesquelles il subit une invalidité de 50% résultant des suites de l'accident, le recourant invoque un rapport du 31 janvier 2012 de la Dresse W._____, médecin traitant, selon laquelle il présente une incapacité de travail de 50%, compte tenu des douleurs persistantes à la cheville gauche. Au terme de son examen final du 4 avril 2011, le Dr Q._____ relève pour sa part que la cheville gauche n'était en définitive pas plus atteinte que lorsque la CNA a mis fin, pour la première fois, à ses prestations. Outre un examen clinique dominé par une forte autolimitation, le Dr Q._____ retient une discordance entre les plaintes et le handicap apparent, d'une part, et les constatations objectives de l'examen radio-clinique, d'autre part. Ces constatations rejoignent largement celles faites par les médecins de la Clinique M._____ qui n'ont relevé aucune atteinte ni limitation nouvelles. Au reste, malgré l'incapacité de travail totale que la caisse intimée lui a reconnu dans la profession de déménageur (décision du 9 avril 2009), le recourant a repris l'exercice de cette activité le 11 mai 2010 au taux de 50%, alors même qu'il présente une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, ce dont il ne disconvient au demeurant pas. Il n'y a pas lieu d'examiner cette question plus avant. Pour le surplus, il est renvoyé aux considérations contenues à ce sujet dans l'arrêt rendu par la Cour de céans le 6 juin 2011 (cf. consid. 3b et 3c, pp. 10-12).

c) Le Dr Q._____ termine son rapport du 4 avril 2011 en relevant que les conclusions prises à l'issue de son examen du 8 septembre 2008 demeurent valides, la situation de fait étant superposable à celle valable lors de la décision sur opposition du 9 avril 2009, par laquelle l'intimée a refusé au recourant le droit à une rente d'invalidité. Il en va d'ailleurs de même de l'avis du 31 janvier 2012 de la Dresse W._____, dans la mesure où son appréciation se fonde sur la situation médicale qui a déjà été l'objet de la décision du 9 avril 2009, entrée en force. Pour autant, son évaluation repose sur les seules déclarations du recourant. Contrairement au Dr Q._____, elle ne fait état d'aucune constatation clinique, se bornant à relayer les plaintes de son patient ainsi que les mesures thérapeutiques d'ores et déjà effectuées ou à

entreprendre. Ces considérations ne suffisent toutefois pas à mettre en doute les conclusions du Dr Q._____.

d) Le recourant demande encore la mise en oeuvre d'une expertise neutre. Faute de doutes sur la pertinence des constatations du Dr Q._____ (cf. ATF 135 V 465), il n'est pas nécessaire de requérir l'avis d'un expert externe à l'assurance (expert judiciaire ou bien, au niveau de la CNA, expert indépendant selon l'art. 44 LPGA). En outre, la caisse intimée a organisé le séjour du recourant auprès de la Clinique M._____ en vue d'un bilan global, après quoi celui-ci a été examiné par le médecin d'arrondissement. Dans ces conditions, il y a lieu d'admettre que la cause a été suffisamment instruite, de sorte que l'on ne voit pas ce qu'une telle mesure pourrait apporter à la solution du litige (sur l'appréciation anticipée des preuves, cf. ATF 131 I 153 consid. 3 et les références).

Partant, on ne voit donc aucun motif de s'écarter des conclusions du Dr Q._____, celles-ci étant claires, complètes et suffisamment explicites. Dès lors que les conclusions de son examen du 4 avril 2011 sont superposables à celles de son examen du 8 septembre 2008, on ne saurait y voir une modification subséquente des circonstances de fait pouvant ouvrir droit à une rente d'invalidité postérieurement au refus d'une telle prestation. C'est donc à juste titre que l'intimée a considéré que le droit du recourant à une rente d'invalidité n'était pas ouvert, faute d'avoir rendu vraisemblable une modification des circonstances de fait, consécutive à l'intervention chirurgicale du 27 novembre 2009.

4. En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée. Le présent arrêt sera rendu sans frais (art. 61 let. a LPGA), ni allocation de dépens, le recourant, au demeurant non assisté, n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales**

prononce :

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue le 29 février 2012 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- M. D. _____,
- 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).

Le greffier :