

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 8 décembre 2011

---

Présidence de M. JOMINI  
Juges : MM. Gutmann et Monod, assesseurs  
Greffier : M. Simon

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**O.** \_\_\_\_\_, à Vevey, recourant, représenté par Me Eduardo Redondo,  
avocat à Vevey,

et

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

---

**Art. 8 al. 1 LPGA; art. 6 al. 1 et 18 al. 1 LAA**

**E n f a i t :**

**A.** O. \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré), marié et père de trois enfants, travaillait en qualité d'aide-maçon (en gain intermédiaire) auprès de A. \_\_\_\_\_ Sàrl, à Echallens, et était à ce titre assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: la CNA).

Le 21 juin 2007, l'assuré s'est blessé à la cheville gauche lors d'une partie de football; il a reçu des soins à l'hôpital Riviera de Montreux, qui a diagnostiqué une fracture de la malléole interne gauche, et a fait état d'une incapacité de travail totale. Le cas a été pris en charge par la CNA.

En date du 19 novembre 2007, le Dr B. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a retenu une fracture de la malléole interne, sans fracture du péroné, traitée par immobilisation plâtrée durant six semaines; il a mentionné d'importantes douleurs et une forte limitation fonctionnelle, puis a relevé que la fracture n'était pas encore consolidée. Le 4 décembre 2007, ce médecin a constaté suite à un bilan radiologique une algoneurodystrophie sévère avec une décalcification mouchetée typique, a prescrit un traitement médicamenteux et de physiothérapie, puis retenu une incapacité de travail à 100% en tant que déménageur au chômage.

Suite à un examen de l'assuré le 9 avril 2008, le Dr N. \_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la CNA, a retenu d'importantes douleurs continues à la cheville gauche, aggravées à la marche, l'assuré se déplaçant avec des cannes. Il a exprimé sa perplexité devant ce handicap apparemment majeur qui contrastait avec des constatations objectives assez minces.

L'assuré a effectué un séjour à la Clinique romande de réadaptation à Sion (ci-après: la CRR) du 27 mai au 9 juillet 2008, dans le

cadre duquel il a subi une IRM de la cheville gauche, une scintigraphie osseuse triphasique, une radiographie des chevilles et une radiographie du bassin. Le 21 juillet 2008, les Drs M.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et en rhumatologie, et I.\_\_\_\_\_, médecin assistant, ont posé les diagnostics de fracture de la malléole interne de la cheville gauche traitée conservativement, d'algodystrophie de la cheville gauche et d'arthrose tibio-talienne gauche. Ils ont constaté une importante symptomatologie douloureuse et proposé la poursuite d'un traitement de physiothérapie, afin d'améliorer la mobilité et la force musculaire, dans un but de rééducation à la marche. Ils ont retenu une incapacité de travail totale comme déménageur ou aide-maçon pour encore plusieurs mois.

Le 18 octobre 2008, la Dresse P.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale et médecin traitant de l'assuré, a retenu les diagnostics d'algodystrophie de stade II à III à la jambe et au pied droit, de troubles dégénératifs de la colonne lombaire et des genoux. Elle a constaté des douleurs extrêmement sévères malgré les traitements entrepris et a retenu un pronostic sombre quant à la reprise du travail.

Le 4 novembre 2008, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) tendant à l'octroi d'une rente.

L'assuré a été examiné par les Drs [...] et [...], médecin chef et chef de clinique du département de l'appareil locomoteur du CHUV. En date du 9 février 2009, ces médecins n'ont pas proposé de traitement chirurgical et ont suggéré un traitement auprès d'un spécialiste de la douleur.

Dans un rapport du 11 mai 2009, le Dr N.\_\_\_\_\_ a relevé qu'il n'y avait aucune amélioration au niveau des douleurs et que l'assuré marchait toujours avec ses cannes. Objectivement, il a constaté une cheville gauche tout à fait calme, largement indolore à la palpation et ne présentant pas de tuméfaction ni de discoloration. Si une algodystrophie

ne pouvait être niée, il a relevé que le handicap apparent procédait avant tout d'un comportement douloureux.

L'assuré a effectué un second séjour à la CRR, du 20 mai au 10 juin 2009, dans le cadre duquel il a subi une IRM de la cheville gauche, une scintigraphie osseuse triphasique, un ENMG et un consilium psychiatrique. Le 10 juillet 2009, les Drs M.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_, médecin assistant, ont ajouté, par rapport au précédent rapport de la CRR du 21 juillet 2008, les diagnostics de raccourcissement du tendon d'Achille et de douleurs persistantes de la cheville gauche. Ils ont constaté une évolution douloureuse sans explication somatique satisfaisante, l'ostéophyte antérieur de la cheville ne suffisant pas à expliquer l'importance des plaintes, malgré une algoneurodystrophie. Ils ont relevé l'absence de diminution des douleurs malgré un traitement conservateur et, sur le plan psychique, une évolution vers un syndrome douloureux persistant, une catastrophisation, une peur de la douleur et des éléments de la lignée dépressive. Ils ont retenu une incapacité de travail totale comme manœuvre de chantier, ne pouvant pas être modifiée par une opération au tendon d'Achille. Dans une activité adaptée, en position assise, ils ont retenu malgré une réintégration professionnelle difficile une capacité de travail complète.

Dans un examen médical final du 24 septembre 2009, le Dr N.\_\_\_\_\_ a réitéré que l'assuré présentait d'importantes douleurs, a relevé une attitude de pseudo-handicap qu'une algodystrophie n'expliquait que très partiellement, puis a infirmé l'indication à une opération du tendon d'Achille. Il a retenu une pleine capacité de travail en tenant compte des limitations fonctionnelles suivantes: charges moyennes, station debout prolongée, longs trajets, surtout en terrain accidenté. Il a également retenu, selon le barème de l'indemnisation par analogie avec une arthrose tibio-astragaliennne de gravité moyenne et en tenant compte d'une réduction de 50% en raison d'un état antérieur patent, une atteinte à l'intégrité nette de 5%.

Sur le plan économique, la CNA a obtenu des décomptes de salaire de juillet 2003 et mai 2005 de la société de déménagement [...], de septembre 2005 à novembre 2006 de [...] SA, ainsi qu'un décompte d'indemnités de chômage de 4'272 fr. 05 en janvier 2007. L'entreprise A.\_\_\_\_\_ Sàrl a pour sa part remis des décomptes de salaires de mai et juin 2007, puis indiqué en date du 1<sup>er</sup> décembre 2009 un salaire de base de 4'760 fr. en 2009, des allocations familiales de 200 fr. par enfant et un horaire de travail hebdomadaire moyen de 42h50.

Par courrier du 27 janvier 2010, la CNA a informé l'assuré qu'elle mettrait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 28 février 2010.

Dans un préavis du 12 février 2010, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui reconnaître le droit à une rente limitée dans le temps du 1<sup>er</sup> juin 2008 au 31 décembre 2009. Se référant à l'enquête suisse sur la structure des salaires pour les revenus avec et sans invalidité, il a retenu un degré d'invalidité de 10%.

Le 5 mars 2010, la Dresse P.\_\_\_\_\_ a retenu que l'assuré présentait toujours des douleurs extrêmement importantes dans les suites de son accident, qu'il était obligé de marcher avec des cannes et qu'il présentait une incapacité de travail totale.

L'assuré a par la suite consulté le Dr R.\_\_\_\_\_, anesthésiste FMH au centre de la douleur Cecil de Lausanne. Le 2 mars 2010, ce médecin a retenu que la pathologie de l'intéressé était accessible à un traitement par anesthésie sympathique lombaire, voire une thérapie par neuromodulation. Le 27 mai 2010, ce médecin a signalé l'implantation d'un stimulateur médullaire définitif et constaté une évolution favorable sur le plan des douleurs.

Le 5 août 2010, le Dr N.\_\_\_\_\_ a proposé à la CNA de prendre en charge à bien plaisir et sans préjudice de sa responsabilité au-delà du 28 février 2010 les traitements prodigués par le Dr R.\_\_\_\_\_. Il a précisé

que les conclusions de l'examen du 24 septembre 2009 restaient d'actualité.

Par courrier du 12 août 2010, la CNA a informé l'assuré qu'elle prendrait en charge l'intervention de mai 2010 de stimulateur médullaire définitif, sans reprise du versement des indemnités journalières.

Au plan économique, la CNA a retenu cinq descriptions de poste de travail (ci-après: DPT) auprès d'entreprises dans le canton de Vaud pour des activités d'ouvrier d'atelier de perçage, d'employé de décoration, de collaborateur de production, de praticien en logistique et d'aide mécanicien. Dans un rapport du 3 décembre 2009, il en ressort un salaire moyen global de 53'465 fr. 40.

Par décision du 21 septembre 2010, la CNA a reconnu le droit de l'assuré à une rente d'invalidité de 628 fr. 55 dès le 1<sup>er</sup> mars 2010, compte tenu d'un gain annuel assuré de 65'447 fr. et d'une incapacité de gain de 14%, en se fondant sur un revenu de 4'455 fr. dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles et sur un gain de 5'156 fr. que l'intéressé pouvait réaliser sans l'accident. La CNA a également retenu que les troubles psychiques de l'assuré n'étaient pas en relation de causalité adéquate avec l'accident, de sorte qu'un droit à des prestations à ce titre n'existait pas. Elle a en outre reconnu le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5'340 fr. compte tenu d'un gain annuel assuré de 106'800 fr. et d'un taux de diminution de 5%.

Par acte du 22 octobre 2010 de son mandataire, l'assuré a formé opposition contre cette décision et conclu à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire externe. Mettant en cause l'appréciation médicale de la CNA, il a contesté l'indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5% et la rente d'invalidité de 14%.

Par décision sur opposition du 11 novembre 2010, la CNA a confirmé sa position. Se référant notamment à l'avis des médecins de la CRR, elle a retenu que les troubles psychiques de l'assuré n'étaient pas en

relation de causalité adéquate avec l'accident. Sur la base de l'appréciation de son médecin d'arrondissement, la CNA a relevé que l'assuré présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Avec un revenu sans invalidité de 61'872 fr. et un revenu d'invalidité de 53'460 fr. selon cinq DPT tenant compte des conclusions médicales, la CNA a retenu un taux de rente de 14%. Elle a par ailleurs confirmé le taux de 5% de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, avant de réfuter l'utilité de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire.

**B.** Dans l'intervalle, par décision du 16 novembre 2010, l'OAI a reconnu le droit de l'assuré à une rente limitée dans le temps du 1<sup>er</sup> juin 2008 au 31 décembre 2009.

Le 30 novembre 2010, la Dresse P.\_\_\_\_\_ a signalé d'importantes douleurs à la jambe fracturée et l'apparition de douleurs au niveau lombo-sciatique droit ainsi que de gonalgies droites. Elle a relevé un état dépressif réactionnel, non amélioré malgré un traitement antidépresseur, et a retenu que son patient ne pouvait pas assumer un travail en position debout, même de courte durée, ni en marchant ni en portant des charges, mêmes légères, précisant qu'un travail en position assise alternée, mais de courte durée, pouvait éventuellement être effectué à un pourcentage très réduit.

Dans un rapport du 24 novembre 2010, le centre d'imagerie de la Riviera a retenu, suite à des radiographies de la cheville gauche, un remaniement post-traumatique ancien de la région malléolaire interne, une ostéopénie diffuse, aspécifique et non évolutive, et l'absence de signes d'une algodystrophie.

Le 7 décembre 2010, le Dr R.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré présentait des douleurs de type neuropathique associées à une maladie neuro-inflammatoire, soit un CRPS de type II, causant des douleurs chroniques extrêmement importantes ayant un impact certain sur son état physique et psychique. Il a retenu que la capacité de travail de l'assuré

était réduite et son rendement diminué, en précisant qu'il ne pouvait pas se prononcer sur son habilité à une activité professionnelle.

**C.** Par acte du 13 décembre 2010 de son mandataire, O. \_\_\_\_\_ fait recours au Tribunal cantonal contre la décision sur opposition du 11 novembre 2010 et conclut au renvoi du dossier à la CNA en vue de statuer sur son droit à une rente d'invalidité de montant supérieur à 14%. A titre de mesure d'instruction, il réclame la mise en œuvre d'une expertise médicale.

Il se prévaut de l'appréciation de la capacité de travail de la Dresse P. \_\_\_\_\_ et du Dr R. \_\_\_\_\_, puis soutient que le médecin d'arrondissement de la CNA n'a pas examiné les conséquences du remaniement post-traumatique de la cheville gauche ni l'algodystrophie sur son état de santé général, alors qu'en 2008 il présentait déjà une coxarthrose et une ossification hétérotopique du bassin et des hanches. Dès lors, il fait valoir que les rapports médicaux sur lesquels se fonde la CNA ne procèdent pas d'un examen complet sur le plan médical.

Dans un rapport du 27 janvier 2011, le Dr V. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique auprès de la CNA, répondant à des questions complémentaires de la CNA, a relevé notamment ce qui suit:

"Monsieur O. \_\_\_\_\_ se plaint de douleurs au pied gauche, consécutives à une fracture sans déplacement de la malléole interne survenue le 21 juin 2007, laquelle a été consolidée sans complication par une bonne immobilisation et s'accompagne simplement d'une très légère réduction de la fente articulaire à la pointe de la malléole interne, à peine visible à l'IRM. Ceci ne justifie en rien une restriction fonctionnelle, ni dans la pratique d'un sport ni dans l'exercice d'un métier physiquement contraignant tel que celui de l'assuré en tant qu'aide-maçon.

Le diagnostic d'algodystrophie a été posé en raison de douleurs diffuses. Le diagnostic n'a toutefois jamais pu être démontré objectivement. A aucun moment, les altérations dystrophiques au niveau du pied n'ont été constatées. Les documents d'imagerie soumis ne montrent pas non plus de tuméfaction et l'examen orthopédique du pied pratiqué par le médecin d'arrondissement, le Dr. N. \_\_\_\_\_, l'a également exclue. Les traitements à base de médicaments, entre autre Miacalcic, sont restés sans réponse. L'implantation d'un stimulateur de moelle épinière n'a visiblement

apporté aucune amélioration significative, à savoir, le pied n'est pas mis davantage en charge.

Les restrictions montrées par l'assuré et observées à plusieurs reprises par des médecins et portant sur la capacité de charge du pied ne peuvent par conséquent pas être étayées par des résultats objectifs. L'arthrose préexistante dans la région ventrale de l'articulation de la cheville, partie supérieure, sur laquelle l'accident du 21 juin 2007 n'a eu aucune incidence, n'explique pas non plus les douleurs restrictives ressenties au quotidien, mais justifie tout au plus les problèmes lors de la flexion dorsale maximale du pied.

L'évaluation d'une capacité limitée de mise en charge du pied gauche ne s'appuie par conséquent que sur les observations et sur les indications de l'assuré, sur des conséquences indirectes telles que des signes de ménagement (circonférence des mollets, qui n'est pas déterminée systématiquement) et sur des tâches mouchetées temporairement visibles sur les clichés radiographiques. Les examens IRM n'ont livré aucune indication quant à des altérations des parties molles. La deuxième scintigraphie en date du 4 juin 2009 a révélé, contrairement à celle réalisée précédemment en 2008, un résultat normal pour le pied gauche.

En se fondant sur des résultats objectifs, rien ne permet par conséquent de justifier avec vraisemblance une limitation en termes de capacité de mise en charge du pied gauche. Les évaluations relatives à une limitation considérable s'appuient exclusivement sur les indications de l'assuré lui-même et sur des observations. Cela concerne également les douleurs dans d'autres régions au niveau de l'appareil locomoteur, entre autre du genou droit ou de la région lombosacrée. Le résultat objectif concernant la guérison de la fracture au niveau de la malléole interne ne satisfait clairement pas au seuil de gravité pour une atteinte à l'intégrité. Cette théorie d'une lésion de surcharge au niveau de la jambe droite, due au ménagement ou à une lésion de la région charnière lombo-sacrée avec développement d'une ischialgie n'est pas plausible".

Dans sa réponse du 2 mars 2011, la CNA conclut au rejet du recours. Elle relève que la coxarthrose, l'ossification hétérotopique du bassin et des hanches ainsi que les douleurs au niveau lombo-sciatique droit et les gonalgies, de l'avis du Dr V.\_\_\_\_\_, ne sont pas en relation de causalité avec l'accident, puis que l'algodystrophie, selon le Dr N.\_\_\_\_\_, n'explique que très partiellement l'attitude de pseudo-handicap de l'assuré. La CNA fait valoir que l'avis des médecins précités est prépondérant par rapport à celui des Drs P.\_\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_\_, l'assuré devant être considéré comme apte à travailler dans une activité adaptée à temps complet sans diminution de rendement. Elle se réfère pour le surplus au calcul du taux d'invalidité retenu par la décision attaquée.

Le 29 août 2011, le recourant soutient que l'appréciation du Dr V.\_\_\_\_\_, émise par une partie dans le cadre d'une procédure de recours, est dénuée de valeur probante. Se référant à l'avis des Drs P.\_\_\_\_\_, et R.\_\_\_\_\_, il reprend ses arguments sur le plan médical et réitère sa demande tendant à la mise en œuvre d'une expertise médicale.

**D.** L'assuré a également contesté la décision fixant les prestations de l'OAI. Ce recours est traité parallèlement par la Cour des assurances sociales (cause AI 3/11).

### **E n d r o i t :**

**1.** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est 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 (ATF 125 V 413 consid. 2c; 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

**b)** Le présent litige porte sur le montant du droit à une rente d'invalidité de la CNA en faveur du recourant, suite à l'accident du 21 juin 2007. Le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, fixé à 5% dans la décision attaquée, n'est pas contesté.

**3. a)** Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose notamment entre l'évènement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle. Cette condition est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet évènement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière (ATF 129 V 177 consid. 3.1; 129 V 402 consid. 4.3.1; 119 V 335 consid. 1; 118 V 286 consid. 1b et les références citées; TF 8C\_377/2009 du 18 février 2010 consid. 5.1). Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé: il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 129 V 177 consid. 3.1; 129 V 402 consid. 4.3.1; 119 V 335 consid. 1).

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). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'évènement assuré. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1; 129 V 402 consid. 4.3.1; 119 V 335 consid. 1; TF 8C\_1025/2008 du 19 octobre 2009 consid. 3.2; TF 8C\_377/2009 du 18 février 2010 consid. 5.1).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 129 V 402 consid. 4.3; 129 V 177 consid. 3.1).

**b)** En vertu de l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 LPGGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGGA).

L'art. 7 al. 2 LPGGA précise que seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain et qu'en outre, il y a incapacité de gain uniquement si celle-ci n'est pas objectivement surmontable. Pour établir si on peut raisonnablement exiger de l'assuré qu'il surmonte par ses propres efforts les répercussions négatives de ses problèmes de santé et exerce une activité lucrative et, partant, réalise un revenu, il faut se placer d'un point de vue objectif. L'élément déterminant n'est donc pas la perception subjective de l'intéressé, mais de savoir si on peut objectivement attendre de lui qu'il surmonte ses limitations et exerce une activité lucrative en dépit de ses problèmes de santé (ATF 135 V 215 consid. 7.2 et les références citées).

**c)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la

personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 51 consid. 4; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 2c; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1).

L'assureur social, et le juge des assurances sociales en cas de recours, doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références citées; 134 V 231 consid. 5.1; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

Une valeur probante doit également être accordée aux appréciations émises par les médecins de la CNA, car, selon la jurisprudence, cette institution n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, entière

valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 consid. 3b; TFA I 554/01 du 19 avril 2002 consid. 2a).

**d)** Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a; TF 8C\_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2 et les références citées; TF 9C\_440/2008 du 5 août 2008); une telle manière de procéder (appréciation anticipée des preuves encore offertes) ne viole pas le droit d'être entendu (ATF 124 V 90 consid. 4b; 122 V 157 consid. 1d; TF 8C\_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2 et les références citées).

**e)** Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale

de comparaison des revenus; ATF 130 V 343 consid. 3.4; 128 V 29 consid. 1; TF 8C\_748/2008 du 10 juin 2009 consid. 2.1).

En matière d'assurance-accidents, l'art. 18 al. 1 LAA prévoit que le Conseil fédéral règle l'évaluation du degré de l'invalidité dans des cas spéciaux; il peut à cette occasion déroger à l'art. 16 LPGA. Selon l'art. 28 al. 3 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents; RS 832.202), si la capacité de travail de l'assuré était déjà réduite de manière durable avant l'accident par suite d'une atteinte à la santé non assurée, il y a lieu, pour évaluer l'invalidité, de comparer le revenu que l'assuré aurait pu réaliser compte tenu de la diminution de sa capacité de travail initiale avec celui qu'il pourrait encore obtenir en dépit des suites de l'accident et de l'atteinte préexistante.

Le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en règle générale en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1; 129 V 222 consid. 4.3.1; TF 9C\_651/2008 du 9 octobre 2009 consid. 6.1).

En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible - le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail (DPT) établies par la CNA (ATF 135 V 297 consid. 5.2; 129 V 472 consid. 4.2.1). Dans ce cas, pour que le revenu d'invalidité corresponde aussi exactement que possible à celui que l'assuré pourrait réaliser en exerçant l'activité que l'on peut raisonnablement attendre de lui, l'évaluation dudit revenu doit nécessairement reposer sur un choix

large et représentatif d'activités adaptées au handicap de la personne assurée. C'est pourquoi la jurisprudence impose, en cas de recours aux DPT, la production d'au moins cinq d'entre eux (ATF 129 V 472 consid. 4.2.2; TF 8C\_809/2008 du 19 juin 2009 consid. 4.2.2; TF 8C\_4/2008 du 25 juin 2008 consid. 3.2).

S'agissant de la condition selon laquelle l'activité exercée doit mettre pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle de l'assuré, il convient de rappeler que l'obligation de limiter le préjudice subi, qui est un principe général du droit des assurances sociales, contraint l'assuré à mettre en oeuvre tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer les conséquences de son accident, fût-ce au prix d'un effort important, avant de solliciter des prestations (ATF 123 V 86 consid. 4c; 113 V 22 consid. 4a; TF 9C\_578/2009 du 29 décembre 2009 consid. 4.2.2; TF 9C\_1043/2008 du 2 juillet 2009 consid. 3.1).

**4. a)** Dans le cas présent, le 21 juin 2007, l'assuré s'est fracturé la cheville gauche, au niveau de la malléole interne gauche, et a été traité par immobilisation plâtrée durant six semaines. Il a présenté d'importantes douleurs ayant fait l'objet de différentes mesures thérapeutiques, en particulier attestées par les Drs P.\_\_\_\_\_, B.\_\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_\_, et a effectué deux séjours à la CRR. Il a enfin été examiné par le Dr N.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la CNA, qui a retenu une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Par décision du 21 septembre 2010, confirmée sur opposition le 11 novembre 2010, la CNA lui a reconnu le droit à une rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> mars 2010, compte tenu d'une incapacité de gain de 14%.

Le recourant conclut à une rente d'invalidité de montant supérieur à 14% et réclame la mise en oeuvre d'une expertise médicale. Il conteste en substance la valeur probante des rapports médicaux sur lesquels s'appuie la CNA pour apprécier son état de santé sur le plan somatique et sa capacité de travail. Plus précisément, il soutient que le médecin d'arrondissement de la CNA n'a pas examiné les conséquences du remaniement post-traumatique de la cheville gauche ni

l'algodystrophie sur son état de santé général, alors qu'en 2008 il présentait déjà une coxarthrose et une ossification hétérotopique du bassin et des hanches.

La problématique psychiatrique n'est pas contestée par le recourant. Sur cette question, selon la jurisprudence en la matière (ATF 115 V 133 consid. 6; TF 8C\_304/2010 du 5 janvier 2011 consid. 3), il y a lieu de retenir, conformément aux motifs retenus par la CNA dans la décision attaquée, que les troubles psychiques affectant l'assuré ne sont pas en relation de causalité adéquate avec l'accident du 21 juin 2007. Dès lors, de tels troubles ne sont pas à la charge de l'intimée.

**b)** Suite au séjour de l'assuré à la CRR du 20 mai au 10 juin 2009, dans leur rapport du 10 juillet 2009, les Drs M. \_\_\_\_\_ et G. \_\_\_\_\_ ont constaté une évolution douloureuse sans explication somatique satisfaisante, l'ostéophyte antérieur de la cheville ne suffisant pas à expliquer l'importance des plaintes, malgré une algoneurodystrophie; ils ont relevé l'absence de diminution des douleurs malgré un traitement conservateur. Dans une activité adaptée, en position assise, ils ont retenu, malgré une réintégration professionnelle difficile, une capacité de travail complète. Lors de son examen médical final du 24 septembre 2009, le Dr N. \_\_\_\_\_ a constaté la présence de douleurs importantes et notamment relevé une attitude de pseudo-handicap qu'une algodystrophie n'expliquait que très partiellement, puis a infirmé l'indication à une opération du tendon d'Achille. Il a retenu une pleine capacité de travail en tenant compte des limitations fonctionnelles suivantes: charges moyennes, station debout prolongée, longs trajets, surtout en terrain accidenté. Il a confirmé ses conclusions en date du 5 août 2010.

Dans un rapport du 5 mars 2010, la Dresse P. \_\_\_\_\_ a retenu que l'assuré présentait toujours des douleurs extrêmement importantes dans les suites de son accident, qu'il était obligé de marcher avec des cannes et qu'il présentait une incapacité de travail totale. Le 30 novembre 2010, cette praticienne a signalé d'importantes douleurs à la jambe fracturée et l'apparition de douleurs au niveau lombo-sciatique droit ainsi

que de gonalgies droites. Elle a retenu que son patient ne pouvait pas assumer un travail en position debout, même de courte durée, ni en marchant ni en portant des charges, mêmes légères, précisant qu'un travail en position assise alternée, mais de courte durée, pouvait éventuellement être effectué à un pourcentage très réduit. Pour sa part, le 7 décembre 2010, le Dr R. \_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré présentait des douleurs de type neuropathique associées à une maladie neuro-inflammatoire, causant des douleurs chroniques extrêmement importantes ayant un impact certain sur son état physique et psychique. Il a retenu que la capacité de travail de l'assuré était réduite et son rendement diminué, en précisant qu'il ne pouvait pas se prononcer sur son habilité à une activité professionnelle.

Le 27 janvier 2011, le Dr V. \_\_\_\_\_, répondant à des questions complémentaire de la CNA, a relevé que la fracture survenue le 21 juin 2007 avait été consolidée sans complication et s'accompagnait d'une très légère réduction de la fente articulaire à la pointe de la malléole interne, à peine visible à l'IRM, qui ne justifiait en rien une restriction fonctionnelle, ni dans la pratique d'un sport ni dans l'exercice d'un métier physiquement contraignant tel que celui d'aide-maçon. Le diagnostic d'algodystrophie n'avait pas pu être démontré objectivement, des altérations dystrophiques au niveau du pied n'avaient pas été constatées et il n'y avait pas de tuméfaction. Les restrictions de l'assuré portant sur la capacité de charge du pied ne pouvaient ainsi pas être étayées par des résultats objectifs, l'arthrose préexistante dans la région ventrale de l'articulation de la cheville - non concernée par l'accident - n'expliquant pas non plus les douleurs ressenties.

Selon le Dr V. \_\_\_\_\_, l'évaluation d'une capacité limitée du pied gauche ne s'appuyait donc que sur les observations et indications de l'assuré, sur des conséquences indirectes telles que des signes de ménagement et sur des tâches mouchetées temporairement visibles sur les clichés radiographiques. Les examens IRM n'avaient livré aucune indication quant à des altérations des parties molles et la deuxième scintigraphie (en juin 2009) n'avait rien révélé d'anormal. En se fondant

sur des résultats objectifs, rien ne permettait par conséquent de justifier une limitation en termes de capacité de mise en charge du pied gauche. Les évaluations relatives à une limitation importante s'appuyaient exclusivement sur les indications de l'assuré et sur des observations, ce qui concernait aussi les douleurs du genou droit ou de la région lombosacrée notamment. La théorie d'une lésion de surcharge au niveau de la jambe droite, due au ménagement ou à une lésion de la charnière lombo-sacrée avec développement d'une ischialgie, n'était en outre pas plausible.

**c)** Le Dr V. \_\_\_\_\_ a tout d'abord relevé que la fracture résultant de l'accident du 21 juin 2007 avait été consolidée et s'accompagnait d'une très légère réduction de la fente articulaire à la pointe de la malléole interne, à peine visible à l'IRM, qui ne justifiait en rien une restriction fonctionnelle dans l'exercice d'une activité. Selon le Dr N. \_\_\_\_\_, une algodystrophie n'expliquait que très partiellement les douleurs ressenties par l'assuré et son attitude de pseudo-handicap. De l'avis du Dr V. \_\_\_\_\_, le diagnostic d'algodystrophie n'avait pas pu être démontré objectivement, des altérations dystrophiques au niveau du pied n'avaient pas été constatées et il n'y avait pas de tuméfaction. Ces indications ne sont pas valablement contredites par les autres médecins ayant examiné l'assuré et, surtout, correspondent aux radiographies effectuées le 24 novembre 2010, qui n'ont pas décelé de signes spécifiques en faveur d'une algodystrophie (rapport du même jour du centre d'imagerie de la Riviera).

En outre, le Dr V. \_\_\_\_\_ a indiqué que l'accident du 21 juin 2007 n'avait eu aucune incidence sur l'arthrose préexistante dans la région ventrale de l'articulation de la cheville et que les autres douleurs de l'appareil locomoteur, au genou droit et dans la région lombosacrée notamment, s'appuyaient exclusivement sur les indications de l'assuré et sur des observations. Ce médecin a également retenu qu'une lésion de surcharge au niveau de la jambe droite n'était pas due au ménagement ou à une lésion de la charnière lombo-sacrée avec développement d'une ischialgie. Ces indications, qui ne sont pas contredites par les observations

des Drs P.\_\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_\_, permettent de retenir notamment que les problèmes d'arthrose étaient préexistants à l'accident, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'en tenir compte dans le cadre de l'invalidité (art. 28 al. 3 OLAA).

Les Drs P.\_\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_\_ n'ont pas retenu d'élément objectif n'ayant pas été pris en compte par les médecins de la CNA, contrairement à ce que soutient le recourant. En particulier, dans son rapport du 24 septembre 2009, se référant aux constatations des médecins de la CRR (rapport du 21 juillet 2008), le Dr N.\_\_\_\_\_ a retenu des troubles dégénératifs débutants de l'articulation tibio-talienne, une algodystrophie ainsi que (selon radiographies) une coxarthrose débutante bilatérale ainsi que des ossifications hétérotopiques relativement importantes sur le bassin à droite.

En ce sens, on ne voit pas de raisons de s'écarter de l'appréciation des Drs N.\_\_\_\_\_ et V.\_\_\_\_\_ pour préférer celui des médecins traitants de l'assuré, dont les avis sont peu étayés et doivent par ailleurs être appréciés avec les réserves d'usage. A cela s'ajoute que, dans ses lignes du 7 décembre 2010, le Dr R.\_\_\_\_\_ a relevé que, n'étant pas spécialisé en réadaptation, il ne pouvait pas se prononcer sur l'habilité à une activité professionnelle, ce qui remet en cause l'appréciation de ce médecin au sujet d'une réduction de la capacité de travail et de rendement. La Dresse P.\_\_\_\_\_ a du reste relevé qu'il n'était pas exclu que son patient présentait une capacité de travail résiduelle, à un pourcentage réduit. Pour le surplus, les autres arguments d'ordre médical dont se prévaut le recourant ne permettent pas de douter des constatations et de l'appréciation des médecins de la CNA.

Les Drs N.\_\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_\_ se basent par ailleurs sur l'ensemble de la problématique de l'assurée, en pleine connaissance de l'anamnèse et des plaintes subjectives, et se fondent sur des examens complets avant de retenir, par une appréciation médicale claire et exempte de contradictions, des conclusions étayées et dûment motivées. Contrairement à ce que soutient le recourant, on ne saurait douter de la valeur probante de l'avis du Dr R.\_\_\_\_\_, bien qu'émis postérieurement

au dépôt du recours, ce médecin ayant procédé à un examen objectif de l'assuré.

**d)** Au sujet de la capacité de travail, selon le Dr V.\_\_\_\_\_, les restrictions de l'assuré portant sur la capacité de charge du pied ne pouvaient pas être étayées par des résultats objectifs, les examens IRM n'ayant pas démontré d'altérations des parties molles et une scintigraphie en juin 2009 n'ayant rien révélé d'anormal. Selon les résultats objectifs, rien ne permettait de justifier une limitation en termes de capacité de mise en charge du pied gauche. L'appréciation de ce médecin rejoint en définitive celle du Dr N.\_\_\_\_\_ - qui a retenu une pleine capacité de travail dans une activité adaptée évitant les charges moyennes, la station debout prolongée, et les longs trajets, surtout en terrain accidenté - et celle des médecins de la CRR - qui ont retenu, malgré une réintégration professionnelle difficile, une capacité de travail complète dans une activité adaptée, en position assise.

En conséquence, s'agissant des atteintes résultant de l'accident du 21 juin 2007, il y a lieu de retenir que le recourant présente une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à son état de santé, tenant compte de ses limitations fonctionnelles, sans diminution de rendement.

**5.** Sur le plan économique, le recourant ne remet pas en cause le calcul du taux de rente effectué par la CNA, ni le gain annuel assuré, qui correspond aux pièces versées au dossier. Le revenu d'invalidité a correctement été fixé à 53'465 fr. 40, ce qui correspond au salaire moyen global indiqué dans le rapport du 3 décembre 2009 de la CNA, qui se base sur cinq DPT, dont le choix n'est pas contesté. Le revenu hypothétique sans invalidité correspond aux pièces versées au dossier, notamment aux indications données par l'entreprise A.\_\_\_\_\_ Sàrl à la CNA le 1<sup>er</sup> décembre 2009. Dès lors, le taux d'invalidité a correctement été fixé par l'intimée à 14%.

**6.** Le dossier étant complet, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'ordonner une instruction complémentaire sous la forme d'une expertise médicale.

Partant, le recours doit être rejeté, ce qui conduit à la confirmation de la décision sur opposition rendue par la CNA.

**7.** La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires. Vu l'issue du litige, le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGGA).

**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 11 novembre 2010 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
  
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires 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 Eduardo Redondo, avocat à Vevey (pour O.\_\_\_\_\_)
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents
- Office fédéral de la santé publique

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :