COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 8 juillet 2014

Présidence de Mme THALMANN
Juges : Mme Röthenbacher et M. Bidiville, assesseur
Greffier : M. Germond

*****

Cause pendante entre :

A.H._____, à Grandson, recourant, représenté par Me Jacques Micheli, avocat à Lausanne,

et

K._____, à Winterthur, intimée.

Art. 61 let. c LPGA ; 6 ss et 36 LAA

E n f a i t :

A. Le 24 avril 2006, A.H._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), a déposé une demande de prestations AI, à savoir une orientation professionnelle et une rééducation dans la même profession.

Dans son rapport d'expertise du 10 janvier 2006 à l'attention de K._____ assureur perte de gains, le Dr P._____, spécialiste en rhumatologie, a notamment indiqué ce qui suit :

> "APPRECIATION DU CAS
> M. A.H._____ est un assuré de 51 ans, restaurateur-traiteur indépendant, victime d'un premier arrêt de travail à 100% dès le 11 octobre 2004 en raison d'un lumbago, la persistance des antalgiques ayant conduit à pratiquer une IRM lombaire le 26 novembre 2004, révélant la présence d'une hernie discale L5-S1 médiane para-médiane gauche légèrement luxée vers le haut. La poursuite du traitement conservateur principalement une rééducation à sec et en piscine entreprise à [...] a permis une amélioration des symptômes autorisant une reprise des activités professionnelles à 50% dès le 1er février 2005, puis à 100% dès le 1er avril 2005, une nouvelle exacerbation des douleurs lombaires inférieures étant à l'origine d'un arrêt de travail à 80% dès le 19 août 2005. Au-delà de ses lombalgies, M. A.H._____ évoque des gonalgies droites, lui-même faisant un certain lien entre les lombalgies inférieures et les douleurs du genou, ces dernières survenant principalement aux changements de position, douleurs intenses postéro-externes provoquant des pseudo-lâchages, l'exacerbation des gonalgies ayant elles aussi une influence sur les lombalgies inférieures.
> L'examen clinique de ce jour révèle un patient collaborant, reproductible présentant des troubles statiques antalgiques sous la forme d'un shift gauche avec composante scoliotique, une distance doigts-sol difficilement mesurable en raison d'une altération de la mobilité tronculaire prédominant sous la forme d'une rectitude lombaire inférieure avec inversion du rythme lombo-pelvien en flexion antérieure et au relèvement. La palpation segmentaire révèle des douleurs médianes paramédianes bilatérales prédominantes à la charnière lombo-sacrée associant des zones insertionnelles intégrant la crête iliaque et la musculature fessière droite. Il n'y a pas de signes irritatifs aux membres inférieurs avec des manoeuvres de Lasègue et de rétro-Lasègue négatives, les réflexes ostéo-tendineux sont vifs et symétriques, il n'y a pas de trouble sensitivomoteur des membres inférieurs. Il n'y a pas d'altération fonctionnelle de la mobilité des grosses comme des petites articulations périphériques, il n'y a pas d'arthrite ou de synovite. Pour ce qui est du genou droit, ce dernier est sec, sans épanchement notoire avec une flexion-extension complète, algique en fin de flexion en postéro-externe. Il n'y a pas de signe

ligamentaire, les manoeuvres de provocations méniscales externes sont douloureuses.
Le bilan de radiologie standard reste rassurant, sans trouble dégénératif manifeste, l'IRM lombaire du 26 novembre 2004 révèle une hernie discale L5-S1 médiane para-médiane gauche luxée vers le haut.
L'incapacité de travail à 80% dès le 19 août 2005 de Monsieur A.H._____ reste actuellement justifiée. Il me semble judicieux de compléter le bilan d'investigation de son genou droit par une IRM, l'impression clinique d'une lésion méniscale reste à confirmer, avec un diagnostic différentiel ouvert pour une chondrite voire une atteinte dégénérative dans un contexte de status après opération de ménisque interne en 1969. A la lumière de ce bilan, j'adresserai M. A.H._____ auprès d'un orthopédiste dans l'attente de ses propositions thérapeutiques. L'assuré fait un lien direct entre ses gonalgies et ses problèmes lombaires inférieurs, mais l'anamnèse reste peu contributive quand à la nature d'une sciatalgie, l'examen clinique ne montre aucun signe irritatif, l'IRM ne révélant aucune atteinte canalaire gauche. Pour ma part je pense à deux entités distinctes, les gonalgies droites pouvant possiblement contribuer aux lombalgies inférieures, les pseudo-lâchages et la boiterie antalgique occasionnelle dont il est victime pouvant favoriser des phénomènes de compensation au niveau de la charnière lombo-sacrée.
Pour ce qui est de ses lombalgies, là aussi il serait judicieux de repratiquer une IRM lombaire afin de juger de la composante herniaire actuelle, et d'adresser M. A.H._____ auprès d'un service d'unité rachidienne pluridisciplinaire dans l'attente de leurs propositions (poursuite d'un programme de rééducation, gestes interventionnels antalgiques, chirurgie).
[…]
Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail et date de leur apparition ?
Lombalgies inférieures (2004), gonalgies droites chroniques.

Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail et date de leur apparition ?
Obésité, hypercholestérolémie.

Capacité de travail dans l'emploi actuel ? 20%.

Pronostic à plus ou moins brève échéance ?
Réservé, chez un assuré reproductible dans un contexte radio-clinique rachidien concordant. C'est à la lumière des nouvelles investigations proposées et les propositions thérapeutiques qui en suivront, qui permettront de déterminer le pronostic de l'assuré."

Dans un rapport du 21 juin 2006, le Dr N._____, spécialiste en médecine générale, a mentionné notamment ce qui suit :

"**A Diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail :**
Hernie discale L5-S1 médiane avec lipomatose péridurale lombaire entraînant un certain rétrécissement de L3-S1.

Deux foyers chondropathie fémoro-patellaire grade 2 à 3, avec tuméfaction eodèmatose du LC1
Diagnostics sans répercussions sur la capacité de travail :
Obésité avec un BMI à 30
Hypercholestérolémie
Status après hernie inguinale gauche incarcérée avec iléus mécanique, en 1992 Oesophagite de reflux connue
Incapacité de travail d'au moins 20 % reconnue médicalement dans l'activité exercée jusqu'à ce jour en tant que :
100 % du 11 octobre 2004 au 4 novembre 2004
50 % du 5 novembre 2004 au 14 novembre 2004
100 % du 15 novembre 2004 au 30 janvier 2005
50 % du 1er février 2005 au 31 mars 2005
80 % du 18 août 2005 au 31 janvier 2006
50 % du 1er février 2006 au 30 avril 2006
30 % dès le 1er mai 2006
[…]
3. Anamnèse : patient cuisinier de métier qui a dû se réorienter professionnellement en 2004 suite à la fermeture du Buffet de la Gare d' […] où sa fonction était purement administrative. Un nouvel établissement a été trouvé au […], structure beaucoup plus petite qui implique la reprise de son métier de cuisinier. C'est suite à cette activité nécessitant à nouveau le port de charges que l'on note une décompensation progressive de son dos amenant une prise en charge au Centre Thermal et une IRM qui met en évidence un rétrécissement du fourreau dural par une lypomatose. Un traitement au Centre Thermal, la perte de poids de 10 kg, l'antalgie d'AINS, de Sirdalud et de Tramal permettront la reprise de son travail au printemps. Mi-août 2005, il devra à nouveau arrêter de travailler en raison de ses importantes lombalgies et il devra engager un cuisinier.

4. Plaintes subjectives : lombalgies irradiant dans les cuisses des deux côtés jusqu'aux genoux aggravées dans la position assise ainsi qu'en terrain inégal. Gonalgie droite, parfois à gauche, surtout en position assise, dans la déclivité et dans le terrain inégal. La rotation dans une petite surface derrière un bar, est également douloureuse.

5. Constatations objectives : patient de 179 cm pour un poids de 95 kg 500 soit un BMI à 30. Tension artérielle à 135/95. Colonne lombaire : effacement de la lordose lombaire avec une bascule du bassin à gauche d'environ 2 cm. La distance DDS est de 40 cm. Au niveau du genou droit on note une distance talon-ischion de 36 cm à gauche de 12 cm à droite Le diamètre du quadriceps est symétrique à 15 et 20 cm sus-rotulien. Pas d'épanchement dans les genoux.
Status de médecine interne : sp
Traitement : Pravalotin 40 mg, Ezetrol 10 mg par jour, Aspirin Cardio 100 mg 1 cp par jour Nisulid 100 mg et Dafalgan. Demetrin 10 mg.

6. Pronostic : suite à la rupture du contrat par les CFF de la location du Buffet à […] dont il était gérant, M. A.H._____ a repris le restaurant du […]. Quand il était au Buffet de la gare, il avait un rôle purement administratif, ayant toute une équipe sous ses ordres, y compris un cuisinier. Etant lui-même cuisinier de métier, en reprenant le restaurant […], il décide de reprendre son métier. Le premier été s'est révélé particulièrement pénible, il a pu terminer la

saison, mais un long traitement et un arrêt de travail ont sanctionné les mois qui ont suivi la fermeture saisonnière. L'année suivante, soit en 2005, déjà en août il a dû engager un cuisinier, ne pouvant plus assumer ce travail.
Quand il fait un travail de planification, d'organisation, de gestion de commandes, de contrôle, il n'est pas pénalisé par ses douleurs. Suite à un travail effectué en cuisine, il se rend compte qu'il ne peut plus y travailler, ni dans la gestion des stocks avec port de charges. Son rendement est alors de 50 %, alors que sur le plan administratif, il n'y pas de diminution de son rendement et de sa capacité de travail.
Cependant sur le plan administratif, il n'a pas de formation en comptabilité, ni en informatique ce qu'il ne lui permet pas actuellement de se recycler purement dans le domaine de la gestion, sans l'aide de l'AI. D'où la demande de réorientation professionnelle."

Le Dr N._____ a joint à son rapport, le rapport IRM du 19 janvier 2006 intitulé "colonne cervicale face profil et odondoïde face, IRM du genou droit, IRM lombaire du 18.01.2006” dont il résulte notamment ce qui suit :

"Pas d'arthrose significative cervicale mais présence d'ossification par endroit du ligament vertébral antérieur et du ligament nucal.
Image de hernie discale L5-S1 médiane modérée légèrement luxée vers le haut, inchangée par rapport à l'IRM de 2004. Lipomatose péridurale lombaire modérée entraînant un certain rétrécissement et effilement du fourreau dural à partir de L3 jusqu'à S1.
Présence de 2 foyers de chondropathie fémoro-patellaires de grade II à III. Pas de signe de déchirure du ménisque externe. Petit kyste poplité interne.
On note une tuméfaction oedémateuse diffuse du LCA que je ne m'explique pas, associée à un léger épanchement intra-articulaire."

Dans un rapport du 27 juin 2006, le Dr [...], spécialiste en rhumatologie, a notamment indiqué ce qui suit :

"DIAGNOSTICS
- lombalgies mécaniques
- discopathie L5-S1 avec hernie discale médiane-paramédiane gauche légèrement luxée vers le haut
- lipomatose péridurale modérée
- gonalgies droites
- status après méniscectomie interne partielle (1969)
- chondropathie rotulienne avec épaississement du LCA d’origine indéterminée
- obésité (BMI : 30). Hypercholestérolémie
- antécédent de tabagisme jusqu’en 2003
- status après opération de hernie inguinale suivie d’iléus (1992)

CONCLUSION
Il s’agit d’un patient obèse, cuisinier de formation, qui présente depuis des années des lombalgies de caractère mécanique avec

description d'irradiation dans les membres inférieurs, qui ont fait l'objet de nombreux traitements, à l'exception d'un traitement chirurgical ou d'infiltration de corticoïde en péridurale.
Ces douleurs sont en relation essentiellement avec une discopathie L5-S1 avec la présence d'une hernie discale médiane et paramédiane gauche luxée vers le haut, accompagnée d'une lipomatose décrite comme importante lors du 1er IRM (novembre 2004), modérée lors du contrôle de janvier 2006. Il n'y a pas de canal lombaire étroit à proprement parler, malgré l'aspect effilé de la région lombaire basse. A relever qu'il n'y a pas de compression radiculaire objectivable.
Comme élément surajouté, il existe des douleurs du genou droit chez un patient qui a déjà subi une méniscectomie interne partielle en 1969, en relation avec une chondropathie fémoro-patellaire de degré II-III, sans évidence d'atteinte méniscale, mais avec une tuméfaction du LCA sur la base de l'IRM qui vient d'être réalisée le 18.01.2006.
Ces douleurs vont entraîner de nombreuses périodes d'incapacité de travail vu les exacerbations à répétition. Il a pu reprendre son travail actuellement à 70%.
Question travail, de cuisinier, ce patient est devenu gestionnaire, puisqu'il tient le restaurant de [...] à [...] et assure un service traiteur, permettant de gérer jusqu'à 1'000 personnes (site internet). Pour assumer une telle tâche, il a dû engager un personnel important, comprenant 6 personnes en permanence avec une augmentation à 20-25 personnes en été et jusqu'à 80 personnes pour assurer le service traiteur en fonction de la demande.
Connaissant ses limitations, il sait qu'il ne doit rien porter et a dû engager 1 employée qui est à sa disposition en permanence.
Par rapport à son premier emploi (responsable du buffet de la gare d' [...] jusqu'en 2004) où il avait un travail de cuisinier à 80%, son activité actuelle a complètement changé, puisque de lui-même il reconnaît une capacité de travail de 80% ("si je peux déléguer").
Il s'agit par conséquent d'une bonne reconversion dans un travail adapté chez un patient dynamique, qui ne présente aucun trait dépressif, bénéficiant d'un bon encadrement social, faisant partie du [...] et qui gère avec intelligence une entreprise florissante.
[...]
4. RAISONS MEDICALES CONTRIBUANT A UNE INCAPACITE DE TRAVAIL : il s'agit de lombalgies de caractère mécanique avec des irradiations dans les membres inférieurs, irradiations de caractère spondylogène et non radiculaire au vu des 2 bilans par IRM qui ont été réalisés (2004 et 2006). Comme élément nouveau, il signale des douleurs du genou droit avec cliniquement une limitation de la flexion, non constatée lors de l'expertise du Dr P._____ en janvier 2006, qui s'accompagne sur le plan IRM d'une tuméfaction du LCA. Eventuellement, une nouvelle exploration par arthroscopie devra être discutée. Ces douleurs ne sont pas citées spontanément par le patient comme handicapantes, les plaintes rachidiennes étant toujours au premier plan.
5. JOURNEE TYPE : voir ci-dessus. Essentiellement travail de gestion et de distribution du travail en plus de représentation chez un patient qui n'accomplit actuellement plus aucune activité physique, pouvant bénéficier d'un personnel abondant, à qui il peut déléguer toute tâche physique.

6. MODIFICATION THERAPEUTIQUE : tout a déjà été tenté en dehors d'infiltrations péridurales, infiltrations qui ont été différées pour l'instant compte tenu d'une lipomatose épidurale.
7. CAPACITE DE TRAVAIL ACTUELLE : spontanément, ce patient signale une capacité de travail de 80% dans un travail adapté ("si je peux déléguer"). Pour ma part, compte tenu du recyclage réussi et spontanément effectué dans un travail adapté chez ce patient volontaire, intelligent qui bénéficie d'un bon sens commercial je pense que la capacité de travail est complète ou limitée à un maximum de 10%.
La nécessité de la reconversion professionnelle est du reste mise actuellement au premier plan par la nouvelle révision de l'AI, auprès de laquelle ce patient a fait une demande, prétextant une incapacité de travail de 100% comme cuisinier."

Dans un rapport du 24 janvier 2007, le Dr C._____ du Service Médical Régional (SMR) de l'AI, après avoir examiné l'assuré, a mentionné notamment ce qui suit :

"**DIAGNOSTICS**
- avec répercussion sur la capacité de travail :
  - Lombocruralgies et cervico-brachialgies bilatérales dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec hernie discale L5-S1, lipomatose péridurale lombaire modérée entraînant un rétrécissement modéré du fourreau dural et avec périarthrite scapulo-humérale bilatérale sous forme d'un conflit sous-acromial.
  - Gonalgies bilatérales dans le cadre d'une chondropathie fémoro-patellaire D, d'un petit kyste poplité interne et d'une tuméfaction oedémateuse diffuse du ligament croisé antérieur D.
-sans répercussion sur la capacité de travail :
  - Suspicion de syndrome du tunnel carpien bilatéral.
  - Obésité.

APPRECIATION DU CAS

L'assuré se plaint de lombocruralgies bilatérales, de cervico-brachialgies bilatérales et de gonalgies bilatérales, ayant débuté à D. Ces diverses douleurs ont un caractère essentiellement mécanique. Au status, on note des troubles statiques modérés du rachis. La mobilité lombaire est très diminuée, mais l'assuré est également très démonstratif au cours de tout l'examen ostéoarticulaire. La mobilité des articulations périphériques est bien conservée, mis à part celle des hanches, qui est en fait limitée par des lombalgies et par le manque de collaboration de l'assuré. La distance pouce-C7 est également augmentée ddc, surtout à G, mais, là encore, il semble que ce soit en relation avec un manque de collaboration. Par ailleurs, au niveau des 2 épaules, il existe une épreuve de Hawkins positive, laissant suspecter la possibilité d'un conflit sous-acromial. L'assuré présente également des douleurs des 2 épicondyles et des 2 épitrochlées, avec épreuves d'épicondylite et d'épitrochléite négatives. Il n'y a par ailleurs pas de signe pour une

arthropathie inflammatoire. Le status neurologique est par ailleurs normal. Les épreuves de Lasègue sont limitées à 60°, non par un syndrome radiculaire, mais par des lombalgies. Il existe également des manoeuvres de Tinel positives au niveau des 2 poignets, qui laissent suspecter la possibilité d'un syndrome du tunnel carpien, qui serait à infirmer ou confirmer par un électromyogramme qui pourrait être demandé par le médecin traitant.
Les examens radiologiques à notre disposition mettent en évidence des troubles dégénératifs du rachis avec une lipomatose lombaire péridurale et une hernie discale L5-S1. Une IRM des genoux met en évidence une chondropathie fémoro-patellaire de grade II à III, sans signe de déchirure du ménisque externe, un petit kyste poplité interne et une tuméfaction oedémateuse diffuse du ligament croisé antérieur, qui pourrait correspondre à une dégénérescence kystique de ce ligament.
Sur la base de l'anamnèse, du status et des examens complémentaires, nous retenons les diagnostics susmentionnés. Au vu de ces diagnostics, la capacité de travail comme restaurateur indépendant s'occupant surtout de la cuisine est nulle. Par contre, dans une activité de restaurateur indépendant comme l'assuré avait au Buffet de la Gare d' [...], où il faisait surtout de la supervision, la capacité de travail est de 80%. Par ailleurs, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles sousmentionnées, la capacité de travail a toujours été complète.

Les limitations fonctionnelles
Rachis : nécessité de pouvoir alterner 2x/heure la position assise et la position debout. Pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5kg, pas de port régulier de charges d'un poids excédant 12kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc.
Membres supérieurs : pas d'élévation ou d'abduction des membres supérieurs à plus de 80°, pas de lever de charges excédant 8kg avec les membres supérieurs.
Membres inférieurs : pas de travail nécessitant des génuflexions répétées ou le franchissement régulier d'escabeaux, d'échelles ou escaliers.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins ?
Il y a une incapacité de travail de 80% du 18.08.05 au 31.01.06, de 50% du 01.02.06 au 30.04.06, de 30% dès le 01.05.06 et de 100% depuis juin ou juillet 2006 (à préciser encore auprès du médecin traitant).

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?
Comme signalé plus haut, dans le cadre d'une activité de restaurateur s'occupant surtout de la cuisine.
Par contre, dans une activité de restaurateur s'occupant surtout de la supervision du personnel comme il avait au buffet de la gare d' [...], la capacité de travail a toujours été de 80%.
Par ailleurs, dans une activité strictement adaptée, la capacité de travail a toujours été complète.
Cependant, au vu du caractère très démonstratif de l'assuré, on peut craindre que des mesures professionnelles échouent, même si ce dernier nous assure qu'il aimerait retrouver un travail léger et

suivre une formation adéquate ou une remise à niveau dans son métier.

Concernant la capacité de travail exigible, sur la base des constatations rhumatologiques effectuées lors de l'examen SMR du 19.12.06, il apparaît que la capacité de travail est nulle dans l'activité de restaurateur s'occupant surtout de la cuisine. Par contre, dans une activité de restaurateur s'occupant surtout de la supervision du personnel, la capacité de travail est de 80%. Par ailleurs, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles, la capacité de travail a toujours été complète.

CAPACITE DE TRAVAIL EXIGIBLE
Dans l'activité habituelle : 0% (restaurateur s'occupant surtout de la cuisine)
80% (restaurateur s'occupant de la supervision du personnel)
Dans une activité adaptée : 100% depuis toujours."

Dans un rapport du 19 février 2007, le Dr X._____ du SMR a indiqué notamment ce qui suit :

"A la suite de l'avis CEP du 08.08.2006, l'assuré, au bénéfice d'un CFC de cuisinier, a été examiné au SMR sur le plan rhumatologique par le Dr C._____, dont le rapport d'examen du 24.01.2007 fait partie intégrante de la présente.

Il met en évidence les diagnostics et les limitations fonctionnelles décrites ci-dessus et estime sa capacité de travail résiduelle dans son activité de cuisinier (0%), de restaurateur supervisant son personnel (80%) et de 100% dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles.

Par contre, il estime que, au vu de sa démonstrativité dans son syndrome douloureux, il sera difficile de motiver l'assuré pour la réalisation de mesures professionnelles".

Un rapport d'enquête économique pour les indépendants du 27 février 2007 a conclu comme il suit :

"9. Conclusion, mesures de réadaptation
Monsieur A.H._____ est un restaurateur de 53 ans qui s'est vu contraint de renoncer à son activité indépendante en raison de son atteinte à la santé.
Conscient de la nécessité de retrouver une activité professionnelle afin de pouvoir mettre en valeur sa capacité de travail résiduelle, il se montre demandeur de mesures de reclassement (ou de perfectionnement).
Nous vous proposons de soumettre sans tarder son dossier à notre division réadaptation afin que la situation puisse être examinée par un(e) spécialiste

> Concernant le préjudice économique, il est presque complet dans son activité habituelle, étant donné que son activité accessoire de traiteur ne lui permettra probablement pas de réaliser des revenus conséquents.
> Toutefois il s'agira de déterminer le préjudice économique au terme de l'examen du dossier par la réadaptation.
> Le RS [revenu sans invalidité] à prendre en considération se monte à Sfr. 113'870.- brut (valeur 2005)."

Dans un projet de décision du 15 mai 2008, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (OAI) a indiqué notamment ce qui suit :

> "Résultat de nos constatations :
>
> Dès le 18 août 2005, vous présentez des problèmes de santé et vous n'êtes pas à même de reprendre votre activité habituelle de restaurateur indépendant, travaillant principalement en cuisine.
> Cependant, après examen de votre dossier par le Service médical régional AI, vous pouvez travailler à 80 % comme restaurateur s'occupant de la supervision du personnel et à 100 % dans une activité adaptée à vos limitations fonctionnelles.
> Vous avez donc été contacté par notre service de réadaptation professionnelle qui souhaitait vous proposer des cours intensifs de management liés à l'hôtellerie et à la restauration dispensés par l'IFCAM. Toutefois, vous nous avez annoncé que vous aviez d'autres projets et que vous aviez repris un restaurant à [...].
> Dès lors, afin de vous rendre une décision, nous nous sommes renseignés sur le salaire minimum que vous auriez pu réaliser après la mise en place des mesures professionnelles que nous souhaitions vous proposer. Ce salaire est de Fr. 84'695.- minimum par année.
> Dans votre ancienne activité de restaurateur indépendant et sans atteinte à la santé, vous auriez perçu en 2006 un revenu annuel de Fr. 115'236.-.
> Revenu annuel professionnel raisonnablement exigible :
> sans invalidité CHF 115'236.00
> avec invalidité CHF 84'695.00
> La perte de gain s'élève à CHF 30'541.00 = un degré d'invalidité de 26.50%
> Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne pas droit à une rente d'invalidité.
> Vous auriez pu bénéficier de mesures professionnelles, cependant, vous y avez renoncé car vous aviez d'autres projets professionnels.
> Notre décision est par conséquent la suivante : La demande est rejetée."

A la suite des objections de l'assuré, l'OAI lui a adressé le 9 décembre 2008 la lettre suivante:

"Le 15 mai 2008, nous vous avons fait parvenir un projet de décision de refus de rente concernant notre assuré susmentionné, considérant que son taux d'invalidité était inférieur à 40 %.
Par courrier du 18 juin 2008, vous contestez notre position sur différents aspects.
Au plan médical tout d'abord, vous vous référez à l'expertise effectuée en janvier 2006 par le Dr P._____ pour le compte de l'assurance perte de gain de votre client. Nous relevons à cet égard que si cette expertise conclut effectivement à une capacité de travail limitée à 20 %, celle-ci doit s'entendre dans l'activité habituelle de cuisinier uniquement ; l'expert ne s'est en effet pas déterminé sur la capacité de travail exigible de M. A.H._____ dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.
Notre position se fonde quant à elle sur un examen clinique effectué par un médecin spécialiste en médecine interne et rhumatologie du Service médical régional AI (SMR) en décembre 2006. Cet examen confirme l'incapacité de travail importante dans l'activité habituelle de notre assuré puisqu'il conclut à une incapacité de travail totale dans une activité de restaurateur s'occupant surtout de la cuisine, mais précise que la capacité de travail serait de 80 % dans une activité de restaurateur s'occupant de la supervision du personnel, et de 100 % dans une activité entièrement adaptée.
Vous ne faites pas valoir d'argument à l'encontre de la valeur probante de cet examen, et nous n'avons par conséquent aucune raison de nous écarter de ses conclusions. Au plan professionnel, vous soulignez le fait que votre client a repris un établissement avec son épouse et son fils depuis plus d'un an maintenant, et qu'il ne serait dès lors plus exigible de sa part de suivre des mesures professionnelles.
Nous relevons toutefois que notre assuré a débuté sa nouvelle activité postérieurement à son atteinte à la santé, mais également à sa demande AI (demande de mesures professionnelles), sans nous avoir informés à l'avance de son projet malgré les contacts avancés avec notre service de réadaptation; cet argument ne peut donc être retenu, et l'abandon de sa nouvelle activité lucrative peut dès lors raisonnablement être exigé de M. A.H._____.
Nous rappelons que selon l'art. 21 al. 4 LPGA, les prestations peuvent être réduites ou refusées temporairement ou définitivement si l'assuré se soustrait ou s'oppose, ou encore ne participe pas spontanément, dans les limites de ce qui peut être exigé de lui, à un traitement ou à une mesure de réinsertion professionnelle raisonnablement exigible et susceptible d'améliorer notablement sa capacité de travail ou d'offrir une nouvelle possibilité de gain.
En l'occurrence, nous demandons une nouvelle fois à notre assuré de suivre la mesure proposée par notre service de réadaptation, soit des cours intensifs de management liés à l'hôtellerie et à la restauration, mesure qui lui permettrait de diminuer sensiblement sa perte de gain. Nous vous laissons un délai au 20 janvier 2009 pour nous faire part de la décision définitive de votre client à cet égard.
Si M. A.H._____ maintient sa position actuelle, nous tiendrons compte dans l'évaluation de son préjudice économique des gains qu'il aurait pu réaliser s'il avait effectué la mesure proposée par notre service de réadaptation, et confirmerons par conséquent notre refus de rente."

B. Par déclaration de sinistre datée du 18 août 2008, A.H._____ a annoncé à K._____ (ci-après : K._____ ou l'intimée), auprès de laquelle il était assuré pour les accidents, avoir été victime d'un accident de la circulation qui s'était produit le 16 août 2008. Il mentionnait une fracture de la cheville gauche, des contusions et possibles fissures au thorax des deux côtés et des contusions sur tout le corps. L'assuré a été hospitalisé dans les Etablissements [...] (ci-après : [...]).

Il résulte du rapport de police notamment ce qui suit :

"Circonstances

Mme F._____, qui avait consommé des boissons alcooliques, circulait de Grandson en direction d'Yverdon-les-Bains, feux de croisement enclenchés. A la sortie de cette première localité, elle entreprit le dépassement de son ami W._____ et accéléra de manière à le distancer rapidement. Parvenue à l'endroit précité, sur un tronçon rectiligne, de son propre aveu, elle prit conscience que sa vitesse était nettement supérieure à celle autorisée et freina. Suite à cette manoeuvre, elle ne fut pas en mesure de conserver la maîtrise de son véhicule. En effet, elle se déporta à gauche, revint sur sa partie de route, puis dévia brusquement sur la voie opposée où elle heurta violemment, avec l'avant de sa Mitsubishi, l'angle avant, même côté, du véhicule conduit normalement en sens inverse par M. A.H._____. Suite au choc, la BMW A.H._____ escalada le trottoir sis à droite de la chaussée, effectua un demi-tour, puis termina son embardée de l'autre côté de la route, dans la bande herbeuse, l'avant direction Les Tuileries. Quant à la machine F._____, elle s'immobilisa en travers de sa voie de circulation, l'avant en direction Jura.

Peu après, M. W._____ conducteur pris de boisson, qui circulait également de Grandson en direction d'Yverdon-les-Bains, arriva à une allure de 60 km/h, selon ses dires, feux de croisement enclenchés. Toutefois, au vu de son état physique, il ne fut pas en mesure d'apercevoir, de réagir et de s'arrêter à temps en présence de l'accident précité, survenu quelques instants auparavant. En effet, il poursuivit sa route à travers les débris, projetés sur la chaussée lors du premier choc, puis malgré une tentative d'évitement, perdit la maîtrise de son véhicule qui heurta, avec le côté droit, l'arrière gauche de l'auto F._____. Suite au choc, il s'arrêta un peu plus loin et fit demi-tour pour se garer vers les deux autres véhicules endommagés."

Dans un rapport du 2 septembre 2008, le Dr R._____, spécialiste en médecine générale, a posé les diagnostics de fracture du pilon tibial gauche et de rupture de la rate en deux temps. L'assuré a été opéré le 25 août 2008.

Le 28 octobre 2008, le Dr T._____, médecin-chef du Service de chirurgie orthopédique des Etablissements E._____, a diagnostiqué une fracture du pilon tibial gauche type AOC1, une contusion du genou gauche, une fracture costale basale gauche et une lésion en deux temps de la rate, l'assuré ayant été hospitalisé du 17 août au 12 septembre 2008.

Le Dr Z._____ des eHnv, dans un rapport du 12 décembre 2008, a mentionné une incapacité de travail de 100 % depuis le 16 août 2008 et indiqué qu'il s'agissait de lésions relativement graves et complexes, le résultat final ne pouvant être jugé avant un an et demi à deux ans après l'opération.

Dans un rapport du 24 décembre 2008, le Dr T._____ a posé les diagnostics de :

- fracture du pilon tibial gauche de type AOC1 traitée par ostéosynthèse
- contusion du genou gauche
- entorse du ligament collatéral externe de la cheville droite
- fracture costale basale gauche
- lésion en 2 temps de la rate traitée par splénectomie
- exacerbation de lombosciatalgies.

Il a mentionné une évolution du traitement chirurgical de la cheville favorable avec une récupération progressive des amplitudes articulaires et une possibilité de marcher en appui du membre opéré. Au niveau de la cheville droite, il a indiqué que des douleurs restaient importantes nécessitant une contention et une physiothérapie. Il relevait également une péjoration des lombosciatalgies qui requéraient un traitement antalgique spécialisé. Il indiquait que la reprise d'une activité de travail de 10 % dès le 19 novembre 2008 était essentiellement administrative dans une entreprise de restauration, l'augmentation de la capacité de travail n'étant pas à envisager durant les mois à venir dès lors

qu'il était trop tôt pour se prononcer sur une activité adaptée au handicap actuel du patient, la situation n'étant pas stabilisée.

Le 23 janvier 2009, ce praticien a indiqué qu'il lui semblait actuellement évident qu'en raison de lésions traumatiques actuelles et de l'état antérieur de son rachis et de ses genoux, l'assuré ne pourrait reprendre une activité de restaurateur et qu'il allait remettre son restaurant ce qui lui semblait une sage décision, une activité de supervision de traiteur à hauteur de 10 % étant poursuivie. Il estimait en l'état que celle-ci ne pouvait pas être augmentée.

Dans un rapport du 18 février 2009 adressé à l'OAI, le Dr T._____ a en outre mentionné ce qui suit :

> "Diagnostics avec effet sur la capacité de travail
> Fracture du pilon tibial gauche type AOC1
> Contusions sévères du genou gauche
> Entorse du ligament collatéral externe de la cheville droite
> Contusions lombaires
> Fractures costales basales gauches
>
> Diagnostics sans effet sur la capacité de travail Existant depuis quand?
> Rupture en 2 temps de la rate traitement hospitalier/cure
>
> […] la fracture du pilon tibial a été traitée chirurgicalement. L'entorse du ligament collatéral externe de la cheville a été traitée de façon conservative. Les contusions lombaires dans le cadre de lombalgies préexistantes ont nécessité une approche spécifique antalgique par le Dr G._____. Les fractures costales ont évolué favorablement.
> 1.4
> Anamnèse (évolution chronologique, thérapie suivie à ce jour)
> A la consultation du 23.01.09 l'évolution est discrètement favorable. L'adaptation du TTT [traitement] antalgique est performante et le TTT de physiothérapie lui permet de marcher quelques pas sans canne et de se rééduquer en piscine.
> Symptômes actuels/état actuel
> L'examen clinique des membres inférieurs révèle un genou gauche sec, stable, douloureux en fin de flexion mais qui atteint tout de même 120° avec un déficit d'extension de 5°.
> L'examen de la cheville montre une cicatrice calme, une flexion dorso-plantaire de 15-0-20°, des douleurs à la palpation des gouttières malléolaires interne et externe droites. La cheville est symptomatique au niveau du ligament collatéral externe avec des péroniers sensibles. Il existe une aponévrosite plantaire avec talalgies.

> Les radiographies réalisées de la cheville montrent une consolidation de la fracture. Il n'y a pas de trouble dégénératif majeur post traumatique. Les radiographies du genou gauche révèlent un pincement fémorotibial interne et un effilement du massif des épines. Le compartiment fémoro-patellaire est également le siège de troubles dégénératifs arthrosiques.
> Une IRM sera réalisée afin d'évaluer plus finement l'état de ce genou.
> Pronostic
> Réservé chez ce patient polytraumatisé dont les suites sont particulièrement difficiles."

Il a conclu à une incapacité de travail de 100% dans l'activité de cafetier-restaurateur, l'assuré ne pouvant en aucune manière reprendre une telle activité en raison d'une arthrose post traumatique vraisemblable de la cheville, du genou et d'une décompensation du rachis cervico-dorso-lombaire.

Dans un rapport du 20 février 2009, le Dr D._____, spécialiste en médecine générale, a posé les diagnostics ayant une influence sur la capacité de travail de spondylodiscarthrose lombaire et de fracture de la cheville gauche. Il indiquait que l'assuré ne pouvait plus exercer son travail de cuisinier mais déjà avant l'accident.

Dans une lettre du 27 février 2009 adressée au juge pénal, le Dr G._____ a notamment écrit avoir noté dans les suites de l’accident, une accentuation de la symptomatologie préexistante malgré une augmentation du traitement médicamenteux.

Dans un rapport du 12 mars 2009, le Dr T._____ a indiqué que le patient ne pourrait jamais reprendre une activité indépendante de restaurateur indépendant et conclu à l'utilisation d'un fauteuil roulant pour une durée indéterminée. Il a joint le rapport d'IRM du 19 février 2009 où il est mentionné "arthrose du compartiment interne associée à des lésions méniscales et arthroses fémoro-patellaire débutante. Dégénérescence mucoïde des ligaments croisés."

Dans un rapport du 23 avril 2009, le Dr Q._____, spécialiste en médecine générale, a mentionné en ce qui concerne la cheville gauche

ne pas comprendre la discrépance entre l'état radiologique et clinique et l'état décrit par le patient qui ne pouvait pas marcher plus que 10 mètres avec des douleurs des deux chevilles, ni se passer de sa chaise roulante, cette discrépance l'empêchant de répondre à la question posée à savoir à quel moment la stabilisation de l'état de la cheville peut-il être envisagé. Il a néanmoins estimé qu'une année après une fracture du pilon tibial bien réduite, la symptomatologie devrait disparaître. En ce qui concerne le genou gauche, il a indiqué qu'une corne antérieure de ménisque n'était pas une lésion provoquant des douleurs et que la gêne ressentie par le patient était une gêne liée à une lésion dégénérative du genou qui était antérieure à l'événement du 16 août 2008. Il a ajouté que lors de l'accident une compression du genou ne pouvait pas être exclue au vu de la violence de ce dernier mais que l'examen IRM n'avait pas mis en évidence de lésions traumatiques dans ce genou mais exclusivement des lésions dégénératives préexistantes. Il estimait en conséquence que les troubles actuels concernant ce genou n'étaient pas en lien avec l'accident. Il a ajouté que les douleurs lombaires ressenties par l'assuré étaient d'origine dégénérative, la violence du choc ayant pu aggraver cette symptomatologie, mais seulement passagèrement.

Dans un rapport du 14 mai 2009, le Dr T._____ a indiqué ce qui suit :

> "**1. Pouvez-vous nous dire si l'état de santé est stabilisé d'un point de vue orthopédique ?**
>
> L'évaluation donnée exclut la pathologie rachidienne qui est prise en charge par le Dr G._____. En ce qui concerne les lésions orthopédiques à l'exclusion du rachis il est prématuré de dire que la situation est stabilisée car le patient nécessite encore un traitement de physiothérapie qui améliore la fonction de ses chevilles droite et gauche. La décompensation d'une gonarthrose essentiellement fémoro-tibiale interne actuellement peu symptomatique peut nécessiter à court à moyen terme un traitement de type arthroplastie.
> **2. Quelle serait sa capacité de travail dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles suivantes :**
> A l'exclusion de la pathologie rachidienne, la capacité de travail dans une activité adaptée pourrait être de 20 %."

Dans un rapport du 29 mai 2009, le Dr G._____ a indiqué ce qui suit :

> "1 Anamnèse?
> Monsieur A.H._____ signale une exacerbation des lombalgies et des dorsalgies depuis son accident de circulation. Les dorsalgies se manifestent par une douleur dorsale et paradorsale gauche, accompagnée d'une composante rétro-xiphoïdienne antérieure. Cette douleur est fluctuante dans le temps. Les lombalgies se manifestent au niveau lombaire bas avec une irradiation de part et d'autre au niveau para-lombaire. Il y a une nette exacerbation de la symptomatologie algique en position debout et lors des mouvements de rotation et flexion. ll y a une atténuation partielle en position assise et couchée, même si la position assise reste une position difficile à long terme. Son traitement par Dafalgan 4 x 1g et Nisulid 2 x 100 mg, ainsi que patches de Transtec 35 pg/h tous les 3 jours, procure un soulagement partiel mais est accompagné d'effets secondaires, de constipation et de ballonnements, de même que des brûlures d'estomac par intermittence. Il signale également des gonalgies et des douleurs au niveau des deux chevilles pour lesquelles il est suivi plus particulièrement par le Dr T._____, le Dr J._____ et le Dr D._____.
> […]
> 3 Constatations et diagnostics exacts?
> L'IRM dorsolombaire du 6.05.2009 montre une protrusion discale au niveau D8-D9 à gauche et, dans une moindre mesure également de D9-D10 et D10-D11. Au niveau lombaire, il y a une hernie discale au niveau L5-S1 et une légère protrusion au niveau L3-L4 et L4-L5. Il s'ajoute une lipomatose du canal lombaire de L3 jusqu'au niveau du sacrum. Il y a également une arthrose postérieure L4-L5 et L5-S1.
> Diagnostics exacts:
> Dorsalgies et lombo-sciatalgies sur spondylose, spondylarthrose, dysfonction segmentaire tant dorsale que lombaire, dysfonctions de l'articulation sacro-iliaque ainsi qu'une lipomatose lombaire.
>
> 4 Traitement ordonné? Pour quelle partie du corps? Merci de détailler votre réponse.
> Je suis Monsieur A.H._____ à une fréquence d'environ une fois toutes les 4 semaines pour pratiquer un traitement invasif non segmentaire (dysfonction segmentaire dorsale et lombaire, dysfonction de l'articulation sacro-iliaque), ainsi qu'un traitement segmentaire élargi (infiltrations péridurales par abord caudal). Ces traitements ont lieu pour ses dorsalgies et lombosciatalgies."

Dans un rapport du 9 juin 2009, le Dr M._____, spécialiste en psychiatrie, a posé les diagnostics de trouble de l'adaptation avec réaction anxio-dépressive chez une personnalité à traits obsessionnels et anxieux. Il a indiqué que la rigidité de la personnalité de l'assuré pourrait représenter un élément qui interviendrait dans le processus de guérison en rendant l'assuré moins souple dans les situations délicates. Il a précisé que le traitement psychiatrique consistait en un soutien et une mise en

perspective des angoisses et du fonctionnement présenté par l'assuré et que le traitement avait commencé depuis peu.

Dans un rapport du 10 juin 2009, le Dr T._____ a précisé que l'association des lésions des membres inférieurs et une décompensation de douleurs du rachis limitait sévèrement le périmètre de marche du patient, la chaise roulante étant une aide à la mobilité dans un environnement qui le permettait. Il a ajouté qu'actuellement une partie des restrictions était liée à l'état antérieur.

Ce praticien a exposé, dans un rapport du 19 août 2009, qu'en plus de la lésion du ligament collatéral externe de la cheville droite, s'ajoutait une composante neurologique avec une parésie des péroniers et de l'extenseur des orteils qui pouvait expliquer un steppage et une difficulté à stabiliser la cheville en terrain inégal et qui justifiait la poursuite du port de l'Ankle-fix dans des chaussures montantes adaptées. Il estimait que cette instabilité, qui, selon lui, vraisemblablement n'existait pas avant l'accident, était probablement liée à une aggravation des lésions lombaires avec une atteinte L5 en tout cas.

K._____ a mandaté comme expert le Dr L._____, spécialiste en chirurgie orthopédique. Il résulte de son rapport du 31 août 2009, notamment ce qui suit :

> "Diagnostic
> - Status après fracture comminutive du pilon tibial gauche, traitée par réduction sanglante et ostéosynthèse le 25.08.2008.
> - Status après splénectomie le 29.08.2008 pour rupture en deux temps.
> - Status après contusion du genou gauche.
> - Status après entorse du ligament collatéral externe de la cheville droite.
> - Fracture costale basale gauche.
> - Dorso-lombalgies et sciatalgies sur troubles statiques et dégénératifs.
> - Hernie discale L5-S1, non déficitaire.
> - Arthrose cervicale.
> - Gonarthrose bilatérale.
> - Surcharge pondérale.
> 4.- Evolution
> L’évolution post traumatique est favorable.

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

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

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

6.- Causalité naturelle:
6.1. Les troubles actuels, sont-ils dus uniquement ou partiellement à l'accident du 16.08.2008?
&
6.2. Les troubles actuels, sont-ils dus à l'accident du 16.08.2008 d'une façon seulement possible ou fortement probable?
Les plaintes au niveau des deux chevilles sont en rapport de causalité direct avec l'événement du 16.08.2008.
Un an après l'accident, il n'y a plus de rapport de causalité entre l'événement du 16.08.2008 et les gonalgies bilatérales et/ou les dorso-lombalgies.
6.3. Est-ce qu'une éventuelle aggravation d'une affection de la santé préexistante, causée par l'accident du 16.08.2008, peut être considérée comme guérie?
Il est possible que l'événement du 16.08.2008 ait pu aggraver de manière minime l'état de la colonne dorso-lombaire et des deux genoux. Cependant, en absence de lésion traumatique objectivable, cette aggravation devrait être limitée dans le temps. Un an d'évolution, c'est-à-dire à la date de mon examen du 25.08.2009, est un délai largement suffisant pour admettre que le status quo ante/sine ait été retrouvé pour ces affections.
Au vu de ma réponse aux questions n° 6.1, n° 6.2 et n° 6.3, les questions n° 6.4, n° 6.5, n° 6.6 sont caduques.

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

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

9.- Capacité de travail:
9.1. Appréciation de la capacité de travail de M. A.H._____ dans son activité professionnelle de gérant (restauration-traiteur) en considérant l'occupation exercée jusqu'à maintenant?
Durée et pronostic?
En tant que gérant d'un restaurant-traiteur, si on partait du principe qu'il s'agit d'une activité uniquement administrative, la capacité de travail est estimée à 100 %.
En tant que cuisinier, activité qui nécessite la station debout prolongée et le port de charges, le taux de capacité est estimé à 50 %, voire au maximum à 75 %. A long terme la cheville gauche pourrait développer une arthrose tibio-astragalienne qui pourrait compromettre la station debout prolongée et limiter le taux de capacité de travail à 50 %. Pour cette raison, un reclassement professionnel est indiqué.

Dans une activité qui ne nécessite pas la position debout prolongée, le soulèvement et le port de charges et qui privilégie la position assise, la capacité de travail est estimée à 100 % sans diminution de rendement.

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

11.- Appréciation de l'atteinte à l'intégrité des suites de l'accident selon les tables du service médical de la SUVA, en tenant compte d'une éventuelle aggravation prévisible dans le futur?
Il est trop tôt pour une appréciation du taux d'atteinte à l'intégrité. La situation devra être réévaluée dans environ un an pour les deux chevilles.
La splénectomie donne déjà une atteinte à l'intégrité de 10%."

Dans un avis médical du 4 novembre 2009, le Dr B._____ du SMR a mentionné ce qui suit :

"Antérieurement au 16 août 2008, c'est l'exigibilité du rapport d'examen SMR du 19 février 2007 qui s'applique.

Expertise orthopédique Dr L._____ 25 août 2009
Diagnostics:
Status après fracture comminutive du pilon tibial gauche
Status après splénectomie
Status après contusion du genou gauche
Dorsolombalgies sur troubles statiques et dégénératifs
Hernie discale L5-S1 non déficitaire
Arthrose cervicale
Gonarthrose bilatérale
Surcharge pondérale
L'expert estime qu'en date du 25 août 2009 le statu quo sine/ante est retrouvé en ce qui concerne les conséquences de l'accident.

L'incapacité de travail secondaire à l'accident a été de 100% du 16 août 2008 au 25 août 2009.

Depuis le 26 août 2009 la capacité de travail est de 0% comme restaurateur s'occupant de la cuisine, 80% comme restaurateur s'occupant de la supervision du personnel et entière dans une activité adaptée.

Limitations fonctionnelles: Rachis : nécessité de pouvoir alterner 2x/heure la position assise et la position debout. Pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5kg, pas de port régulier de charges d'un poids excédant 12kg, pas de travail en porte-à-faux

statique prolongé du tronc. Membres supérieurs : pas d'élévation ou d'abduction des membres supérieurs à plus de 80°, pas de lever de charges excédant 8kg avec les membres supérieurs. Membres inférieurs : pas de travail nécessitant des génuflexions répétées ou le franchissement régulier d'escabeaux, d'échelles ou escaliers."

Dans un rapport du 23 novembre 2009, la Dresse???._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a indiqué ce qui suit :

"Diagnostic principal

- Dorsalgies sur protrusion discale D8/D9 et dans une moindre mesure D9/D10 et D10/D11.
- Lombalgies chroniques sur lésions dégénératives étagées et hernie discale L5/S1.
- Gonalgies gauches sur gonarthrose tibio-fémorale interne.
- Status post fracture du pilon tibial gauche traitée par ostéosynthèse en août 2008 — arthrose post traumatique.
- Status post entorse de la cheville droite (accident du 02.08.2008).
- Atteinte tronculaire du nerf péronier droit post traumatique (accident du 02.08.2008).
- Status post fracture en deux temps de la rate post accident (accident du 02.08. 2008) — splénectomie.
- Physiothérapie biquotidienne pour mobilisation à sec et en piscine du rachis, renforcement musculaire global.
- Ergothérapie pour correction de postures, protection lombaire et stratégie pour améliorer la qualité de la vie quotidienne."

Elle a conclu son rapport comme il suit :

"En conclusion
Il y a peu d'évolution après l'investissement thérapeutique de ces trois semaines d'hospitalisation. La physiothérapie mérite toutefois d'être poursuivie.

En ce qui concerne la neuropathie péronière droite le traitement de Lyrica doit être poursuivi à des doses thérapeutiques (environ 250 mg/j). Nous n'avons pas changé le reste de la médication de Monsieur A.H._____. Mentionnons que durant l'hospitalisation il a présenté une crise d'anxiété généralisée qui a bien répondu au traitement de Temesta.
Nous vous proposons de revoir le patient pour un nouveau bilan clinique et ajustement du traitement physique dans 4 semaines."

Dans un rapport du 22 octobre 2010, le Dr M._____ a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxio-dépressive (F43.22) et sans effet sur la capacité de travail de traits de personnalité dépendants, obsessionnels et anxieux (F60.8). Il a estimé que du point de vue

psychique, en dehors du contexte actuel, l'assuré serait à même de continuer ses activités professionnelles et qu'actuellement la capacité était évaluée à 20%, du point de vue psychique mais que dans un contexte serein, il n'y avait pas de limitation psychique.

Dans une lettre adressée au conseil de l'assuré le 18 novembre 2009, ce praticien a écrit notamment ce qui suit :

> "En ce qui concerne la dimension psychique, je peux avancer les points suivants :
> Monsieur A.H._____ ne souffre pas d'une affection psychique constituée avec troubles fonctionnels qui le rendrait inapte à travailler. Sa capacité de travail du point de vue psychique est donc de 100%.
>
> Il est toutefois important de préciser qu'il présente une vulnérabilité psychique certaine, présente depuis son entrée dans l'âge adulte. Cette particularité ne l'a pas empêché de développer son activité commerciale, avec succès. Par contre, dans un contexte défavorable, elle le dessert dans la mesure où ses capacités d'analyse régressent facilement sous stress, laissant place à des angoisses délétères réactionnelles.
>
> Par cette appréciation d'une capacité de travail conservée, nous favorisons activement la partie saine de notre patient et espérons ainsi favoriser la possibilité d'une issue favorable (réinvestissement du monde du travail).
>
> Ce choix pourrait évidemment être remis en question selon l'évolution du contexte et les réactions du patient.
>
> Ainsi, dans l'étape qui est actuellement la sienne, Monsieur A.H._____ exprime son désir d'assumer des tâches de direction (il a postulé pour un poste de direction dans l'alimentation), estimant par cette postulation qu'il se sent compétent. S'il perçoit un contexte bienveillant, il va pouvoir exprimer ses compétences et contenir ses plaintes. Dans un contexte perçu comme malveillant, le mouvement va s'inverser et les plaintes (musculosquelettiques au premier plan, anxieuses au deuxième plan) vont aller en s'amplifiant et réduire sa capacité de travail à néant."

Le 28 février 2011, la Dresse???._____ a écrit notamment ce qui suit :

> "Conclusions, traitement et évolution
> Dans l'ensemble, il y a peu d'évolution par rapport à mon examen de juin 2010, la parésie liée à l'atteinte axonale du nerf péronier droit est toujours présente et le patient doit marcher avec une

> attelle anti-steppage. Cette lésion est vraisemblablement directement liée à son accident.
> Quant au problème rachidien, il s'agit de lésions dégénératives segmentaires multiétagées sans atteinte radiculaire, problématique vraisemblablement antérieure à l'accident, mais aggravée par cet événement. Pour cet aspect, Monsieur A.H._____ fait régulièrement de la physiothérapie à sec et en piscine à [...] et est suivi en antalgie par le Dr G._____ à l'Hôpital d' [...] qui pratique régulièrement des gestes infiltratifs avec une efficacité qui dure 3-4 semaines.
> La qualité de vie de Monsieur A.H._____ reste malheureusement en dessous de ce qu'un homme de son âge doit espérer.
> Sa prise en charge actuelle me semble correcte, l'objectif restant toujours l'antalgie et la récupération fonctionnelle. Tous ces traitements s'effectuent correctement à [...] et personnellement je n'ai rien à ajouter à sa prise en charge."

Dans un rapport du 21 décembre 2009, le Dr L._____ a répondu aux questions posées par K._____. Il a indiqué que l'hospitalisation du 19 octobre au 6 novembre 2009 n'était pas appropriée ni économique selon les dispositions légales régissant l'assurance-accidents. Il a expliqué qu'à plus d'une année depuis l'accident, et après de multiples séances de physiothérapie, le nouveau traitement de physiothérapie pouvait se faire en ambulatoire et que d'ailleurs le résultat était nul et donc on pouvait se poser la question de l'utilité de poursuivre ce traitement. Il a mentionné que la parésie du péroné et de l'extenseur des orteils droit n'était pas en relation de causalité naturelle avec l'événement du 16 août 2008 parce que l'assuré n'avait pas eu de pied tombant ni de steppage lors de son examen. Il a ajouté qu'il y avait une hernie discale L5-S1 qui avait pu se décompenser. Il a précisé que l'atteinte tronculaire du sciatique poplité externe (SPE) ne se faisait pas lors d'une entorse de la cheville et que l'atteinte était apparemment modérée. S'agissant du pronostic sur l'évolution de ce trouble, il a mentionné qu'il y avait des séquelles possibles mais sans influence sur la capacité de travail. Il a enfin indiqué que les nouveaux rapports médicaux reçus ne changeaient pas ses conclusions et que dans une activité administrative c'est-à-dire de bureau la possibilité de travail était de 100%, la capacité en tant que cuisinier étant exigible à 50% et qu'elle pourrait être augmentée à 75% selon le lieu de travail, l'importance, le nombre de repas etc.

Dans un rapport du 13 janvier 2010, le Dr T._____ a mentionné que les séquelles du traumatisme dont avait été victime l'assuré était inchangées. Il a mentionné qu'il allait être procédé à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse du pilon tibial gauche le 18 février 2010, cette intervention nécessitant une hospitalisation de plusieurs jours. Il ajoutait que les suites de l'intervention de l'ablation du matériel d'ostéosynthèse ainsi que les complications du traumatisme du 16 août 2008 ne modifiaient pas l'évaluation de la capacité de travail réalisée antérieurement.

Le 5 février 2010, le Dr L._____ a répondu à K._____ qu'il pronostiquait une incapacité de travail de quatre à six semaines après l'ablation du matériel d'ostéosynthèse, les conclusions de l'expertise du 25 août 2009 restant inchangées après ce délai.

Le 25 février 2010, le Dr T._____ a écrit au médecin-conseil de K._____ qu'il existait une relation de causalité entre l'accident subi par l'assuré et la lésion du péroné. Il indiquait qu'associée à une entorse sévère, la parésie avait été objectivée par ENMG réalisé par le service de neurologie du CHUV le 26 octobre 2009 qui mettait en évidence une atteinte axonale dans le cadre d'une atteinte tronculaire du nerf péroné droit.

Par décision du 4 mars 2010, K._____ a indiqué cesser de prendre en charge les traitements médicaux en relation avec les gonalgies bilatérales et/ou les dorsolombalgies à compter du 25 août 2009 et continuer à prendre en charge le traitement au niveau des deux chevilles (sans la parésie des péronés et de l'extenseur des orteils) et en particulier le traitement en relation avec l'ablation du matériel d'ostéosynthèse qui a eu lieu le 18 février 2010. Concernant les indemnités journalières, elle a en outre indiqué qu'elles seraient versées à raison de 70 % jusqu'au 31 mars 2010 (100 % pendant la période d'incapacité de travail découlant de l'intervention du 18 février 2010) afin de permettre à l'assuré de prendre les mesures nécessaires pour trouver un emploi adapté à son handicap ou pour s'inscrire à l'assurance-chômage. Elle a alloué une indemnité pour

atteinte à l'intégrité concernant la splénectomie en retenant un taux de 10 % correspondant à 12'600 francs. En ce qui concerne les deux chevilles, elle a considéré que la situation serait évaluée fin août 2010 et que l'appréciation de l'IPAI (indemnité pour atteinte à l'intégrité corporelle) concernant les chevilles était prématurée au moment où l'expertise avait été réalisée en août 2009.

K._____ a confirmé son premier prononcé par décision sur opposition du 16 avril 2010. Elle a notamment considéré qu'au-delà du 25 août 2009 le rapport de causalité entre les gonalgies bilatérales et/ou dorsolombalgies était rompu, le lien de causalité entre la parésie des péronés et l'extenseur des orteils et l'accident étant nié. Elle a également confirmé que le versement des indemnités journalières cesserait au 31 mars 2010 en raison du fait que l'assuré était apte à travailler à 100%.

C. Par acte du 18 mai 2010, A.H._____, représenté par Me Jacques Micheli, a recouru contre cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant à sa réforme en ce sens qu'il continuait à bénéficier du paiement des indemnités journalières à un taux de 100 % à partir du 1er avril 2010, ses frais médicaux étant intégralement pris en charge par l'intimée à partir du 25 août 2009, le recourant bénéficiant d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité corporelle (IPAI) dont la quotité sera précisée après exécution de l'expertise judiciaire requise et le recourant, après épuisement de son droit aux indemnités journalières, étant mis au bénéfice d'une rente d'invalidité chiffrée après le dépôt de l'expertise sollicitée. Le recourant soutient en substance que l'AI reconnaît que la capacité de travail du recourant comme restaurateur est nulle, une tentative de reconversion professionnelle étant en cours et que le lien de causalité entre l'accident du mois d'août 2008 et l'incapacité ne saurait raisonnablement être nié. Il soutient que sa capacité de travail était déjà sensiblement entravée et que l'accident a considérablement aggravé la situation. Le recourant a requis la mise en oeuvre d'une expertise par la Dresse V._____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne, du BREM (Bureau Romand d'Expertises Médicales).

Dans sa réponse du 2 juillet 2010, K._____ a conclu au rejet du recours. Elle estime le dossier médical complet et qu'au-delà du 25 août 2009 le rapport de causalité entre les gonalgies bilatérales et les dorsolombalgies est rompu, le lien de causalité entre la parésie des péronés l'extenseur des orteils et l'accident étant nié. Elle soutient également que le versement des indemnités journalières doit cesser au 31 mars 2010 en raison du fait que le recourant était apte à travailler à 100 % à cette date.

Par réplique du 1er septembre 2010, le recourant a maintenu sa réquisition d'expertise. Il se réfère à ce sujet au courrier adressé par le Dr T._____ à K._____ le 25 février 2010 dont il résulte que les lésions de la cheville, l'atteinte tronculaire sont en lien de causalité avec l'accident ce qui continue à réduire considérablement la capacité de travail du recourant. Il a demandé l'audition de son épouse ainsi que des Drs T._____,???._____ et S._____.

Par duplique du 1er octobre 2010, K._____ a maintenu ses conclusions.

D. Le dossier AI a été produit. Les pièces principales figurent sous lettres A et B ci-dessus.

Une expertise a été confiée au BREM. Le rapport d'expertise du 25 mai 2012 est signé par les Drs V._____, spécialiste en rhumatologie, S.S_____, spécialiste en psychiatrie-psychothérapie, V.V_____, spécialiste en neurologie et B.B_____, spécialiste en chirurgie orthopédique.

Sur le plan somatique les experts ont exposé notamment ce qui suit :

> "Objectivement actuellement les experts somaticiens mettent en évidence un syndrome cervical modéré, régressif, des suites de l'accident du 28.11.2011 sans souffrance myélo-radiculaire à point de départ cervical. Les acroparesthésies bilatérales des membres supérieurs sont à mettre en rapport avec un discret syndrome du

tunnel carpien bilatéral objectivé lors du bilan ENMG. Cette neuropathie n’a pas de causalité avec l’accident du 28.11.2011 pas plus qu’avec l’accident du 16.08.2008. Aucun de ces deux accidents n’a provoqué de lésion en regard de cette localisation anatomique.

Quant à la faiblesse distale du membre inférieur droit, attribuée jusqu’à présent à des séquelles d’une contusion du nerf péronier et traitée par attelle anti-steppage, il n’est plus mis en évidence de véritable parésie ni d’amyotrophie significative dans le territoire du nerf péronier, soit au niveau de la loge antéro-externe de la jambe droite, tout au plus nous notons une discrète hypotrophie du muscle pédieux droit qui peut être imputable au port de l’attelle. Cliniquement, bien qu’il y ait une boiterie, il n’y a pas de steppage reproductif, typique, du pied droit. De surcroît, il n’y a pas de parésie lors du testing musculaire mais plutôt des phénomènes de lâchage d’allure fonctionnelle et dépassant le territoire péronier, ce qui d’ailleurs avait déjà été relevé par le Professeur M.M_____ en neurologie au CHUV en 2010. Le bilan ENMG actuel ne démontre pas de perte axonale significative du nerf péronier droit ; l’EMG de détection à l’aiguille révélant tout au plus lors de la contraction volontaire du muscle tibial antérieur droit (nerf péronier) des potentiels d’unité motrice polyphasiques témoignant d’une réinnervation. Ceci est compatible avec une ancienne atteinte du nerf péronier qui a récupéré. En effet, dans l’ensemble des muscles examinés et innervés par le nerf péronier droit on ne détecte aucun signe de dénervation aigue et le tracé EMG à l’effort gradué ne montre aucun signe de parésie. S’il est appauvri, c’est en raison de lâchages et d’un effort volontaire sub-optimal, comme en témoigne l'absence d’anomalies de recrutement des petites unités motrices. Ceci est donc en corrélation avec l’évaluation clinique. En conclusion l’atteinte modérée du nerf sciatique poplité a récupéré et n’atteint plus le stade d’un dommage permanent. Cela ne justifie plus non plus le port d’une attelle anti-steppage. On peut donc conclure à l’absence de véritable steppage et/ou de parésie significative des extenseurs du pied et des orteils.
On note quelques hyper-réactions traduisant une mauvaise tolérance à la douleur. Ces hyper-réactions ont perturbé quelque peu l’évaluation précise des fonctions articulaires des membres inférieurs notamment au niveau des chevilles qui ont dû être répétées par les différents experts.
On relèvera sur le plan vertébral une raideur à prédominance lombaire. On note quelques douleurs à la palpation cervicale, en particulier au niveau C6-C7, ainsi qu’une limitation douloureuse de la mobilité du segment cervical, en particulier en rotation vers la gauche.
L’examen des membres supérieurs révèle un léger signe irritatif au niveau acromio-claviculaire à droite ainsi que quelques douleurs lors de l’élévation des épaules au-dessus de 150°. On relèvera une diminution modérée de l’amplitude articulaire de la cheville gauche qui s’accompagne d’une amyotrophie relative du mollet et de la cuisse, M. A.H._____ expliquant qu’il décharge encore régulièrement son membre inférieur.
La confrontation radio-clinique des experts rhumatologues et orthopédistes fait retenir les diagnostics de lombalgies chroniques sur spondylarthrose lombaire évoluant depuis plusieurs années, un status après probable entorse cervicale sur traumatisme

d’accélération décélération survenu en novembre 2011 dans le contexte d’une cervicarthrose.
Sur le plan axial nous n’observons pas de lésion structurelle vertébrale post-traumatique si l’on se fonde sur la scintigraphie osseuse pratiquée le 22.02.2012 qui ne démontre pas d’hypercaptation susceptible de traduire une lésion cervicale vertébrale récente et qui ne démontre pas d’hypercaptation localisée des structures lombaires. L’état après fracture costale gauche ne montre pas d’hypercaptation résiduelle en regard du gril costal.
Sur le plan scapulaire : on relèvera un léger syndrome acromio-claviculaire droit à l’examen clinique que l’on peut corréler à l’examen scintigraphique qui révèle quelques hypercaptations, d’aspect dégénératif acromio-claviculaire bilatéral.
Sur le plan des genoux on notera un status après méniscectomie interne droite à l’âge de 19 ans, un status après contusion du genou gauche consécutif à l’accident de 2008. Il existe quelques légers troubles dégénératifs des deux genoux: On note également une chondrocalcinose bilatérale. La situation est calme actuellement en regard des deux genoux.
Au niveau des chevilles : on relèvera un status après fracture du pilon tibial G consécutif à l’accident de 2008 avec légère évolution dégénérative tibio-astragalienne antérieure et présence d’ossifications et de corps libres tibio-astragaliens et péronéo-astragaliens ainsi que d’une ossification juxta-corticale péri-malléolaire externe. La cheville droite présente des signes ostéodystrophiques de la malléole externe compatibles avec un status post contusionnel osseux associé à des signes dégénératifs sous-astragaliens externes, sans anomalie des structures ligamentaires ou tendineuses.
Au terme de leur examen d’expertise, les experts somaticiens, neurologue, orthopédiste, rhumatologue et interniste estiment que la CT [capacité de travail] de cuisinier est notablement restreinte des suites de l’accident. L’IT [incapacité de travail] des seules suites de l’accident est de 70% en tenant compte de l’évolution depuis 2008 et de la situation actuelle. Nous nous rapprochons du taux établi par l’orthopédiste traitant et nous écartons quelque peu du taux établi précédemment par l’expert L._____ compte tenu de notre bilan objectif actuel avec évolution arthrosique de la cheville gauche, des signes dégénératifs en regard de la cheville droite et de la concordance radio-clinique pour les deux chevilles.

Comme directeur comme cela était le cas du restaurant de la Gare d’ [...] des suites de l’accident, l’IT est très partielle, de l’ordre de 10% des seules suites de l’accident au plan somatique.
Dans un travail comme au restaurant [...], comme patron avec une équipe de collaborateurs plus restreint l’IT des seules suites de l’accident est de 50%.
Une activité adaptée aux suites de l’accident de 2008 reste pleinement exigible au plan somatique à partir de l’expertise L._____, soit à partir d’août 2009.

Corrélation avec les accidents

Accident 2008
Causalité admise:

• Atteinte dégénérative cheville gauche post fracture pilon tibial G
• Atteinte ostéodystrophique post contusionnelle malléole externe droite (si on se base sur anamnèse & ostéodystrophie radiologique de la malléole externe).
• Arthropathie dégénérative de la sous-astragalienne D révélée à l'IRM (l'on peut retenir la causalité - au vu du status post contusionnel démontré au niveau malléolaire après l'accident et de l'IRM actuelle).

Causalité possible (dans l'état):
• Troubles sensitivo-moteurs distaux de la jambe droite de faible traduction à l'ENMG actuel
• Arthropathie acromio-claviculaire dégénérative bilatérale (cf. conclusions du rapport scintigraphique) symptomatique à l'examen orthopédique à D, asymptomatique à G.

Comorbidités maladives (et/ou antérieures à 2008) causalité exclue :
• Spondylarthrose cervico-dorso-lombaire (pas de mise en évidence de lésion structurelle vertébrale imputable à un accident).
• Gonarthrose à prédominance fémoro-patellaire DDC [des deux côtés], chondrocalcinose bilatérale,
• status après méniscectomie dr (vers 1973). Pas de lésion déterminante susceptible d'impacter sur séquelles de l'état antérieur (méniscectomie), ni sur la pathologie dégénérative & chondrocalcinose."

Sur le plan psychiatrique, les experts ont retenu en particulier ce qui suit :

"A l'examen clinique de ce jour, M. A.H._____ présente un seuil anxiogène moyennement abaissé et des éléments dépressifs se manifestant par une humeur dépressive, une énergie vitale fluctuante, une diminution de la confiance en soi, une difficulté fluctuante à soutenir son attention, à se concentrer ainsi que des troubles du sommeil. Ces symptômes dépressifs correspondent à un épisode dépressif léger sans syndrome somatique.
Du fait de symptômes persistants depuis octobre 2008, le diagnostic de trouble de l'adaptation ne peut plus être retenu car il ne doit pas excéder 6 mois selon la définition de la Classification Internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement CIM-10. En 2011, les symptômes justifient deux diagnostics séparés, soit celui de trouble anxieux d'intensité moyenne et celui d'épisode dépressif léger sans syndrome somatique.
A cette époque, le trouble anxieux d'intensité moyenne entraînait comme limitations une vulnérabilité au stress, un seuil anxiogène abaissé, des conduites d'évitement, une fatigabilité avec diminution de l'attention et de la concentration limitant la CT à 70%.
Des traits de personnalité dépendants, obsessionnels et anxieux sont présents mais ils n'atteignent pas le seuil pour retenir un trouble de personnalité.
Tout comme le Dr M._____, l'experte ne retient pas un diagnostic d'état de stress post traumatique car les symptômes n'atteignent pas le seuil suffisant, ni le nombre de critères pour justifier ce diagnostic, ni de trouble de la personnalité.

Fin novembre 2011, M. A.H._____ a été victime d'un accident mineur de voiture mais qui vu le contexte déjà fragile, a contribué à augmenter l'anxiété préexistante. Le trouble anxieux jusqu'alors d'intensité moyenne se traduit à ce jour par une anxiété généralisée. Une angoisse flottante est présente même relative à des préoccupations mineures. M. A.H._____ présente une anxiété anticipatrice; pour résumé, il a peur d'avoir peur.
Auprès de l'experte psychiatre, les plaintes algiques ne sont pas au premier plan, contrairement des plaintes auprès des autres experts. Après discussion avec les co-experts somaticiens, il apparaît une amplification des douleurs, non explicitées par des raisons organiques. L'utilisation d'une chaise roulante, d'une canne, d'une attelle et d'une minerve ne seraient pas nécessaires selon les co-experts. Les douleurs intenses et persistantes relatées par M. A.H._____ s'accompagnent d'un sentiment de détresse et surviennent dans un contexte de conflits émotionnels, de problèmes psychosociaux et assécurologiques; ceci permet de retenir selon les critères de la CIM-10 le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant.
Ce trouble s'accompagne d'une co-morbidité psychiatrique d'acuité importante, à savoir une anxiété généralisée.
L'experte ne retient pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie car certaines activités sont maintenues, telles juge assesseur [...] (3 à 4 séances par année selon l'expertisé), séance hebdomadaire au [...] Club. Monsieur évoque également du plaisir à voir ses quatre enfants, ses 2 petits-enfants et à partager des moments en famille.
Par le biais de l'Assurance-Invalidité, M. A.H._____ suit une réadaptation d'abord à 20%, dans le domaine du coaching. Depuis février 2012, cette réadaptation s'effectue à 50%.

Des bénéfices secondaires sont présents avec mobilisation de l'entourage et évitement de certaines situations.

M. A.H._____, de par ses traits obsessionnels et narcissiques, a un fort besoin de contrôle sur son environnement. Confronté à ses limites physiques et à un abaissement du seuil à la douleur, ses capacités adaptatives et ses ressources psychiques se réduisent progressivement.

Sur le plan psychique, on ne peut parler d'échec des traitements car hormis des benzodiazépines (sans effet sur le seuil de la douleur et l'anxiété généralisée), seul un antidépresseur (Cipralex®) a été prescrit, puis cessé en raison d'effets secondaires. Un traitement de type duloxétine (Cymbalta®) ou venlafaxine (Efexor®) devrait être introduit, dans le but d'agir conjointement sur l'anxiété et le seuil douloureux.

A ce jour, l'anxiété généralisée et le trouble somatoforme persistant entraînent comme limitations un seuil anxiogène et douloureux abaissé, une vulnérabilité au stress, une anxiété anticipatrice et une diminution plus marquée des capacités adaptatives et d'apprentissage. Ces limitations interfèrent de 40 %, quelle que soit l'activité."

Les experts indiquent en outre ce qui suit :

"Au terme de leur examen d'expertise, les experts somaticiens estiment que la CT de cuisinier, est notablement restreinte, des suites de l'accident. L'IT des seules suites de l'accident est de 70% comme cuisinier. Comme patron dans un travail semblable au restaurant [...], ou dans un restaurant tenu avec son fils, l'IT est de 50% des suites de l'accident. Comme directeur comme cela était le cas du restaurant de la Gare d' [...] des suites de l'accident, il n'y a pas d'IT des seules suites de l'accident.
Une activité adaptée des suites de l'accident de 2008 reste pleinement exigible au plan somatique à partir de l'expertise L._____, soit à partir d'août 2009.
Rappelons que l'AI suite à l'examen au SMR avait admis une invalidité économique partielle sur la base d'une exigibilité totale dans une activité adaptée, d'une IT de 20% comme restaurateur-responsable, et une pleine IT comme cuisinier donnant droit à une réadaptation, mais inférieure au taux requis pour obtenir une rente.
Si l'on intègre de manière consensuelle l'évaluation de l'experte psychiatre, il faut admettre que dans toute activité, il existe une IT de 30% depuis fin 2008 (suite du 1er accident) en raison d'un trouble anxieux d'intensité moyenne, puis une IT de 40% depuis fin novembre 2011 (suite du 2ème accident) en raison d'une anxiété généralisée."

Ils ont également mentionné ce qui suit :

"**4. Diagnostics et appréciation**

Au plan somatique
Anxiété généralisée (F41.1).
Syndrome douloureux somatoforme persistant (F45 .4).
Syndrome de dépendance aux benzodiazépines, utilisation continue (F 13.25)
Status après fracture comminutive du tibia distal gauche ostéosynthésée. Status après AMO, arthrose secondaire (M. 19.1).
Status après probable contusion du nerf sciatique poplité externe droit (G57.3) sans séquelle significative
Syndrome cervical modéré, et syndrome lombovertébral variable sur spondylodiscarthrose avec lipomatose péridurale lombaire sans myélopathie ni radiculopathie, sans instabilité (M.47. 8)
Status après entorse de la cheville droite (M 19.1)
Status après splénectomie pour rupture traumatique de la rate (S36.0)
Status après contusions multiples et fracture de la côte basale à gauche (T00.9)
Gonarthrose à prédominance femoro-patellaire, status après méniscectomie droite dans sa jeunesse (M17.9)
Syndrome du canal carpien bilatéral (G56 .0)
Excès pondéral (R 63.2)
HTA I 10 avec dyslipidémie (E78.0)
Status après carcinome papillaire de la vessie de haut grade stade (G3 T1) traité (C67.9)
Syndrome d'apnée du sommeil de degré léger (R06.8).

5. Pour chacun des diagnostics posés, l'accident du 16.08.2008 est-il une cause certaine probable, seulement possible ou exclue (prière de choisir sur cette échelle et de motiver) des troubles dont est atteint le recourant?

Au plan ostéo-articulaire
Status après fracture comminutive du tibia distal gauche ostéosynthésée, status après AMO, arthrose secondaire: **cause certaine**
Syndrome cervical modéré et syndrome lombo-vertébral variable sur spondylodiscarthrose avec lipomatose péridurale lombaire sans myélopathie ni radiculopathie, sans instabilité M. 47.8: **cause vraisemblable suite à l'accident de nov 2011 pour la nuque mais un état antérieur dégénératif préexistant.**
Status après entorse de la cheville droite **cause certaine - accident 2008**
Status après splénectomie pour rupture traumatique de la rate: **cause certaine - accident 2008**
Status après contusions multiples et fracture de la côte basale à gauche: **cause certaine - accident 2008**
La contusion du nerf sciatique poplité externe : **cause possible - accident 2008**

Au plan neurologique
La contusion du nerf péronier est en relation possible avec l'accident du 16.08.2008, bien qu'il n'y ait aucune référence objective dans les dossiers à une telle atteinte dans la phase aigue. On se fie à l'anamnèse. Quoi qu'il en soit, l'atteinte a bien récupéré à tel point qu'il n'y a actuellement aucune séquelle neurologique significative sur le plan clinique. La "faiblesse" et la boiterie actuelle ne s'expliquent pas par une atteinte neurologique et notamment pas par une atteinte du nerf sciatique poplité externe. Il s'agit d'une parésie fonctionnelle.
Le syndrome du canal carpien est sans rapport avec l'accident. Il n'y a à aucun moment de descriptif de lésion locale.

Au plan psychiatrique
Suite à l'accident du 16 août 2008, Monsieur développe dès fin 2008 un trouble anxieux d'intensité moyenne. Suite à un 2ème accident fin novembre 2011, M. A.H._____ présente une anxiété généralisée et un syndrome douloureux somatoforme persistant.

6. Ces troubles sont-ils dus exclusivement à l'accident du 16.08.2008 ou sont-ils dus aussi, en partie - de façon certaine, probable, seulement possible ou exclue (prière de choisir sur cette échelle et de motiver) - à des facteurs étrangers à cet accident ?

Au plan rhumatologique/orthopédique
Un état antérieur existait lors de l'accident de 2008 pour l'ensemble de la colonne dont les symptômes dominaient en région lombaire. L'accident a donné une décompensation passagère au niveau lombaire, dont la causalité est largement éteinte. Elle l'était lors de l'expertise L._____.
Le Dr L._____ avait trouvé un discret syndrome cervical, qui n'était pas significatif lors de nos deux premiers examens

d'expertise rendus respectivement en avril 2011 et en décembre 2011. Nous trouvons actuellement un syndrome cervical qui est en relation encore certaine avec le dernier accident de 2011. Vu l'évolution au cours des 5 derniers mois, nous estimons que le statu quo sine devrait être atteint au plus tard dans un délai de 6 mois après l'accident soit en fin mai.
La gonarthrose bilatérale constitue également un état antérieur. M. A.H._____ avait déjà été soigné des genoux. L'accident de 2008 ne déploie plus d'effet actuellement.
L'arthrose tibio-tarsienne gauche est de façon certaine en relation avec l'accident de 2008 et est susceptible d'évoluer. Nous en avons tenu compte dans l'évaluation de l'IPAI.
La cheville droite: investiguée par IRM après le bilan neurologique favorable reste en relation de façon certaine avec l'entorse décrite lors de l'accident.

Au plan neurologique
Cf. ci-dessus. Pas d'état antérieur.

Au plan psychiatrique
Les troubles sont dus, de façon probable, à l'accident du 16 août 2008.

7. Est-ce qu'une éventuelle aggravation d'une affection de la santé préexistante, causée par l'accident du 16.08.2008, peut être considérée comme guérie ? Si oui, à quel moment le statu quo sine vel ante a-t-il été atteint?

Au plan somatique
Au moment de l'expertise du Dr L._____ nous pensons que le statu vel ante concernant les affections préexistantes était atteint. Il n'y a pas eu de modification significative depuis si ce n'est l'évolution des lésions dégénératives, étagées, connues depuis 2004 ce qui est compatible avec le temps écoulé.
Au plan psychiatrique
Avant l'accident du 16 août 2008, Monsieur A.H._____ ne présentait pas d'antécédent psychopathologique.

8. Les troubles de la santé causés pour le moins de façon probable par l'accident du 16.08.2008 seraient-ils, sans la survenance de cet accident, apparus tôt ou tard dans la proportion actuelle? Dans l'affirmative, à quel moment le statu quo sine vel ante sera-t-il atteint ?

Au plan rhumatologique/orthopédique
Non, pas pour les chevilles.

Au plan psychiatrique
On ne peut pas affirmer que sans l'accident, les troubles actuels de la santé seraient survenus.

9. L'accident du 16.08.2008 a-t-il entraîné une aggravation déterminante ou durable d'un état de santé préexistant ? Pour quels motifs?

Au plan somatique

Comme nous l'avons discuté avec le Dr G._____, son médecin antalgiste qui suit M. A.H._____ depuis plusieurs années, votre assuré était sujet aux douleurs de l'appareil locomoteur. Il avait déjà eu des IT répétées et prolongées depuis 2004. Cet état douloureux était complexe et multifactoriel, indéniablement aggravé par les facteurs psycho-sociaux et le conflit assécurologique antérieur comme l'évoque notre confrère.
Ces éléments sortent du champ médical mais constituent une réalité quotidienne pour M. A.H._____, qui présente une co-morbidité psychique associée qui joue un rôle de catalyseur, de facteur cumulatif. Nous ne pouvons dissocier sans autre tous ces éléments de l'ensemble du tableau de souffrance globale évidente que nous avons constaté de manière constante chez M. A.H._____.
Le grave accident du 16.08.2008 est survenu à un moment où M. A.H._____ avait tenté une nouvelle orientation professionnelle de son propre chef, sans l'aide de l'AI.

Les troubles psychiques, la nécessité d'une polypragmasie médicamenteuse pour lutter contre les douleurs et l'anxiété ont contribué à un état de déconditionnement global qui est délétère et donne des handicaps fonctionnels.

Le bilan d'ergothérapie des 13 et 14 mars 2012 réalisé au CHUV a montré qu'à son arrivée il présentait des douleurs de faible intensité, plus basses que ce qu'il avait signalé aux experts. M. A.H._____ s'est montré collaborant et volontaire, il s'est mis à l'oeuvre pour l'ensemble des items demandés mais s'est limité très rapidement, signalant une augmentation des douleurs, mais sans que l'effort n'ait provoqué d'augmentation du pouls, sans coût cardiaque.

Le bilan met principalement en évidence des auto-limitations qui correspondent à notre évaluation préalable des indices de kinésiophobie selon l'échelle de Tampa, se situant à des valeurs très hautes. Ceci correspond à son évaluation au questionnaire PACT qui se situe entre 51 et 66 correspondant à un sujet grabataire. Nous en avons tenu compte et cela entre dans le contexte du trouble somatoforme décrit par l'experte psychiatre.
Nos constatations objectives ne nous permettent pas de corrélation entre le pareil handicap décrit et démontré et les diagnostics retenus. Nous nous rallions aux conclusions du Dr G._____ qui atteste d'une souffrance globale qui perdure dans un contexte psycho-social et assécurologique défavorable.
L'accident a provoqué une aggravation de cette souffrance globale et des soucis psycho-sociaux et assécurologiques, comme l'évoque l'experte psychiatre dans l'appréciation du trouble somatoforme. L'évolution s'est faite lentement vers le trouble somatoforme apparaissant à ce jour évident.

Au plan psychiatrique
Avant l'accident du 16 août 2008, Monsieur ne présentait pas de trouble psychique.

10. Si l'aggravation de l'état de santé préexistant est déterminante ou durable quel est le pourcentage relatif à l'accident et le pourcentage relatif aux facteurs étrangers?

Au plan somatique le statu quo sine est rétabli concernant le causalité avec l'accident de 2008. Concernant l'accident de 2011, le syndrome cervical s'améliore. Un statu quo sine nous paraît à envisager à 6 mois de l'accident, soit en mai 2012.

Au plan psychiatrique
Question sans objet en l'absence de trouble psychique préexistant avant l'accident.

11. L'ensemble des troubles consécutifs à l'accident présentés par le recourant sont-ils de nature à empêcher une activité professionnelle et engendrent-ils une incapacité totale ou partielle de travail?
- en cas d'incapacité partielle, selon quel taux, en pour cent, pour quels motifs et depuis quand?

Au plan somatique
Indépendamment des problèmes somatiques antérieurs (qui donnaient lieu à reconnaître une pleine IT comme cuisinier et traiteur comprenant l'activité en cuisine, le service, la livraison de produits, les achats), l'accident aurait donné lieu à une IT semblable comme cuisinier en raison des séquelles de la cheville gauche, indépendamment des problèmes maladifs connus.
Nous nous écartons sur ce point de l'expertise L._____ et l'évolution arthrosique suspectée par le Dr T._____, confirmée, donne un argument soutenant cette appréciation.
En effet, les limitations douloureuses et fonctionnelles de la cheville gauche après fracture du plateau tibial associées aux troubles dégénératifs sous-astragaliens à droite entraînent une incapacité de travail durable dans toute activité exigeant la marche ou la station debout prolongée, la marche en terrain irrégulier ou la montée et descente fréquente d'échelles ou d'escaliers à la hauteur de 70%.
Une activité adaptée selon les limitations fonctionnelles déjà connues serait pleinement exigible des suites de l'accident, des seules séquelles des membres inférieurs.
L'activité mixte de patron et surveillant de restaurant est exigible à 50% des suites de l'accident.
L'accident de 2011 entraîne également passagèrement une incapacité partielle (environ 25%) dans activité ne permettant pas les changements de position cervicale (conduite automobile, ordinateur). Au-delà de 6 mois à dater de l'accident les troubles invalidants cervicaux ne relèveront plus de ce dernier mais seront à mettre en rapport avec une cervicarthrose préexistante d'origine maladive.
Si l'on se fonde exclusivement sur les séquelles de l'accident de 2008 on peut admettre une incapacité partielle dans une activité de restaurateur-traiteur/patron liée aux limitations dans toutes les tâches exigeant la station debout ou la marche prolongée. Cette limitation est variable selon le poste. Elle nous paraît plus importante au restaurant [...] ou autre travail semblable qu'au Buffet de la Gare d' [...]. En revanche les séquelles post accidentelles du membre inférieur n'entraînent aucune perte de capacité pour la part administrative de cette fonction (cf. discussion ci-dessus) mais l'évolution vers un trouble somatoforme dont les critères nous apparaissent actuellement définis avec co-morbidité psychiatrique nous font admettre une IT de 40% dans toute activité. Celle-ci a été

discutée consensuellement entre les experts somaticiens et la co-experte psychiatre.

- au cas où ces troubles engendreraient une incapacité de travail totale ou partielle dans sa profession de gérant (restauration-traiteur), quel est sur le plan médical le type d'activités professionnelles adaptées qu'il pourrait exercer, à quel taux, pour quels motifs et depuis quand?

Au plan somatique
Nous l'avons détaillé ci-dessus.
Au plan psychiatrique
Cette incapacité de travail de 40 % est indépendante de la profession exercée.
- quelles sont les limitations fonctionnelles ?

Au plan rhumatologique
Les limitations fonctionnelles:
Rachis : nécessité de pouvoir alterner la position assise et la position debout ce qui permet également de varier la position de la tête. Pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kg, pas de port régulier de charges d'un poids excédant 12 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc.
Membres supérieurs : pas de travail en élévation ou d'abduction des membres supérieurs à plus de 80°, pas de lever de charges excédant 8 kg avec les membres supérieurs.
Membres inférieurs : pas de travail nécessitant des génuflexions répétées ou l'utilisation d'escabeaux, d'échelles ou escaliers de manière fréquente.

Au plan neurologique
En l'absence de véritable séquelle neurologique, il n'y a pas de limitation neurologique.

Au plan psychiatrique
Un seuil anxiogène et douloureux abaissé, une vulnérabilité au stress, une anxiété anticipatrice et une diminution progressive des capacités adaptatives et d'apprentissage. Ces limitations interfèrent de 40 %, quelle que soit l'activité.

12. Des mesures médicales sont-elles de nature à permettre au recourant d'exercer une activité lucrative?
Dans l'affirmative:
- Quelles sont ces mesures?

Au plan somatique
Nous avons discuté précédemment avec le Dr D._____ et actuellement avec le Dr G._____ de la très lourde médication à laquelle s'astreint l'expertisé. Nous avions contrôlé la compliance médicamenteuse précédemment qui atteste que M. A.H._____ prend ses médicaments.
Les médecins traitants espèrent unanimement qu'une fois le problème assécurologique enfin réglé, M. A.H._____ retrouvera une certaine paix. Il s'est toujours montré entrepreneur et évoque quelques projets pour une activité adaptée. Nous pensons comme nos confrères qu'il pourra retrouver de lui-même une activité qui lui convienne, à temps partiel.

Au plan orthopédique
L'ensemble des co-morbidités ostéo-articulaires et surtout vertébrales qui se surajoutent aux séquelles de l'accident permettront difficilement le retour vers une pleine capacité travail autre que purement administrative.

Au plan psychiatrique
Oui, par un suivi psychothérapeutique plus rapproché et un changement de la médication psychotrope.
A ce jour, Monsieur a une capacité de travail de 60 %, sans diminution de rendement, dans toutes activités.
L'anxiété généralisée et le syndrome douloureux somatoforme persistant traités permettraient une augmentation de la capacité de travail à un taux de 80 %.
Les capacités adaptatives, déjà réduites, vont probablement diminuer avec l'âge et empêcher une reprise à 100 %.

- Quel genre d'activité et à quel taux?

Au plan somatique et psychiatrique

Une activité de gestion, d'organisation et de supervision, à un taux de 60% actuellement, et de 80% progressivement une fois le problème assécurologique réglé, avec un suivi psychiatrique et somatique.

13. Quel est votre pronostic?

Au plan de la médecine interne et neurologique
Une stabilité de la situation voire une amélioration des plaintes subjectives une fois le problème assécurologique réglé. Toutefois le haut indice de kinésiophobie (peur du mouvement) assombri le pronostic de reprise avec un score de Tampa se situant actuellement à 62.

Au plan orthopédique
On peut s'attendre à une certaine péjoration à moyen ou à long terme des troubles dégénératifs post fracturaires de la cheville gauche et post entorse de la cheville droite.

Au plan psychiatrique
Le pronostic paraît mitigé en raison d'une diminution progressive des capacités adaptatives.

14. Y a-t-il atteinte à l'intégrité corporelle suite à l'accident ? de quel taux selon les tables établies par la SUVA?

Au plan de la médecine interne
Une indemnité concernant le status après splénectomie a déjà été versée.

Au plan neurologique
Nihil.

Au plan orthopédique
Oui 10% cheville G (arthrose tibio-tarsienne de degré moyen) cf. Table 5 des Indemnisations pour Atteintes à l'intégrité selon LAA.

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

II .QUESTIONS DU RECOURANT

15. Quels ont été les traitements médicaux entrepris à la suite de ces lésions?

Au plan rhumatologique
Il faut poursuivre l'auto-reconditionnement global par la pratique régulière de la natation, envisager d'augmenter le périmètre de marche, stopper l'usage de la chaise roulante. M. A.H._____ fait l'usage déjà régulier de sa piscine et s'améliore dit-il durant ses séjours à sa résidence secondaire en [...], ce qui est également favorable.

Au plan neurologique
Physiothérapie et orthèse de type Heidelberg mais ils ne sont plus nécessaires.

Au plan orthopédique
Les traitements effectués jusqu'ici sont énumérés dans les diverses pièces médicales mises à disposition pour l'expertise.

Au plan psychiatrique
Suivi psychothérapeutique mensuel et traitement par des benzodiazépines. La prise de benzodiazépines augmente progressivement au cours des mois et engendre une dépendance, une accoutumance et des troubles de la concentration.

16. Pour diminuer les douleurs, quelle médication A.H._____ doit-il prendre?

Au plan rhumatologique
Des antalgiques de premier et deuxièmes palier. Nous ne voyons pas d'indication aux morphiniques au long cours.

Au plan neurologique
Aucune douleur neurogène nécessitant un traitement spécifique. Douleurs ostéo-articulaires (cf. avis orthopédique et rhumatologique).

Au plan orthopédique
Les problèmes ostéo-articulaires imputables à l'accident de 2008 relèvent pour l'instant de mesures symptomatiques et d'un suivi médical espacé à long terme. Les troubles des chevilles ne relèvent pas de mesures majeures d'antalgie ni à ce stade d'un traitement chirurgical.

Au plan psychiatrique

Au vu d'un seuil douloureux et anxiogène abaissé, un traitement antidépresseur agissant conjointement sur les douleurs et l'anxiété est nécessaire.

17. Quelle est la répercussion de cette médication sur son état de santé et sa capacité de travail et son rendement?

Au plan rhumatologique
Cette lourde médication est délétère. Des interactions sont possibles, des effets additifs sont potentiellement possibles sur l'état de vigilance et la concentration et sur la clearance des médicaments. Le Dr G._____ va prendre contact avec le médecin traitant, le Dr D._____ qui prescrit l'ensemble de cette médication pour envisager dans un premier temps un sevrage des morphiniques qui n'ont pas leur place ici.

Au plan neurologique
Aucune.

Au plan orthopédique
A priori aucune.

Au plan psychiatrique
La dépendance aux benzodiazépines, associée à une lourde médication, interfère en partie sur la concentration et se répercute par conséquent négativement sur la capacité de travail.
Un sevrage progressif des benzodiazépines est nécessaire.

18. Pouvez-vous confirmer le bien-fondé des rapports adressés par la Dresse???._____ au Dr D._____ les 23.11.2009 (pièce 16) et 28.02.2011 (pièce 25)?
Au plan rhumatologique
Oui, absolument au plan de l'état rachidien.

Au plan neurologique
Le bilan neurologique et ENMG ne confirme pas l'atteinte du nerf péronier droit, mais ne peut pas exclure une ancienne contusion de ce nerf dont l'évolution actuelle est excellente, puisqu'il n'y a pas de déficit neurologique clinique objectivable. Il n'y a pas d'argument non plus pour une atteinte radiculaire L5-S1. Actuellement, il existe une pseudo-parésie du MID (membre inférieur droit) sans substrat neurologique.

Au plan orthopédique
Oui — avec une réserve concernant le diagnostic neurologique (atteinte du n. péronier) qui ne se confirme plus. On soulignera également que le tableau algique et pathologique rapporté par le Dr???._____ englobe aussi les co-morbidités étrangères à l'accident de 2008.

Au plan psychiatrique
Est signalée une crise d'anxiété généralisée correspondant en fait à une attaque de panique, se résolvant rapidement sous prise de benzodiazépine (Temesta® Expidet).

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

Au plan neurologique
Non, M. A.H._____ n'a pas d'atteinte neurologique qui le rendrait totalement incapable de travailler depuis son accident de 2008.

Au plan orthopédique, rhumatologique
(Voir 12.) Nous avons évalué la situation un peu différemment que le Dr L._____ admettant une IT définitive comme cuisinier. Nous pensons qu'à partir de l'expertise L._____ des seules suites de l'accident, une réadaptation était exigible. D'autres éléments ont interféré.

Au plan psychiatrique
Non, M. A.H._____ n'est pas totalement incapable de travailler depuis son accident du 16 août 2008.

20. Où en est la tentative de reconversion professionnelle de A.H._____? Au plan somatique et psychiatrique

Une réadaptation s'est effectuée durablement à 20 % (alors que nous retenions une capacité de travail de 70% lors d'une précédente expertise) puis à 50% dès le 1er février 2012.

III. QUESTIONS DE L'INTIMEE

21. Est-ce que les plaintes subjectives peuvent être objectivées?

Au plan neurologique
Seules les acroparesthésies des deux membres supérieurs peuvent être objectivées sur le plan neurologique (syndrome du canal carpien bilatéral cf. ENMG).

Au plan orthopédique et rhumatologique
En grande partie oui malgré des phénomènes de majoration observés. Il existe les critères pour une fibromyalgie, mais avec des points douloureux dépassant ce syndrome, c'est-à-dire une allodynie très diffuse, au-delà des sites de la fibromyalgie et des sites lésionnels connus, et aussi des critères d'amplification selon Matheson. Les experts ont également trouvé plusieurs signes de Waddell en augmentation au fil du temps écoulé. En discussion consensuelle avec l'experte psychiatre, nous avons retenu dès lors un trouble somatoforme.

Au plan psychiatrique
La diminution du seuil anxiogène et la réduction des capacités adaptatives sont objectivées. Les troubles mnésiques ne sont pas mis en évidence. Quelques troubles de la concentration sont présents, en particulier lorsque M. A.H._____ est dans l'émotion.

22. La parésie des péroniers et de l'extenseur des orteils droits est-elle en relation de causalité naturelle avec l'événement du 16.08.2008?

Au plan neurologique
On peut supposer que l'atteinte du nerf péronier droit ait été en relation avec le traumatisme de 2008, mais il n'y a aucun document

qui ne l'atteste en phase aigue; actuellement il n'y a pas de parésie mais plutôt une pseudo-parésie d'origine extra-neurologique qui avait d'ailleurs déjà été relevée par le professeur M.M_____ lors d'une évaluation neurologique à l'unité nerf-muscle en 2010.

Au plan psychiatrique
Question ne concernant pas l'expert psychiatre.

23. Peut-on encore attendre une amélioration notable de l'état de santé de l'assuré ? si oui quelles sont les mesures que vous proposez ? Pronostics?

Au plan rhumatologique
Oui si M. A.H._____ peut envisager au terme du conflit qui l'oppose avec ses assurances reprendre une vie « normale », avec un reconditionnement progressif, un sevrage médicamenteux avec l'aide du Dr G._____ et du Dr D._____.
Le comportement douloureux associé à des critères d'amplification selon Matheson et Waddell ainsi qu'à un haut indice de kinésiophobie telle que nous l'avons identifié au questionnaire de Tampa chez un expertisé qui se déplace encore en chaise roulante à son domicile, ou avec une canne lors des examens cliniques est de mauvais pronostic. Lors du bilan d'ergothérapie l'expertisé stoppe l'effort sans accélération du pouls alors qu'il n'avait pas pris de b-bloqueur, ou sans recrutement de la musculature accessoire, à l'EMG, le neurologue relève l'absence de recrutement des petites activités motrices dépendant de la volonté évoquent aussi un facteur de mauvais pronostic pour la réadaptation ou la reprise professionnelle. Ceci dépasse le cadre lésionnel objectif.

Au plan neurologique
Pas d'atteinte neurologique résiduelle, notamment en ce qui concerne le nerf péronier droit.

Au plan orthopédique
Sur le plan orthopédique probablement pas à ce stade. Il y a un risque d'aggravation des arthroses avec le temps.

Au plan psychiatrique
On peut attendre une amélioration de l'anxiété généralisée et du syndrome douloureux somatoforme persistant avec un suivi psychiatrique plus rapproché et une modification du traitement psychotrope. Le pronostic quant à la reprise d'une capacité de travail entière est cependant mitigé en raison d'une diminution progressive des capacités adaptatives liées à l'âge.

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

Au plan neurologique

Pas de traitement neurologique spécifique. L'utilisation de l'orthèse de type Heidelberg n'est plus indiquée.

Au plan orthopédique
Prescription ponctuelle de séances de physiothérapie (6 à 9 par an) peut contribuer à maintenir la fonction des chevilles ou à éviter une péjoration.

Au plan psychiatrique
Oui, sous forme de psychothérapie à la quinzaine avec réévaluation du traitement psychotrope, ceci pendant une année minimum.

25. Dans quelles activités (p ex. soulever/porter ; position du corps/mobilité ; etc) indépendamment de l'activité professionnelle exercée avant l'accident, M. A.H._____ est-il limité ? Dans quelle étendue (temps, prestation) en considérant une occupation à plein temps?

Au plan rhumatologique
Les limitations fonctionnelles
Rachis : nécessité de pouvoir alterner la position assise et la position debout ce qui permet également de varier la position de la tête. Pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kg, pas de port régulier de charges d'un poids excédant 12 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc. Membres supérieurs : pas de travail en élévation ou d'abduction des membres supérieurs à plus de 80°, pas de lever de charges excédant 8 kg avec les membres supérieurs.
Membres inférieurs pas de travail nécessitant des génuflexions répétées ou l'utilisation d'escabeaux, d'échelles ou escaliers de manière fréquente.
Sans co-morbidité psychiatrique, il pourrait travailler dans un travail ainsi adapté à plein temps.

Au plan neurologique
Pas de limitation neurologique. Pour limitation ostéo-articulaire voir avis orthopédique et rhumatologique.

Au plan orthopédique
Voir 11 et 12.

Au plan psychiatrique
Quelle que soit l'activité, la capacité de travail est de 60%, ceci en raison des troubles psychiques.

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

Au plan orthopédique
Voir 11 et 12.

Au plan psychiatrique

> Dans une activité adaptée aux compétences de l'expertisé, la capacité de travail est de 60% avec un rendement plein. Mieux traités, les troubles psychiques devraient s'améliorer dans les 12 prochains mois et ainsi permettre une capacité de travail de 80%.
> Au vu de la diminution progressive des capacités adaptatives et d'apprentissage, qui vont encore se réduire avec l'âge, une capacité de travail entière ne sera probablement pas retrouvée.
>
> Au plan rhumatologique
> Cf. limitations fonctionnelles données et CT établies en fonction des types d'activité ci-dessus."

Dans ses déterminations du 20 juin 2012, K._____ a notamment soutenu que les troubles psychiques n'étaient pas en lien de causalité avec l'accident de 2008, de même que le status après probable contusion du nerf sciatique poplité externe droit, sans séquelle significative et le syndrome cervical modéré et syndrome lombo-vertébral variable sur spondylodiscarthrose avec lipomatose péridurale lombaire sans myélopathie, ni radiculopathie, sans instabilité. Elle a admis un lien de causalité uniquement entre l'accident de 2008 et le status après fracture comminutive du tibia distal gauche ostéosynthésée, le status après AMO et arthrose secondaire, le status après entorse de la cheville droite/contusion de la malléole externe droite et le status après splénectomie pour rupture traumatique de la rate. S'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, elle a estimé un taux d'atteinte à l'intégrité global de 20%, l'atteinte à la rate entraînant une indemnité d'un taux de 10% déjà versée et la cheville gauche, une indemnité d'un taux de 10% selon l'annexe 3 OLAA (Ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982, RS 832.202) table 5 de la SUVA en raison de l'arthrose moyenne, la cheville droite ne subissant pas d'atteinte à l'intégrité en rapport avec l'accident du 16 août 2008. Concernant la capacité de travail l'intimée préconise une réinsertion professionnelle permettant au recourant de vaquer à ses occupations à 100% dans une activité adaptée et allégée.

Dans sa détermination du 28 juin 2012, le recourant a indiqué avoir constaté plusieurs erreurs dont notamment en page 63 de l'expertise qui mentionne que l'expertise du Dr L._____ avait été faite trois ans après l'accident au lieu d'une année. Il a en outre déposé une liste relative

à des erreurs formelles constatées dans le rapport. Il a déclaré ne pas être d'accord avec certaines appréciations et conclusions de l'expertise mais renoncer à requérir un complément d'expertise ou une seconde expertise. Il a requis l'audition de J.J_____ de l'OAI et de la Dresse V._____.

Les Drs S._____ et T._____ ont été invités à répondre aux questionnaires du recourant.

Le 4 décembre 2012, le Dr S._____ a répondu comme il suit :

> “1.- Comment connaissez-vous A.H._____ ?
> Je suis domicilié au ch. de […] à […] depuis juillet 1981.
> M. B.H._____, père de A.H._____, a été mon voisin au no 16 jusqu’à son décès en 2002.
> M. A.H._____ et sa famille sont venus habiter à […] dès 2004. Auparavant, j’avais eu l’occasion de rencontrer M. et Mme A.H._____ en tant que restaurateurs au Buffet de la Gare à […]. Depuis leur déménagement à […], M. et Mme A.H._____ sont devenus des amis. M. et Mme A.H._____, ainsi que leur fille […] ont été mes patients. En tant que médecin-chef du Service d’orthopédie et de traumatologie de l’Hôpital d’Yverdon (EHNV) je les ai traités pour des lésions complètement guéries depuis lors, n’ayant rien à voir avec les problèmes en cause actuellement.
>
> 2.- Quelles sont votre formation et votre expérience dans le domaine orthopédique ?
> Je suis spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et en traumatologie de l’appareil moteur. J’ai été chef de clinique du Service de Traumatologie du Département de chirurgie du CHUV (prof. F. […] et Dr […]), puis chef de clinique à l’Hôpital orthopédique de la Suisse Romande (prof. […]), médecin-adjoint du Département d’orthopédie et de traumatologie du CHUV (prof. […]) et enfin médecin-chef du Service d’orthopédie et de traumatologie de l’Hôpital d’Yverdon (EHNV), service que j’ai créé en 1982 et dirigé jusqu’à ma retraite au 01.01.2003.
> En 2003 et 2004, j’ai fonctionné comme médecin d’arrondissement remplaçant à la SUVA à Lausanne et dans ce cadre, j’ai procédé à de nombreux examens d’assurés accidentés et d’expertises.
>
> 3.- Avez-vous eu connaissance du dossier médical de A.H._____, en particulier de l’expertise du Dr L._____?
> J’ai eu connaissance des pièces suivantes:
> a. Rapport de l’expertise effectuée par le Dr L._____ le 28.08.2009 à la demande de la K._____ LAA
> b. Lettre de sortie du CHUV du 23.11.2009, signée par le Dr???._____ médecin associée
> c. Lettre du Dr T._____ adressée au médecin-conseil de la K._____ le 25.02.2010
> d. Rapport de l’IRM de la cheville gauche daté du 09.09.2010 et signé par le Dr. A._____

e. Lettre du Service de neurologie du CHUV adressée au Dr T._____ le 20.10.2010 et signée par les Dr M.M_____, prof. ordinaire, et E._____, méd. Assistant
f. Lettre du Dr T._____ du 03.11.2010 adressée au Dr D._____
g. Lettre de la Dr???._____ adressée le 28.02.2011 au Dr D._____ à [...]

4.- Quelle est votre appréciation de cette expertise ?
a) En premier lieu, je l'ai trouvée prématurée à peine une année après l'accident, d'autant plus que A.H._____ était encore en traitement. On sait statistiquement que l'évolution de ce type de traitement est longue.
Le matériel d'ostéosynthèse métallique massif était encore en place lors de l'examen du Dr L._____, empêchant de pratiquer une IRM, seul examen apte à donner de bonnes images du cartilage articulaire. Il ne s'en fallait que de quelques mois pour qu'on puisse procéder à son ablation. L'expertise aurait donc dû être différée au moins jusqu'à ce que le matériel d'ostéosynthèse ait été enlevé et que l'IRM ait été effectuée.
Une fracture du pilon tibial est complexe puisqu'elle atteint l'articulation tibio-astragalienne qui est essentielle pour la marche; son intégrité permet de marcher sans boiterie, de courir, de sauter. Les lésions du tibia ont souvent un impact sur le cartilage de l'astragale, deuxième composant de l'articulation tibio-astragalienne. Il est plus facile d'apprécier la situation clinique exacte une fois le matériel d'ostéosynthèse enlevé.
b) J'ai trouvé l'expertise incomplète avec des imprécisions, des inexactitudes et un certain manque de logique dans sa rédaction.
Par exemple
P.2, al.9: L'expert mélange dos, chevilles, genoux gauche et droit; il parle de la consolidation de la fracture, mais pas de la congruence articulaire, ce qui est essentiel.
P.3, al.4: L'expert considère la mobilité en flexion-extension de la cheville gauche à 15-0-20 comme bonne, alors que pour une cheville normale on devrait arriver à 20-0-60. L'expert, encore une fois, ne parle que de la fracture consolidée, mais ne dit rien des surfaces articulaires.
P.3 et 4 A.H._____ signale à l'expert l'ablation du ménisque interne droit à l'âge de 16 ans. Paradoxalement l'expert écrit : « Exception faite de l'accident du 16.08.2008, il (A.H._____) n'a été victime d'aucun autre accident ni d'autre intervention chirurgicale. »
P.5, al.2 Plaintes du patient : ce dernier signale entre autres des lâchages de la cheville droite. La cause de ces lâchages n'est pas recherchée par l'expert, alors qu'ils sont vraisemblablement dus aux séquelles d'une entorse du ligament latéral externe de ladite cheville et d'une lésion du nerf péronier. Cela aurait modifié l'appréciation du cas.
P.6.3 : « La marche sur la pointe des pieds et sur les talons est très difficile ». Cela m'étonne. Elle devrait être impossible, à gauche en raison de la fracture et à droite en raison de la présence d'une lésion neurologique importante qui n'est décrite nulle part dans l'expertise. En effet, A.H._____ a présenté à droite une paralysie du nerf sciatique poplité externe, survenue subséquemment à l'accident entraînant un pied tombant et l'impossibilité de faire une flexion dorsale active du pied et des orteils. J'ai moi-même constaté cette lésion en rendant visite à M. A.H._____ à l'Hôpital quelques jours après l'accident. Cette lésion grave a été signalée par:

- le Dr T._____ (cf doc. annexé lettre c)
- la Dresse???._____ (lettre de sortie du CHUV du 23.11.2009 cf doc. annexé lettre b). En effet, en p.1 sous diagnostic principal, elle écrit
- status post fracture du pilon tibial gauche
- arthrose post traumatique
- status post entorse de la cheville droite (accident du 22.08.2008)
- atteinte tronculaire du nerf péronier droit post traumatique (accident du 2 août 2008).

Voir également les documents annexés sous lettres d,e,f,g.

P.8.4. Evolution

Le Dr L._____ ne parle pas du plus important après une fracture du pilon tibial, c.-à-d. des surfaces articulaires faisant partie de l'interligne articulaire tibio-astragalien.

En ce qui concerne la cheville droite, le Dr L._____ parle d'une mobilité — active ? passive ? – normale; une mobilité active normale est incompatible avec une lésion du nerf sciatique poplité externe.

Cependant, en raison des douleurs à la cheville droite dont se plaignait A.H._____, il présentait vraisemblablement un syndrome du sinus du tarse complication très fréquente d'une entorse de cheville et d'une parésie du nerf péronier.

P.9, dernier al. "Je n'ai pas de proposition thérapeutique à formuler en relation avec l'accident du 16.08.2008." L'expert aurait dû proposer les traitements suivants :

- une stimulation électrique du nerf péronier droit, ce que le Dr T._____ a par la suite prescrit en ordonnant l'utilisation d'un Compex à domicile (appareil de stimulation électrique). La prise en charge de cet appareil a été refusée par le médecin-conseil de la K._____, au motif qu'il n'y avait pas de lésion neurologique aux dires de l'expert (cf. doc. annexé lettre c).
- une attelle anti-steppage à droite pour aider à la marche et faciliter la rééducation.
- l'ablation du matériel d'ostéosynthèse de la cheville gauche, la fracture étant solide,
- puis une IRM de la cheville gauche - rendue possible par le retrait des corps métalliques - permettant seul de juger de l'état des surfaces articulaires cartilagineuses.
- Envisager à moyen ou long terme la nécessité d'une arthrodèse de la cheville gauche ou d'une prothèse en raison d'une arthrose post traumatique.

Le Dr L._____ ne parle d'une évolution possible vers une arthrose tibio astragalienne invalidante qu'incidemment en page 11 article 9.1. de son expertise.

<u>5.- Quelles constatations avez-vous faites au sujet de l'évolution de l'état de santé de ce patient depuis cet accident jusqu'à ce jour ?</u>

Je n'ai pas procédé à un examen médical récent de A.H._____ depuis le 26.08.2010, date à laquelle je l'avais examiné de façon approfondie à sa demande.

Son état de santé est stationnaire; il marche toujours avec une canne pour décharger son membre inférieur gauche, ainsi qu'avec une attelle anti- steppage du membre inférieur droit pour éviter de s'encoubler en raison de la faiblesse des muscles innervés par le nerf péronier lésé.

Vu le temps écoulé depuis l'accident, je doute que A.H._____ puisse encore faire des progrès significatifs l'arthrose post traumatique de la cheville gauche va probablement continuer à se

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

6.- Pouvez-vous confirmer que A.H._____ n'a pas été en mesure de reprendre une quelconque activité professionnelle depuis cet accident jusqu'à aujourd'hui ?
Oui dans son métier de cuisinier, restaurateur et traiteur.

7.- Selon votre avis, cette invalidité est-elle en lien de causalité avec l'accident du 16 août 2008 ?
Oui, l'invalidité secondaire à l'atteinte des membres inférieurs est entièrement due aux séquelles de l'accident du 16.08.2008.

8.- A votre avis, compte tenu de l'âge de A.H._____, des activités déployées jusqu'à présent (cuisinier, restaurateur et traiteur) et de ses limitations fonctionnelles, une reprise d'une activité professionnelle est-elle envisageable et exigible ?
Je pense que M. A.H._____ ne pourra plus jamais travailler en tant que cuisinier, restaurateur et traiteur en raison des lésions post-traumatiques (accident du 16.08.2008) qu'il présente aux membres inférieurs. J'ignore si l'AI envisage la possibilité d'un éventuel reclassement professionnel. Si on ne tient compte que de son état dû aux séquelles de l'accident du 16 août 2008, un reclassement ne pourrait intervenir que dans une profession sédentaire, assise."

Il a joint à ce rapport notamment :

- un rapport du 13 septembre 2010 du Dr A._____ qui a notamment indiqué, que l'IRM de la cheville gauche pratiquée le 9 septembre 2010 a montré la surface articulaire irrégulière compatible avec une arthrose ainsi qu'un amincissement du cartilage.

- Un rapport du 5 octobre 2010 du professeur M.M_____ dont il résulte notamment ce qui suit :

"diagnostics retenus
atteinte axonale du nerf péronier droit avec une atteinte de fonction surajoutée
status post accident de voiture en 2008 avec status post fracture tibial gauche traitée par ostéosynthèse
status post entorse de la cheville droite
[…]
interprétation et synthèse : nous notons ce jour une neuropathie péroniers Heer D, vraisemblablement par contusions. Se surajoutent une atteinte fonctionnelle de non utilisation qui pourrait être traitée par une thérapie cognitive et comportementale avec l'aide d'un physiothérapeute."

- Un rapport du 3 novembre 2010 du Dr T._____ où il a relevé que l'évolution radiologique et sur les IRM de la cheville gauche mettait en évidence une arthrose post traumatique dont l'évolution était marquée par l'apparition d'ostéophytes tibio-antérieurs et d'une géode au regard de la zone fracturaire intra-articulaire. Il a ajouté que l'EMG réalisé au CHUV confirmait une neuropathie péronière droite vraisemblablement par contusion;

- un rapport du 23 novembre 2009 de la Dresse???._____ qui a posé les diagnostics notamment de status post fracture du pilon tibial gauche traitée par ostéosynthèse en août 2008 - arthrose post-traumatique -, de status post entorse de la cheville droite (accident du 2 août 2008), d'une atteinte tronculaire du nerf péronier droit post-traumatique (accident du 2 août 2008). Elle a mentionné que les douleurs au niveau de la cheville gauche étaient d'intensité supportable, la mobilisation tibio-astragalienne restant limitée, les lésions dégénératives visibles sur la radiographie étant certainement responsables de cette situation. Concernant la cheville droite elle a indiqué que l'examen clinique avait montré une hypoesthésie tacto-algique au niveau du dos du pied et une faiblesse du muscle péronier externe, l'examen électroneuromyographique effectué durant le séjour confirmant une atteinte axonale compatible avec une atteinte tronculaire du nerf péronier droit certainement secondaire à l'accident.

- Un rapport du 28 février 2011 de cette praticienne concluant son rapport notamment comme il suit :

> "Dans l'ensemble, il y a peu d'évolution par rapport à mon examen de juin 2010, la parésie liée à l'atteinte axonale du nerf péronier droit est toujours présente et le patient va marcher avec une attelle anti-steppage. Cette lésion est vraisemblablement directement liée à son accident."

Le 5 décembre 2012, le Dr T._____ a répondu ce qui suit :

"**1. N'est-il pas exact que vous avez opéré et soigné A.H._____ à la suite de son accident de circulation du 16 août 2008 ?**

C'est exact.

2. Quelles constatations avez-vous faites au sujet de l'évolution de l'état de santé de ce patient depuis cet accident jusqu'à ce jour ?

Lors de l'accident le patient a souffert des lésions suivantes : une fracture du pilon tibial gauche qui a nécessité une réduction sanglante et ostéosynthèse en urgence. L'évolution a été marquée par la persistance de douleurs articulaires et un enraidissement de la cheville qui ont perduré même après l'ablation du matériel d'ostéosynthèse et qui actuellement se compliquent d'une arthrose post traumatique confirmée par une IRM. Cette arthrose peut, à terme, nécessiter des interventions chirurgicales soit prothétiques, soit visant à la fusion de l'articulation douloureuse.

Il a souffert également d'une entorse sévère de la cheville droite avec une atteinte du nerf péronier qui entraîne une perte de la fonction des releveurs du pied et nécessite la marche avec une orthèse stabilisatrice.

A ce jour il n'y a pas de récupération fonctionnelle significative permettant de se libérer de cette orthèse. Cette atteinte peut être considérée à mon avis comme définitive.

A noter également une entorse du genou gauche dans le cadre d'une arthrose préexistante dont l'évolution est actuellement sous contrôle mais nécessite des traitements de physiothérapie épisodiques. A terme une arthroplastie sera vraisemblablement incontournable.

M. A.H._____ a souffert également d'une sévère exacerbation de douleurs de son rachis cervico-dorso-lombaire qui ont nécessité une prise en charge universitaire par la Dresse???._____ ainsi que par des consultations spécialisées d'antalgie et d'anesthésie avec infiltrations mensuelles. Ce traitement est assuré par le Dr G._____ aux eHnv, site d' [...].

Il a souffert également d'une rupture de la rate en deux temps qui ont nécessité une splénectomie par nos confrères chirurgiens.

A noter également dans les suites un cancer vésical qui a été traité par le Dr Q.Q_____, actuellement stabilisé.

Le patient a subi un deuxième accident de la voie publique en novembre 2011 qui a exacerbé des douleurs du rachis cervical et lombaire qui sont toujours prises en charge par le Dr G._____ et par une physiothérapie dirigée. Il doit bénéficier encore d'un

traitement antalgique majeur supervisé par son médecin traitant, le Dr D._____ et le Dr G._____.

3. Pouvez-vous confirmer que A.H._____ n'a pas été en mesure de reprendre une quelconque activité professionnelle depuis cet accident jusqu'à aujourd'hui ?

M. A.H._____ avait, lors de l'accident, une activité professionnelle de cuisinier, restaurateur et traiteur indépendant. Il possédait un restaurant et exerçait une activité de traiteur. Ces deux activités ont dû être stoppées car il est dans l'incapacité totale de les exercer en raison des lésions susmentionnées liées à l'accident. Une réorientation par l'AI dans une activité sédentaire de formateur a été tentée. M. A.H._____ a reçu quelques mandats qu'il a pu honorer à hauteur d'une capacité de travail de 20 % mais une tentative de reprise d'une activité à hauteur de 50 % fût un échec. Actuellement M. A.H._____ est en attente d'un poste lié à sa réorientation professionnelle par l'AI.

4. Selon votre avis, cette invalidité est-elle en lien de causalité avec l'accident du 16 août 2008?

M. A.H._____ souffrait, avant cet accident, de douleurs du rachis qui lui avaient permis de reprendre une activité professionnelle de cuisinier, restaurateur et traiteur. Depuis cet accident, en raison des lésions traumatiques susmentionnées intéressant ses membres inférieurs et d'une exacerbation sévère de ses douleurs rachidiennes, le patient n'est plus en mesure de réaliser cette activité. Je pense que le lien de causalité entre l'invalidité actuelle et l'accident du 16 août 2008 est certain.

5. A votre avis, compte tenu de l'âge de A.H._____, des activités déployées jusqu'à présent (cuisinier, restaurateur et traiteur) et de ses limitations fonctionnelles, une reprise d'une activité professionnelle est-elle envisageable et exigible ?

Dans l'activité mentionnée de cuisinier, restaurateur et traiteur, aucune reprise d'activité professionnelle n'est envisageable ou exigible.

Dans une activité adaptée, une réorientation a été tentée par l'AI."

Le 8 janvier 2013, le Dr L._____ a écrit à K._____ ce qui suit :

"J'accuse réception de votre courrier daté du 17.12.2012, de la copie du rapport établi par le Dr T._____ en date du 05.12.2012, ainsi que du rapport signé par le Dr S._____ daté du 04.12.2012.
Vous désirez connaître mon opinion quant au contenu des rapports de mes confrères.

Pour répondre à votre demande, j'ai relu le dossier de M. A.H._____, que vous avez mis à ma disposition, ainsi que mon rapport d'expertise daté du 31.08.2009.

A relever que dans le dossier médical de M. A.H._____, certains rapports sont datés de 2004, de 2005, de 2006 et de 2007, c'est-à-dire qu'ils sont antérieurs à l'accident du 16.08.2008.

Je rappelle que j'ai expertisé M. A.H._____ le 25.08.2009 à la demande de la K._____. L'objectif de cette expertise était de déterminer la capacité de travail de l'assuré. Mon rapport vous a été adressé en date du 31.08.2009. C'est un fait que M. A.H._____ a été victime d'un polytraumatisme le 16.08.2008 qui a entraîné:

- une fracture complexe du pilon tibial gauche, traitée chirurgicalement par une réduction à ciel ouvert et une ostéosynthèse le 25.08.2008,
- une contusion du genou gauche,
- une entorse du ligament collatéral externe de la cheville droite,
- une rupture de la rate, traitée par sp le 29.08.2008,
- des contusions multiples.

La fracture de la cheville gauche et la rupture de la rate ont été traitées chirurgicalement. Les autres traumatismes ont été traités conservativement.

Dans son rapport du 05.12.2012, le Dr T._____ chirurgien de M. A.H._____, fait un amalgame entre les problèmes traumatiques et les phénomènes dégénératifs articulaires préexistants à l'accident du 16.08.2008. Il effectue une évaluation de l'incapacité de travail en se basant sur l'atteinte globale de la santé de l'assuré et non uniquement sur les atteintes en relation avec les problèmes post traumatiques.
Sous point n° 2, 2e paragraphe, le Dr T._____ parle d'une entorse sévère de la cheville droite avec une atteinte du nerf péronier. Or, c'est au mois d'octobre-novembre 2008 que le problème de la cheville droite et l'atteinte du nerf péronier sont mentionnés pour la première fois.
Une investigation neurologique du nerf péronier est effectuée au CHUV le 26.10.2009. Cet examen permet de poser le diagnostic d'une neuropathie du nerf péronier droit, sans que l'étiologie de l'atteinte soit précisée. Il est mentionné qu'il s'agit essentiellement d'une faiblesse du muscle péronier externe droit et d'une hypoesthésie tacto-algique au niveau du dos du pied. L'atteinte axonale est mentionnée, mais celle-ci peut avoir des causes multiples. On évoque, toutefois, la possibilité d'un état post contusionnel.
Le Dr T._____ signale qu'il existe une paralysie des releveurs du pied droit, ce qui justifierait la prescription d'une orthèse stabilisatrice. Or, l'examen neurologique parle d'une faiblesse du nerf péronier et la présence de troubles sensitifs, il n'est pas fait mention d'une paralysie. Selon le neurologue, la fonction est entravée par la longue immobilisation et la douleur. Dès lors, l'état de la cheville droite ne nécessite pas la prescription d'une orthèse anti- steppage, car le patient n'a jamais présenté de pied tombant.
Concernant les cervico-dorso-lombalgies, même si on peut admettre que l'accident du 16.08.2008 ait pu induire une aggravation des douleurs, cette aggravation doit être limitée dans le temps. Un délai

de trois semaines est suffisant pour que le statu quo ante/sine ait été retrouvé.
De même, les douleurs dues à l'entorse légère du genou gauche doivent être limitées dans le temps.

Rapport du Dr S._____ du 04.12.2012
Le Dr S._____, dont je reconnais tout à fait les compétences, est le médecin traitant de M. A.H._____ et de sa famille. Comme tout médecin traitant, il est en empathie avec son patient.
En réponse aux remarques du Dr S._____, mentionnées sous point n°4a, je rappelle que mon expertise effectuée à la demande de la K._____ le 25.08.2009 avait pour objectif d'apprécier la capacité de travail de M. A.H._____, un an après l'accident du 16.08.2008. Cet examen n'avait pas pour objectif de liquider le cas de M. A.H._____.
La présence de matériel d'ostéosynthèse au niveau de la cheville n'est pas un obstacle à la reprise d'une activité lucrative.
Dans le cas présent, l'ablation du matériel d'ostéosynthèse ne modifie en rien la capacité de travail.
Dans le cas d'une fracture du pilon tibial, il est fréquent qu'il y ait une atteinte cartilagineuse tibio-astragalienne. Dans le cas de M. A.H._____, la réduction chirurgicale est bonne, les contrôles cliniques et radiologiques post opératoires étaient bons.
Dans mon rapport, à la page n° 12, sous point n° 11, j'ai mentionné qu'il est trop tôt pour évaluer le taux d'atteinte à l'intégrité de M. A.H._____ en relation avec l'accident du 16.08.2008. Sous point b : le Dr S._____ m'attribue un "manque de logique".
Une mobilité articulaire estimée comme bonne, ne sous-entend pas qu'elle soit normale. De manière générale, une flexion dorsale de 15° et une flexion plantaire de 20° sont largement suffisantes pour permettre au patient de marcher et de travailler.
Dans mon rapport, à la page n° 7 : sous la description radiologique des clichés de la cheville droite datés du 19.08.2009, je signalais que la mortaise était respectée, c'est-à-dire que les rapports articulaires tibio-astragaliens étaient en ordre. Présence de modifications dégénératives de l'interligne articulaire du pilon tibial. Ceci signifie que le processus arthrosique a débuté, mais cela ne signifie pas qu'il entraîne une incapacité totale de travail, et encore moins d'envisager l'implantation prothétique.
Sous point n° 3, dernier alinéa: dans l'anamnèse personnelle de M. A.H._____, je signale une méniscectomie interne au genou droit à l'âge de 16 ans. Cette information est occultée par le Dr S._____.
L'origine des lâchages de la cheville droite n'a pas été élucidée. Toutefois, associer d'office une lésion du nerf péronier et une lésion du ligament latéral externe pour expliquer avec certitude des lâchages est trop simple.
Le Dr S._____ me reproche de ne pas avoir parlé du pied tombant de M. A.H._____ dans mon rapport d'expertise. Ceci est exact, car lors de mon examen, je n'ai pas objectivé de pied tombant. M. A.H._____ avait une fonction de la cheville droite avec une flexion/extension de 5/0/50, contre 5/0/40 pour la cheville gauche et une éversion/inversion de 30/0/40 à droite contre 30/0/30 à gauche. Ces mensurations montrent qu'il existait une amélioration notable en comparaison avec l'examen effectué par le Dr T._____. Il s'agit ici de mensurations de la mobilité active de la cheville droite et les résultats sont quasi symétriques aux mensurations de la cheville gauche.

On ne peut donc pas parler d'une atteinte paralysante du nerf sciatique poplité externe, ni du nerf péronier.
La mention d'une entorse de la cheville droite apparaît au mois de novembre 2008. A cette date, il n'est fait aucune allusion à une atteinte du nerf péronier (cf au rapport du Dr T._____ du 19.11.2008). Dans son rapport d'expertise daté du 10.01.2006, le Dr P._____ signale que M. A.H._____ éprouve des difficultés pour travailler. Ces difficultés coïncident avec la date de fermeture du buffet de la gare CFF à [...] en 2004.
M. A.H._____ éprouve également des difficultés à assumer son travail lorsqu'il devient directeur du restaurant du camping d' [...] en 2005. Il met ces difficultés en relation avec des problèmes lombaires, d'origine dégénérative, et une hernie discale connue. Il est donc erroné d'affirmer que M. A.H._____ a travaillé normalement jusqu'au moment de l'accident du 16.08.2008.
Le Dr P._____ mentionne que M. A.H._____ marche sans boiterie, qu'il peut se mettre sur la pointe des pieds et sur les talons et qu'il s'accroupit de manière normale.
Lors de l'examen clinique effectué le 19.12.2006 au SMR de l'Office AI, donc 10 mois après l'expertise du Dr P._____, il est mentionné que M. A.H._____ a vendu son restaurant, mais que le service traiteur existe encore.
Le Dr C._____ qui effectue l'examen du 19.12.2006, note sous rubrique "status" que M. A.H._____ est très démonstratif lors de l'examen clinique, qu'il pousse d'importants cris et émet des gémissements.
Lors de cet examen, l'accroupissement est à peine ébauché, l'assuré alléguant d'importantes lombalgies. La marche sur la pointe des pieds est laborieuse, mais réalisable. La marche sur les talons serait impossible du fait de la présence de lombalgies.
On note une mobilité normale et symétrique des deux chevilles avec une flexion dorsale/plantaire de 0/0/25. A relever que lors de cet examen, aucune atteinte neurologique n'était mentionnée. Le Dr C._____ mentionne une limitation de la mobilité qui serait anormale, toutefois, les mensurations sont toujours indicatives, elles servent d'orientation et ne doivent pas être appliquées à la lettre. Pour une mobilité dite normale qui s'applique à un sujet en dehors de tout contexte non traumatologique et assécurologique, ces valeurs seraient pathologiques. La normalité voudrait une flexion dorsale/flexion plantaire d'environ 20/0/50. Ceci démontre que les mensurations sont indicatives et qu'elles peuvent être faussées par le comportement du sujet.
Le Dr Q._____ FMH en chirurgie orthopédique à [...], a effectué une expertise sur dossier pour la K._____, le 01.04.2009. Ce confrère relève une mobilité de la cheville gauche de 15/0/20.
A la page 2 sous point 1 "cheville gauche", le Dr Q._____ écrit: "Je ne comprends pas la discrépance qui existe entre l'état radiologique et clinique (constatations du Dr T._____) et l'état décrit par le patient, qui ne peut pas marcher plus de 10 mètres avec des douleurs aux deux chevilles et qui ne peut pas se passer de sa chaise roulante. Néanmoins, une année après une fracture du pilon tibial bien réduite, la symptomatologie devrait disparaître.
Sous point 2 : Au vu des réponses du Dr T._____ et l'excellente qualité de la consolidation du pilon tibial, le cas de la cheville gauche ne laisse pas craindre une incapacité de travail définitive dans la profession exercée de restaurateur.

Sous point: “Genou gauche” : la gêne ressentie par le patient est une gêne liée à une lésion dégénérative du genou qui est antérieure à l’événement du 16.08.2008.
Sous point n° 2.3 : Le genou droit a présenté une contusion possible lors de l’événement du 16.08.2008. Le status quo sine est atteint après 10 à 15 jours après l’événement.
Sous point n° 5 Les douleurs lombaires ressenties par le patient sont également d’origine dégénérative. La violence du choc a également pu aggraver cette symptomatologie, mais seulement passagèrement.
Dans un rapport établi le 07.02.2007, le Dr G._____ médecin chef du Service d’antalgie de l’Hôpital d’ [...], note au dernier paragraphe : “Tous les traitements entrepris à ce jour, par physiothérapie, ostéopathie, AINS, faibles opiacés, antidépresseurs et anxiolytiques, n’ont pas permis d’atténuation de la symptomatologie algique. Une atteinte tronculaire du sciatique poplité externe, si elle est traumatique, se manifeste d’emblée. Ceci n’a pas été le cas chez M. A.H._____.
Ultérieurement, sans qu’une date précise puisse être arrêtée, on constate une paralysie avec une atteinte tronculaire. Je me réfère à l’examen électromyographique du 26.10.2009 qui parle de neuropathie péronière droite avec une faiblesse au niveau du muscle péronier droit et une hypoesthésie tacto-algique au niveau du dos du pied droit.
En présence d’un canal lombaire étroit d’origine dégénérative, d’une hernie discale L5-S1, d’une lipomatose médullaire importante et de sciatalgies bilatérales connues de longue date, l’atteinte du nerf péronier droit aurait pu apparaître spontanément. Au vu du status local de la colonne lombaire, c’est cette étiologie que je privilégie.
L’examen neurologique du 26.10.2009 fait état d’une possible étiologie traumatique. C’est seulement lors du 2e examen neurologique, effectué le 20.10.2010, et très probablement sur la base des renseignements fournis par le médecin prescripteur, que le neurologue fait état d’une vraisemblable atteinte par contusion.
Le Dr S._____ mentionne qu’il a constaté la présence d’un pied tombant quelques jours après l’accident du 16.08.2008, lorsqu’il a rendu visite à M. A.H._____.
Il est surprenant que le Dr S._____ ait été le seul médecin à avoir constaté cette lésion, alors que l’assuré a été hospitalisé durant plusieurs jours et que différents médecins l’ont examiné et soigné. Il est aussi étonnant que ce confrère ait procédé à un examen clinique chez un patient hospitalisé, fraîchement opéré de son membre inférieur gauche et d’une splénectomie, c’est-à-dire un patient qui se trouvait dans un état influencé par les narcoses et une médication importante.
A la page n° 4 de sa lettre du 04.12.2012, le Dr S._____ signale la présence d’un vraisemblable syndrome du sinus du tarse. Or, aucun élément clinique objectif ne vient confirmer ce diagnostic. Toutefois, même si ce diagnostic devait se confirmer, il n’influencerait en rien la capacité de travail de M. A.H._____ estimée au moment de mon examen du 25.08.2009. Là encore, le Dr S._____ est le seul à évoquer ce diagnostic de sinus du tarse.
Le Dr S._____ émet divers reproches à mon encontre, notamment:
- De ne pas avoir fait de propositions thérapeutiques, principalement de ne pas avoir avalisé un traitement par Compex. Or, un an après un éventuel traumatisme neurologique, un tel traitement a peu de chances d’apporter un bénéfice. Par ailleurs, aucune lésion

neurologique conséquente n'a été objectivée chez M. A.H._____. Ce traitement pourrait être tenté dans le cas d'une atteinte neurologique évidente ou en cas d'une importante amyotrophie.
Ceci n'est pas le cas de M. A.H._____.
- Le Dr S._____ propose le port d'une attelle anti-steppage. A mon avis, cette attelle n'est pas utile, car M. A.H._____ ne présente pas de steppage, du fait d'une atteinte légère des releveurs du pied. Le port de cette attelle ne peut être que nocif, car elle empêche le travail musculaire.
- Il propose une IRM, afin d'apprécier l'état articulaire de la cheville. Cet examen n'était pas utile au moment de mon expertise du 25.08.2009, car il n'aurait pas modifié la situation de M. A.H._____ et n'aurait pas entraîné de nouveaux traitements. Dès lors, effectuer une IRM dans ces circonstances ne servait à rien. Par ailleurs, le matériel d'ostéosynthèse était encore en place, ce qui contredit un examen par IRM. Il aurait fallu pratiquer un scanner.
- Parler de la possibilité d'une arthrodèse ou une arthroplastie à plus ou moins long terme, n'influence pas la capacité de travail estimée au moment de mon examen du 25.08.2008. Il s'agit uniquement de se projeter dans le futur et de prendre en considération ce traitement lorsque l'état de la cheville droite de M. A.H._____ se sera aggravé de manière conséquente. Cette aggravation prendra plusieurs années, au vu du bon état de la cheville gauche. En attendant, M. A.H._____ peut travailler.
Il faut constater que M. A.H._____ a manifesté durant de nombreuses années, et cela avant l'accident du 16.08.2008, une symptomatologie nettement exagérée par rapport à son état clinique et radiologique, déjà en rapport avec sa colonne lombaire.
Suite à son accident du 16.08.2008, M. A.H._____ a estimé que son état de santé s'est aggravé. Or, les examens cliniques et radiologiques n'ont pas démontré d'aggravation durable de l'état dégénératif connu et préexistant. La fracture du pilon tibial droit a évolué de manière favorable.
Les rapports du Dr T._____ et du Dr S._____ démontrent que le but de l'expertise, que la K._____ m'a confié en 2009, ne leur est pas connu.
Le but de mon expertise était de démontrer l'état réel post traumatique et l'état dégénératif préexistant. Il existe une discrépance évidente entre la clinique, la radiologie et les plaintes invalidantes dont fait état M. A.H._____."

Le 9 avril 2013, le recourant s'est déterminé sur ces rapports. Il a notamment relevé que l'avis du Dr S._____ divergeait non seulement de l'expertise du Dr L._____ mais également de l'expertise judiciaire, le Dr S._____ confirmant que le recourant n'avait pas été en mesure de reprendre une quelconque activité professionnelle en tant que cuisinier restaurateur et traiteur depuis son accident d'août 2008 et qu'il ne pourrait vraisemblablement plus jamais exercer une telle profession en raison des lésions post traumatiques qu'il présente aux membres inférieurs liés à l'accident et que l'invalidité secondaire à cette atteinte était entièrement due aux séquelles de l'accident.

Le 17 juin 2013, le recourant a renoncé à déposer un projet de questionnaire à l'intention du BREM mais a requis son audition par les Dresses V._____ et S.S_____, expertes au BREM.

Dans un rapport complémentaire daté du 9 août 2013 et reçu par le greffe le 22 octobre 2013, le BREM s'est prononcé comme il suit sur ces rapports :

"a) Rapport du Dr S._____ du 04.12.2012

L'atteinte tronculaire du nerf péronier droit post traumatique a été évaluée par ENMG par le spécialiste neurologue FMH, le Dr V.V_____, et s'est révélée non significative. Le Dr L._____ qui avait du reste examiné le patient ne retenait pas une telle atteinte dans son expertise. C'est au CHUV que cette neuropathie a été évoquée. Son évolution est favorable puisque le Dr V.V_____ ne retenait plus de déficit neurologique évident en regard de ce nerf périphérique si bien que nous n'avons pas jugé nécessaire que M. A.H._____ marche encore avec son attelle anti-steppage. Nous constatons que le Dr S._____ n'a pas été informé des résultats de notre expertise, notamment du bilan neurologique récent qui permet de confirmer une bonne évolution sur ce plan.
Les diagnostics retenus avec le risque arthrogène post traumatique ont été évoqués dans nos expertises. Les radiographies ne montraient pas l'évolution d'une arthrose rapidement évolutive, mais nous avons tenu compte de ce risque à long terme dans nos limitations fonctionnelles. Si la cheville souffre d'une instabilité significative, cela constituerait un risque d'arthrose plus rapidement évolutive, ce qui ne nous paraît pas être le cas.
Le rapport du Dr S._____ ne modifie pas le contenu de nos expertises. Nous constatons qu'il s'agit d'un médecin ami de M. A.H._____.

b) Rapport du Dr T._____ du 05.12.2012

Il est regrettable que l'on n'ait pas tenu au courant le Dr T._____ qui n'est pas neurologue du résultat d'ENMG du Dr V.V_____, car il n'y a pas de perte de fonction des releveurs objectivée par le neurologue expert. Le Dr T._____, ne décrit pas une amyotrophie de la loge des releveurs et des muscles innervés par le péronier qui serait l'élément clinique évident au médecin non neurologue pour étayer un tel diagnostic.
Quant à la capacité professionnelle, comme on l'a vu lors de nos expertises, il est très difficile de l'établir si l'on n'a pas la vision de l'ensemble des activités diverses de M. A.H._____. Il a été clairement déterminé dans nos expertises la différence en l'activité de cuisinier, aux fourneaux, et celle de patron d'une grande équipe de restaurant.

c) Rapport du Dr L._____ du 08.01.2013

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

Les 3 courriers ne modifient en rien nos conclusions d'expertises. Il faut différencier les contextes amicaux partagés avec ses médecins, comme nous l'a du reste évoqué M. A.H._____ des contextes différents, ceux de l'analyse des faits lors d'expertise médicale qui peuvent donner lieu à des appréciations différentes. Les experts ont dû notamment faire face à des éléments discordants que les médecins traitants, amis, clients de M. A.H._____ ne décrivent pas. Les médecins traitants ou amis orthopédistes de M. A.H._____ n'ont pas eu, comme les experts, l'avantage d'un examen neurologique concomitant, ils n'ont pas pu intégrer l'ensemble des faits, n'ayant visiblement pas reçu le résultat de l'expertise neurologique, avec l'analyse temporelle du cas, et l'analyse consensuelle inter-disciplinaire avec l'appoint de l'expert psychiatre."

Par écriture du 30 octobre 2013, le recourant a déclaré qu'il n'était pas d'accord avec le contenu de ce rapport. Il a produit une copie du rapport adressé par la Dresse???._____ au Dr T._____ le 3 juillet 2013 et dont la teneur est la suivante :

"Il s'agit d'un cas complexe des suites d'un accident de la voie publique datant d'août 2008.
En dehors de tous les tracas administratifs liés à la non-reconnaissance des assurances, Monsieur A.H._____ présente toujours des douleurs ostéo-articulaires, essentiellement au niveau du rachis dorso-lombaire, mais aussi au niveau des deux chevilles, il continue à se soigner de manière énergique avec physiothérapie à sec et en piscine, ainsi que des gestes infiltratifs (neuralthérapie)

> tous les mois. Sans ces infiltrations, son état algique est très important et ses raideurs articulaires s'accentuent.
>
> Sa médication consiste en Dafalgan 1 g 3x/j., Demetrin 2x/j., Saroten 25 mg 2x/j., Gabapentine 100 mg/le soir et Transtec 1/2 patch/tous les 2 jours.
>
> Cliniquement, on note des troubles statiques majeurs avec flexum des hanches et des genoux et marche avec importante perte d'équilibre. Le patient utilise une canne basse à droite et la chaussure droite est dotée d'une attelle Heidelberg améliorant ainsi son steppage.
>
> La palpation dorso-lombaire est très douloureuse. La mobilisation segmentaire montre des rigidités étagées au niveau de tout le rachis. Il y a un syndrome lombo-vertébral avec DDS de 50 cm et non déroulement de la région lombaire. Mentionnons que par ailleurs la lordose lombaire est complètement effacée.
>
> Tout mouvement de flexion et rotation du tronc dans l'axe est extrêmement douloureux.
>
> En décubitus, la manoeuvre de Lasègue est pratiquement impossible en raison d'importantes douleurs lombaires et une hypoextensibilité des ischio-jambiers avec manoeuvre des jambes tendues s'arrêtant à 40° ddc. La mobilisation des hanches est également source d'importantes douleurs lombaires.
>
> Les réflexes ostéo-tendineux sont vifs et symétriques. La sensibilité au niveau du MID est globalement diminuée distalement."

Par écriture du 19 novembre 2013, K._____ s'est déterminée sur ces rapports. En ce qui concerne le rapport de la Dresse???._____, elle rappelle que cette praticienne n'a manifestement pas eu connaissance des expertises ainsi que des résultats de l'EMG, ses constatations lors de l'examen du 1er juillet 2013 n'étant pas suffisantes pour mettre en doute les résultats de l'expertise qui confirme d'ailleurs les examens antérieurs effectués par le SMR et les Drs Q._____ et L._____. Elle a maintenu concernant la cheville droite qu'il n'y avait pas d'atteinte à l'intégrité en rapport avec l'accident. Elle a produit un rapport du 2 mai 2013 établi à la suite de radiographies effectuées par le Dr D.D_____, médecin radiologue, qui mentionne que l'examen est superposable à celui du 6 mars 2012.

Le recourant s'est déterminé sur cette dernière écriture le 22 novembre 2013.

Le 2 mai 2014, il a produit les pièces suivantes :

- un rapport du stage de A.H._____ établi le 14 mars 2012 par Z.Z._____ de [...] à l'intention de l'OAI dont il résulte ce qui suit :

"**Activités effectuées**

Le présent document résume les activités effectuées par Monsieur A.H._____ durant le stage compris entre les mois de janvier, février jusqu'au 15 mars 2012.

Comme il a été planifié en décembre, Monsieur A.H._____ a :

- migré les données de prospects/clients du papier vers le système CRM et ceci par saisie.
- utilisé le système CRM pour saisir les données des prospects, sociétés susceptibles d'octroyer des stages à des assurés de l'AI. Actuellement nous avons dans la base autour de 200 noms d'entreprises contactées ou recherchées.

Etant donné que l'offre MIP4 (recherche de stage) prévue pour être introduite dans le catalogue de prestataires de l'AI ne va pas être incluse suite à notre discussion avec la directrice des acquisitions du canton de Vaud, Madame [...], nous ne pouvons pas continuer à offrir ce stage à Monsieur A.H._____.

Suite à son expérience, une organisation, entreprise ou institution active dans la réinsertion professionnelle peut bénéficier des compétences que Monsieur A.H._____ a démontrées chez nous, telles que :

- Recherche d'entreprises susceptibles d'ouvrir un stage ou d'engager un assuré de l'AI en utilisant internet ou en mobilisant son réseau personnel.
- Prospection par téléphone et négociation auprès des responsables des ressources humaines ou directeurs d'entreprises.
- Saisie informatique sur la base de données.

Evaluation des compétences et du comportement

- Bonne aisance relationnelle pour ouvrir les portes et négocier avec les responsables dans les entreprises.
- Persévérance dans l'apprentissage de l'informatique, car Monsieur A.H._____ a surmonté son manque de connaissances dans le domaine, et a appris à travailler avec l'outil à disposition malgré les difficultés de mise en place de départ, a aidé aux tests et au démarrage.
- Malgré son accident du mois de novembre 2011, Monsieur A.H._____ a continué à travailler avec

assiduité mais nous avons observé qu'il doit faire des efforts presque surhumains pour y arriver :
- il a de la difficulté à se concentrer et se fatigue beaucoup s'il doit travailler plus de 2 heures de suite,
- ayant l'habitude de fournir un travail impeccable il cherche la perfection ce qui peut demander de lui des efforts supplémentaires,
- il est important qu'il puisse améliorer ses connaissances et compétences informatiques."

- un certificat de stage établi le 21 mai 2012 par Z.Z._____ de [...] dont la teneur est notamment la suivante :

"Monsieur A.H._____ a effectué un stage auprès de notre société [...], Avenue [...] — [...], du 6.07.2011 au 31.03.2012. Le taux d'occupation était de 20 à 25% de juillet 2011 à février 2012 et de 50% pendant le mois de mars 2012.

Monsieur A.H._____ a effectué les tâches suivantes :

- Rechercher, en utilisant Internet et en faisant appel à son propre réseau, des sociétés dans le canton de Vaud et de Neuchâtel susceptibles d'accueillir des stagiaires provenant notamment du secteur de la construction et devant se réorienter. Les secteurs prospectés ont été ceux des matériaux de construction, de l'horlogerie et de tout autre secteur en adéquation avec les profils des assurés de l'AI.
- Prospecter par téléphone auprès des responsables des ressources humaines ou des directeurs des sociétés sélectionnées, faire le suivi et fixer les entretiens.
- S'entretenir avec les assurés pour mieux les connaître et les présenter aux entreprises.
- Les accompagner aux entretiens.
- Participer aux tests de la nouvelle application informatique.
- Migrer manuellement les données d'environ 200 prospects/clients du papier vers le système CRM.

Monsieur A.H._____ s'est engagé avec détermination dans les activités mentionnées ci-dessus. Il a négocié avec persévérance pour obtenir les noms des responsables, fait preuve de patience lors de la saisie informatique car il n'a pas de formation dans l'informatique, et en outre a démontré une bonne connaissance des personnes qu'il devait aider à se réinsérer."

- une feuille-accident LAA signée par le Dr T._____ attestant le 21 mars 2014 d'une incapacité de travail de 100% depuis le 16 août 2008.
- un rapport d'expertise établi le 30 juin 2010 par la société fiduciaire [...] SA, laquelle a été amenée à déterminer les revenus qu'aurait obtenus l'assuré sans sa maladie en

particulier en 2007 et jusqu'au 16 août 2008. Il en résulte notamment que durant les années antérieures soit pendant la période comprise entre 2000 et 2004, l'assuré réalisait des revenus supérieurs à 200'000 francs par année, que sans sa maladie ses revenus en 2007 pouvaient être estimés à 200'000 francs et que pour la période du 1er janvier au 16 août 2008, s'il n'avait pas été atteint dans sa santé, ses revenus se seraient maintenus à un niveau équivalent à ceux de 2007.

- une lettre de la Dresse???._____ adressée le 31 juillet 2013 au conseil de l'assuré selon laquelle les lésions ostéo-articulaires de celui-ci justifient une incapacité totale de travail dans son activité de cuisinier-restaurateur, un tel métier exigeant la station debout prolongée, la marche, le port de lourdes charges et les mouvements répétitifs du tronc, ce qui est incompatible avec l'état de santé de l'assuré.

Une audience de jugement a été tenue le 7 mai 2014. Il résulte du procès-verbal notamment ce qui suit :

> "Le recourant explique avoir exploité le restaurant du buffet de la gare d' [...] de 1984 à 2004. Dans cette exploitation il travaillait à 80 % dans l'activité qui consistait dans le contact avec le client, l'organisation des manifestations notamment. Les 20 % restant concernant les travaux des bureaux où il avait deux secrétaires et la cuisine. Cet établissement comportait six cents places, deux étages. Trois cents places concernant quatre salles polyvalentes de banquet, une brasserie et un bar express, un restaurant première classe. Il y avait également un service traiteur. L'exploitation comptait jusqu'à cinquante-deux collaborateurs sans les personnes du service traiteur. Il en comptait quarante-deux lorsque les CFF ont fermé le buffet. De 2004 à 2006, le recourant a repris le restaurant [...]. Son activité était celle de cuisinier-chef de l'ordre de 80 à 85 % et de 10 à 15 % dans sa précédente activité au front. Depuis octobre 2007 à 2009, le recourant a repris le restaurant [...] à [...]. Il y exerçait à 85% environ l'activité de chef de cuisine. Au restaurant [...], il y avait six à sept personnes sauf l'été et les périodes de fêtes où il y avait environ trente personnes. A [...] il y avait sept à huit personnes. Il précise qu'au buffet de la gare d' [...] il avait une brigade de cuisine entière au total entre dix et quinze personnes. Le recourant déclare que lorsqu'il a repris l'établissement [...] il était en parfaite santé et que cinq à six mois plus tard il a ressenti des lancées dans les jambes pour lesquelles il a été traité en 2005-2006. En 2006, il avait mal au dos et a dû rompre le bail avec le camping

> [...]. Il a changé de médecin et consulté le Dr D._____ qui a procédé à un examen complet de sa personne. Six à sept mois plus tard il l'a autorisé à reprendre une activité. Le recourant déclare alors avoir repris l' [...] d' [...] et qu'après huit mois brillants, il a eu un accident. Il a dû être hospitalisé et l'on a constaté après quatorze jours d'hospitalisation que sa rate était atteinte raison pour laquelle on l'a enlevée. Par la suite il ne pouvait poser le pied par terre et lors des consultations les médecins lui ont fait comprendre qu'il ne pouvait pas reprendre son métier de cuisinier à cause de la complexité de la fracture qui ne permettait pas de travailler en station debout. Son épouse qui avait eu en 2002 des problèmes cardiologiques a eu un burn-out. En effet comme le recourant ne pouvait plus travailler toutes les responsabilités de l'établissement sont retombées sur elle alors qu'elle n'en avait pas l'habitude sauf en ce qui concerne ce qui était répétitif, le service traiteur a dû être annulé. Le cardiologue de l'épouse du recourant a estimé qu'elle ne pouvait plus poursuivre cette activité. Le recourant a déposé une demande à l'OAI. Il a eu plusieurs entretiens avec Mme [...]. En 2010 il a suivi deux cours informatique (Word 2003, Excel 2003). En 2011 le recourant a été suivi par Mme Z.Z._____ pour étudier les possibilités de réinsertion. Un stage dans une entreprise de placement lui aurait convenu selon les dires de Mme Z.Z._____ mais elle n'a pas trouvé d'entreprises ayant des postes. Le recourant précise qu'il était alors à 20 %. Elle a alors proposé à l'OAI de le prendre en stage pour placer des assurés AI et d'autres de ses clients. Elle a constaté que le recourant réussissait à trouver des places pour ces personnes. Toutefois, l'OAI n'a plus confié d'assurés à Mme Z.Z._____ comme elle lui en a fait part. Cette personne n'a pas pu lui trouver une place d'abord de stage pour sa formation de conseiller en placement ou un stage en entreprise. Lorsque Mme [...] était en congé maternité c'est Mme [...] qui l'a contacté et est venue chez lui en prenant connaissance des traitements qu'il devait suivre (médicaments, physiothérapie, bains, infiltrations): Elle a estimé que 70 % de capacité de travail n'était pas possible et l'OAI a à nouveau alloué des indemnités journalières d'attente. En mars-avril 2012 ou 2013, il s'est rendu avec Mme [...] à l'OSEO [Œuvre Suisse d'Entraide Ouvrière] à [...] où on lui a dit qu'il serait recontacté. En avril 2013 il a appris que l'OAI interrompait la réadaptation sans qu'il ait acquis une formation. Il n'a plus reçu non plus d'indemnités journalières depuis fin juin 2013. Le recourant précise qu'actuellement il est toujours sous antalgiques (Transtec 35 [aux opiacées], 4 Dafalgan 1g, Démetrin 10 mg, Pantozol 40, 2 Saroten, 1 Gabapantine, 1 Aspirine Cardio)."

Un délai a été imparti aux parties pour déposer un mémoire de droit. Le recourant y a renoncé par écriture du 23 mai 2014.

Dans son mémoire du 26 mai 2014, l'intimée a maintenu ses conclusions après s'être déterminée sur les pièces produites par le recourant le 2 mai 2014.

E n d r o i t :

1. **a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981, RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 LPGA). Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

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

En l'espèce, le recourant est domicilié dans le canton de Vaud; son recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et il satisfait aux autres conditions de forme; il est donc recevable.

2. **a)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière — et le recourant présenter ses griefs — que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) La décision attaquée concernant uniquement l'accident du 16 août 2008, il y a lieu de statuer sur les conséquences de ce seul accident et non sur celles relatives à l'accident subi par le recourant en 2011.

Le litige porte tout d'abord sur le point de savoir si l'assurance était fondée, par sa décision du 16 avril 2010, à cesser le versement des indemnités journalières au 31 mars 2010 et à ne poursuivre au-delà du 25 août 2009 que le paiement des frais de traitement relatifs aux chevilles du recourant (sans la parésie des péroniers et de l'extenseur des orteils), aucune autre prestation ne lui étant allouée.

3. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Les prestations de l'assurance-accidents obligatoire comprennent notamment le traitement médical (art. 10 LAA), les prestations en espèce sous forme d'indemnités journalières (art. 16 LAA), de rentes d'invalidité (art. 18 LAA) et de survivants (art. 28 LAA), et les prestations en espèce versées à titre d'indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 24 LAA) et pour impotence (art. 26 LAA).

a) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé: il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et 402 consid. 4.3.1, 119 V 335 consid. 1).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration, le cas échéant le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans le droit des assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références; TF 8C_433/2008 du 11 mars 2009, consid. 3.1). Lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (TF 8C_513/2007 du 22 avril 2008, consid. 3.1 et les références). En droit des assurances sociales, n'existe pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré. En l'absence de preuves, la décision est défavorable à la partie qui entend déduire un droit d'une circonstance dont l'existence n'est pas établie (126 V 319 consid. 5a).

Ainsi, si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine; TF 8C_726/2008 du 4 mai 2009, consid. 2.3 et les références); le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement "post hoc, ergo propter hoc"; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; TF 8C_42/2009 du 1er octobre 2009, consid. 2.2). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine

des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n’est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu’en soit la provenance, puis décider s’ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l’ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu’une autre. L’élément déterminant pour la valeur probante d’un rapport médical n’est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d’une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu’il prenne en considération les plaintes exprimées, qu’il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin, que les conclusions de l’expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3; cf. TF 9C _22/2011 du 16 mai 2011, consid. 5).

S'agissant des rapports des médecins des assureurs, le juge peut leur accorder valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu’aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee, et les références citées).

Les avis émanant de médecins consultés par l’assuré doivent en revanche être admis avec réserve, il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid 4.2). Un rapport médical ne saurait toutefois être écarté pour la simple et unique raison qu’il émane du médecin traitant ou qu’il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d’un assureur (TF 9C_773/2007 du 23 juin 2008, consid. 5.2).

4. Sur le plan somatique, les experts du BREM ont posé notamment les diagnostics de status après fracture comminutive du tibia distal gauche ostéosynthésée, status après AMO, arthrose secondaire, status après probable contusion du nerf sciatique poplité externe droit sans séquelle significative, syndrome cervical modéré, et syndrome lombo-vertébral variable sur spondylodiscarthrose avec lipomatose péridurale lombaire sans myélopathie ni radiculopathie, sans instabilité, status après entorse de la cheville droite, status après splénectomie pour rupture traumatique de la rate, status après contusions multiples et fracture de la côte basale à gauche, gonarthrose à prédominance femoro-patellaire et syndrome du canal carpien.

a) Au plan ostéo-articulaire, les experts retiennent un lien de causalité certain avec l'accident de 2008 concernant le status après fracture comminutive du tibia distal gauche ostéosynthésée, et le status après AMO, l'arthrose secondaire, le status après entorse de la cheville droite, le status après splénectomie pour rupture traumatique de la rate et le status après contusions multiples et fracture de la côte basale à gauche.

De même l'expert L._____ a retenu un lien de causalité certain avec les plaintes au niveau des deux chevilles. Les autres médecins qui ont examiné l'assuré le retiennent également.

En revanche, ils retiennent un lien de causalité uniquement possible entre cet accident et la contusion du nerf sciatique poplité externe.

b) Au plan neurologique, ils retiennent également une relation seulement possible entre l'accident de 2008 et la contusion du nerf péronier, bien qu'il n’y ait aucune référence objective dans les dossiers à une telle atteinte dans la phase aiguë, et que la faiblesse et la boiterie actuelle ne s’expliquent pas par une atteinte neurologique et notamment pas par une atteinte du nerf sciatique poplité externe, car il s’agit d’une parésie fonctionnelle. De même l'expert L._____ dans son rapport du 21

décembre 2009 avait mentionné que la parésie du péroné et de l'extenseur des orteils droit n'était pas en relation de causalité naturelle avec l'événement du 16 août 2008.

Certes les Drs T._____, S._____ et???._____ retiennent une atteinte tronculaire du nerf péronier droit due à l'accident. Ils ne mentionnent toutefois pas les motifs pour lesquels ils arrivent à cette conclusion. En outre, les experts ont expliqué dans le complément d'expertise que l’atteinte tronculaire du nerf péronier droit post traumatique avait été évaluée par ENMG par le spécialiste neurologue FMH, le Dr V.V_____, et s’était révélée non significative, que c'était au CHUV que cette neuropathie avait été évoquée et que son évolution était favorable puisque le Dr V.V_____ ne retenait plus de déficit neurologique évident en regard de ce nerf périphérique si bien que les experts n’avaient pas jugé nécessaire que le recourant marche encore avec son attelle anti-steppage. Or les Drs T._____, S._____ et???._____ n’ont pas été informés des résultats de l'expertise, notamment du bilan neurologique récent qui permet de confirmer une bonne évolution sur ce plan. Leurs conclusions ne sauraient dès lors être suivies.

L'intimée n'a dès lors pas à verser de prestations concernant cette affection.

c) Les experts ont en outre exclu tout lien de causalité entre l'accident de 2008 et la spondylarthrose cervico-dorso-lombaire, n'ayant pas constaté de mise en évidence de lésion structurelle vertébrale imputable à un accident. Ils l'ont exclu également concernant la gonarthrose à prédominance fémoro-patellaire et le status après méniscectomie droite. Ils n'ont pas constaté de lésion déterminante susceptible d'avoir des conséquences sur les séquelles de l’état antérieur (méniscectomie), ni sur la pathologie dégénérative et la chondrocalcinose.

L'expert L._____ arrivait à la même conclusion. Il relevait que même si on admettait une possible aggravation de la

symptomatologie dorso-lombaire et des gonalgies à la suite de l’accident du 16 août 2008, cette aggravation devrait être limitée dans le temps, dès lors qu'après une année d’évolution depuis le traumatisme, le rapport de causalité ne devrait plus être retenu, d’autant qu’il n’existait aucun substrat traumatique objectivable, un an d’évolution étant suffisant pour que le statu quo ante/sine soit atteint au niveau de la colonne vertébrale et des deux genoux.

De même, le Dr Q._____ dans son rapport du 23 avril 2009 ne comprenait pas la discrépance entre l'état radiologique et clinique et l'état décrit par le patient. Il estimait que les troubles actuels concernant le genou n'étaient pas en lien avec l'accident et que les douleurs lombaires ressenties par le recourant étaient d'origine dégénérative, la violence du choc ayant pu aggraver cette symptomatologie, mais seulement passagèrement.

Le Dr T._____ (rapport du 5 décembre 2012 notamment) notait une entorse du genou gauche dans le cadre d’une arthrose préexistante dont l’évolution était sous contrôle mais nécessitant des traitements de physiothérapie épisodiques ainsi qu'une sévère exacerbation de douleurs de son rachis cervico-dorso-lombaire nécessitant une prise en charge par la Dresse???._____ ainsi que par des consultations spécialisées d’antalgie et d’anesthésie avec infiltrations mensuelles. Il ne donne toutefois aucune explication sur la durée de l'aggravation de ces affections. Le Dr S._____ mentionne quant à lui que l'invalidité secondaire à l'atteinte des membres inférieurs est entièrement due à l'accident de 2008 sans autres détails. La Dresse???._____ ne se prononce pas sur le lien de causalité entre chacune des affections du recourant et l'accident de 2008. Les avis de ces médecins ne sauraient dès lors mettre en doute les conclusions motivées des experts, fondées sur un examen exhaustif du cas du recourant.

Il y a dès lors lieu de retenir qu'un lien de causalité est établi avec l'accident de 2008 concernant le status après fracture comminutive du tibia distal gauche ostéosynthésée, le status après AMO, l'arthrose

secondaire, le status après entorse de la cheville droite, le status après splénectomie pour rupture traumatique de la rate et le status après contusions multiples et fracture de la côte basale à gauche.

C'est ainsi à juste titre qu'au-delà du 25 août 2009 l'intimée n'a plus pris en charge les frais de traitement concernant les gonalgies bilatérales ou les dorso-lombalgies. Elle n'a pas à prendre en charge non plus de frais de traitement concernant la parésie des péroniers et l’extenseur des orteils.

5. Sur le plan psychique, les experts ont retenu les diagnostics d'anxiété généralisée et de syndrome douloureux somatoforme persistant, ces troubles étant en lien de causalité naturelle avec l'accident.

En tant que principe répondant à la nécessité de fixer une limite raisonnable à la responsabilité de l'assureur-accidents social, la causalité adéquate n'a pratiquement aucune incidence en présence d'une atteinte à la santé physique en relation de causalité naturelle avec l'accident, du moment que dans ce cas l'assureur répond aussi des atteintes qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références). En revanche, pour parer aux incertitudes liées aux nombreux cas d'espèce et au risque d'inégalité de traitement, la jurisprudence a dégagé des critères objectifs en vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et des troubles d'ordre psychique développés ensuite par la victime. Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement: les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par exemple une chute banale), les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1; TF 8C_262/2008 du 11 février 2009, consid. 3.1; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], vol. XIV, 2e éd. 2007, n. 89 s.).

Ainsi, selon la jurisprudence, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre un accident insignifiant ou de peu de gravité et des troubles psychiques doit, en règle générale, être niée d'emblée, tandis qu'elle doit être admise en cas d'accident grave; pour admettre le rapport de causalité adéquate entre un accident de gravité moyenne et des troubles psychiques, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants:

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident;

- la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques;

- la durée anormalement longue du traitement médical;

- les douleurs physiques persistantes;

- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident;

- les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes;

- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 129 V 402 consid.

4.4.1 et 115 V 133 consid. 6c/aa; 403 consid. 5c/aa; Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n. 91).

Dans le cas présent, l'accident en cause doit être considéré de gravité moyenne au maximum à la moitié de cette catégorie (pour comparaison l'arrêt U 412/2005 du 20 septembre 2006, consid. 5.2, où une collision frontale avec plusieurs blessés nécessitant une hospitalisation a été jugée de gravité moyenne à la limite des accidents graves, de même l'accident a été jugé de gravité moyenne dans l'arrêt 8C_182/2009 du 8 décembre 2009 où une voiture qui circulait sur la voie de dépassement d'une autoroute à une vitesse en dessous de 100 km/h, a brusquement dû se rabattre vers la droite pour éviter un autre véhicule roulant en sens inverse, la voiture ayant dérapé et percuté la glissière de sécurité au cours de cette manoeuvre, la passagère ayant été projetée contre la portière droite qu'elle a heurtée de la tête et de l'épaule. Subissant une commotion cérébrale, une distorsion cervicale, contusions des mains et de la cuisse gauche. L'accident a été jugé également de gravité moyenne dans l'arrêt 8C_813/2011 du 3 janvier 2013 où un véhicule circulant dans un tunnel autoroutier a été percuté par un véhicule arrivant en sens inverse, et qui sous l'effet du choc s'est déporté sur la voie de gauche, heurtant le véhicule qui suivait immédiatement la voiture responsable de l'accident avant de s'immobiliser contre le trottoir, l'assurée présentant une fracture au pied gauche, une légère commotion cérébrale, un coup du lapin avec cervicalgie et des migraines).

Il n'y a pas eu de circonstances concomitantes particulièrement dramatiques et l'accident n'a pas été particulièrement impressionnant. En effet, selon le rapport de police le véhicule conduit normalement par le recourant a été heurté par la voiture arrivant en sens inverse par l’angle avant, de celle-ci à l'angle avant du véhicule du recourant. Celui-ci n'a pas dû être désincarcéré.

Ni la gravité, ni la nature particulière les lésions physiques ne sont telles au point d'être propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques. Comme on l'a vu au considérant 4 ci-dessus, le

traitement médical n'a pas été anormalement long et il n'y a pas eu d'erreurs dans le traitement médical. Certes, il est fait état de douleurs persistantes. Toutefois plusieurs médecins ont noté une discrépance entre les troubles physiques constatés et les douleurs dont fait état le recourant. Des troubles somatoformes ont d'ailleurs été diagnostiqués. Il apparaît dès lors que ce dernier critère n'est pas réalisé non plus.

Un lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques constatés et l'accident n'est ainsi pas établi.

6. **a)** En ce qui concerne le taux d'incapacité de travail sur le plan somatique, seul en cause dès lors qu'il n'y pas lieu de tenir compte des troubles psychiques, les experts ont relevé qu'indépendamment des problèmes somatiques antérieurs (qui donnaient lieu à reconnaître une incapacité de travail totale comme cuisinier et traiteur comprenant l’activité en cuisine, le service, la livraison de produits, les achats), l’accident aurait donné lieu à une incapacité de travail semblable comme cuisinier en raison des séquelles de la cheville gauche, indépendamment des problèmes maladifs connus dès lors que les limitations douloureuses et fonctionnelles de la cheville gauche après fracture du plateau tibial associées aux troubles dégénératifs sous-astragaliens à droite entraînent une incapacité de travail durable dans toute activité exigeant la marche ou la station debout prolongée, la marche en terrain irrégulier ou la montée et descente fréquente d’échelles ou d’escaliers à la hauteur de 70%, l'activité mixte de patron et surveillant de restaurant étant exigible à 50% des suites de l’accident. Ainsi, selon les experts, si l'on se fonde exclusivement sur les séquelles de l’accident de 2008 on peut admettre une incapacité partielle dans une activité de restaurateur-traiteur/patron liée aux limitations dans toutes les tâches exigeant la station debout ou la marche prolongée, cette limitation étant variable selon le poste et leur paraissant plus importante au restaurant […] ou autre travail semblable qu’au Buffet de la Gare d’ […]. En revanche ils estiment que les séquelles post accidentelles des membres inférieurs n’entraînent aucune perte de capacité pour la part administrative de cette fonction. Ils expliquent en effet qu'une activité adaptée selon les limitations fonctionnelles déjà

connues serait pleinement exigible des suites de l’accident, des seules séquelles des membres inférieurs.

L'évaluation de la capacité de travail par les experts du BREM n'est pas remise en cause par les avis des Drs T._____, S._____ et???._____. En effet ces médecins se fondent sur l'ensemble des affections dont est atteint le recourant, alors que les experts se fondent uniquement sur les affections consécutives à l'accident. Il y a dès lors lieu d'admettre une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles du recourant depuis août 2009, date du rapport d'expertise du Dr L._____.

Dans son rapport du 24 janvier 2007, le Dr C._____ avait retenu les limitations fonctionnelles suivantes :

Rachis : nécessité de pouvoir alterner 2x/heure la position assise et la position debout. Pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5kg, pas de port régulier de charges d'un poids excédant 12kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc.
Membres supérieurs : pas d'élévation ou d'abduction des membres supérieurs à plus de 80°, pas de lever de charges excédant 8kg avec les membres supérieurs.
Membres inférieurs : pas de travail nécessitant des génuflexions répétées ou le franchissement régulier d'escabeaux, d'échelles ou escaliers.

Comme ils l'exposent dans leur rapport, les experts retiennent les mêmes limitations fonctionnelles sur le plan somatique (Rachis : nécessité de pouvoir alterner la position assise et la position debout ce qui permet également de varier la position de la tête. Pas de soulèvement régulier de charges d’un poids excédant 5 kg, pas de port régulier de charges d’un poids excédant 12 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc.
Membres supérieurs : pas de travail en élévation ou d’abduction des membres supérieurs à plus de 80°, pas de lever de charges excédant 8 kg avec les membres supérieurs.

Membres inférieurs : pas de travail nécessitant des génuflexions répétées ou l’utilisation d’escabeaux, d’échelles ou escaliers de manière fréquente.)

Il n'y a aucun motif de s'écarter de leur appréciation.

L'expertise du BREM est complète, bien motivée et convaincante. Elle n'est mise en doute par aucun autre avis médical. Les quelques inexactitudes relevées par le recourant n'ont aucune conséquence sur les points essentiels de l'expertise. Elle a ainsi valeur probante.

Ainsi, depuis août 2009, la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée est la même que celle qui était la sienne avant l'accident. Il a certes, selon les experts, une affection supplémentaire aux chevilles, mais ses limitations fonctionnelles étaient telles avant l'accident que les séquelles de celui-ci ne les ont pas augmentées.

b) L'art. 36 LAA prévoit que les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l’atteinte à la santé n’est que partiellement imputable à l’accident (al. 1). Selon l'al. 2 de cette disposition, les rentes d’invalidité, les indemnités pour atteinte à l’intégrité ainsi que les rentes de survivants sont réduites de manière équitable lorsque l’atteinte à la santé ou le décès ne sont que partiellement imputables à l’accident; toutefois, en réduisant les rentes, on ne tiendra pas compte des états antérieurs qui ne portaient pas atteinte à la capacité de gain. Cet article n'est toutefois applicable que lorsqu'un accident et un état maladif ont concouru à une même atteinte à la santé (ATF 126 V 116 consid. 3b; ATF U 171/2006 du 19 avril 2007; TF 8C_1029/2012 du 22 mai 2013, consid. 3.2.1). En l'occurrence, tel n'est pas le cas puisqu'en ce qui concerne les troubles maladifs persistant après août 2009, le statu quo sine vel ante était réalisé à cette date, l'accident ayant une influence dès lors sur une autre atteinte à la santé, à savoir l'affection à la cheville gauche. Le recourant ne peut en conséquence se prévaloir de cette disposition ni de l'art. 24 OLAA (Ordonnance sur l’assurance-accidents du

20 décembre 1982, RS 832.202) qui concerne uniquement le gain assuré et n'est ainsi pas applicable en l'espèce.

c) Le recourant ayant recouvré dès août 2009, une capacité de travail identique à celle qui était la sienne avant l'accident, c'est dès lors à juste titre que l'intimée a cessé le versement des indemnités journalières dès le 1er avril 2010.

Le recourant n'a pas non plus droit à une rente.

7. En ce qui concerne l'atteinte à l'intégrité, l'intimée a statué uniquement sur l'indemnité due à la suite de la splénectomie. Celle-ci correspond au taux arrêté par les experts et doit être confirmée.

L'intimée a reporté sa décision pour les atteintes aux chevilles ayant considéré que l'appréciation de l'IPAI (indemnité pour atteinte à l'intégrité corporelle) les concernant était prématurée au moment où l'expertise avait été réalisée en août 2009.

La Cour de céans ne pouvant statuer que sur les points tranchés par la décision attaquée, il appartiendra à l'intimée de se prononcer sur l'IPAI, le cas échéant due concernant les affections des chevilles.

8. Le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause de sorte que des mesures d'instruction complémentaires comme le requière le recourant ne peuvent qu'être rejetées (appréciation anticipée des preuves; cf. ATF 136 I 229 consid. 5.3; TF 9C_271/2013 du 5 novembre 2013, consid. 3.2 et les références citées).

9. Au vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

Le présent arrêt sera rendu sans frais (art. 61 let. a LPGA ; art. 45 LPA-VD), ni allocation de dépens (art. 61 let. g LPGA et art. 55 LPA-VD).

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

I. Le recours est rejeté.

II. La décision sur opposition rendue le 16 avril 2010 par K._____ est confirmée.

III. Il n’est pas perçu de frais de justice ni alloué de dépens.

Le président : Le greffier :

Du

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

- Me Jacques Micheli (pour A.H._____),
- K._____,
- Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP),

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 :