

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 11 janvier 2010

Présidence de Mme DI FERRO DEMIERRE
Juges : Mmes Thalmann et Röthenbacher
Greffier : Mme Vuagniaux

Cause pendante entre :

Q._____, à Corcelles-sur-Chavornay, recourant, représenté par Me Eduardo Redondo, avocat à Vevey,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à Lucerne, intimée, représentée par Me Marc-Etienne Favre, avocat à Lausanne.

Art. 6 al. 1 LAA; 76, 77, 80 al. 2 et 118 al. 1 LAMA

E n f a i t :

A. Le 12 mai 1975, Q._____, né en 1949, monteur-électricien à B._____, occupé sur un poteau téléphonique au démontage d'une ligne aérienne désaffectée, a été victime d'une chute d'une hauteur de dix mètres se soldant par un traumatisme crânio-cérébral, une fracture-luxation du poignet gauche avec troubles neurologiques et une fracture multi-fragmentaire du fémur droit. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou la caisse) a pris en charge les frais de traitement ainsi que l'incapacité de travail.

L'assuré a été hospitalisé au Centre J._____ (ci-après : J._____) du 12 au 14 mai 1975. Il a suivi une cure au Centre [...], du 10 mai au 18 juin 1976.

Dans une « expertise médicale pour la fixation d'une éventuelle rente » du 24 février 1977, le Dr N._____, médecin-expert de la CNA, à Lausanne, a apprécié le cas de l'assuré comme suit: « Récupération de la fonction de la hanche et du genou. Cette dernière articulation présente néanmoins encore des troubles réactifs modérés et des signes cliniques parlant pour une évolution d'arthrose. Quant à la cheville, là également il persiste des troubles réactifs et une gêne fonctionnelle. En ce qui concerne l'avant-bras et le poignet gauche, il persiste une atrophie de la musculature, des troubles réactifs du poignet et des troubles fonctionnels. Comme la reprise d'un traitement ne promet pas d'amélioration sensible, nous étudierons la liquidation du cas ».

Par décision du 14 mars 1977, compte tenu d'un degré d'incapacité de travail de 25 %, la caisse a alloué à l'intéressé une rente d'invalidité mensuelle de 417 fr. par mois à partir du 3 octobre 1976.

Le 29 août 1977, le Dr D._____, médecin généraliste FMH, a observé, sur demande de la CNA, des réactions articulaires sur lésions ligamentaires et troubles statiques post-traumatiques, des douleurs à la

cheville droite et au genou droit évoquant des réactions articulaires post-traumatiques. Il a également noté un raccourcissement du membre inférieur droit.

La rente a été révisée trois fois par le biais d'expertises effectuées les 20 juillet 1979, 13 juillet 1982 et 20 août 1985 par le Dr N._____, à l'issue desquelles aucune aggravation de l'état de santé de l'assuré n'a été constatée (membre inférieur droit : status après fracture multifragmentaire du fémur, troubles réactifs modérés de la hanche et du genou, évolution d'arthrose. Avant-bras gauche : status après fracture du poignet, troubles réactifs et fonctionnels, atrophie de la musculature). Dans les trois cas, la CNA a maintenu la rente allouée pour incapacité de travail de 25 %. Le 13 juillet 1982, le Dr N._____ relevait que les séquelles d'accident qui subsistaient encore étaient les suivantes : limitation de la rotation interne de la hanche droite, atrophie de la musculature, troubles réactifs du genou, troubles fonctionnels modérés de la cheville, troubles fonctionnels du poignet gauche avec atrophie de la musculature, discrète déformation de l'articulation et troubles subjectifs. Le 20 août 1985, le même médecin assimilait à des séquelles de l'accident le discret raccourcissement du membre inférieur droit avec troubles statiques consécutifs du bassin, l'atrophie de la musculature, la raideur totale pour la rotation interne, les minimes troubles réactifs du genou droit sans troubles fonctionnels, la discrète limitation de la mobilité de la cheville et de la sous-astragaliennne, les troubles fonctionnels du poignet assez importants avec atrophie de la musculature de la main, la déformation de l'articulation et les troubles subjectifs.

A sa demande, l'assuré a été convoqué le 6 août 1987 par le Dr N._____. Diagnostiquant une certaine péjoration de la progression de l'arthrose, en particulier du poignet et de la tibio-tarsienne, le médecin a préconisé un séjour dans un des centres de médecine rééducative de la CNA pour cure, que l'intéressé a suivie du 14 septembre au 9 octobre 1987, à [...] (gonarthrose droite et arthrose du poignet droit s'accompagnant d'un excès relatif de longueur du cubitus et d'une incongruence radio-carpienne). L'assuré se plaignant de douleurs à la

nuque à la fin de l'année 1987, la caisse a accepté, par courrier du 11 décembre 1987, de prendre en charge huit séances de physiothérapie concernant l'épaule droite et la nuque. Par décision du 22 mars 1988, elle a toutefois refusé d'allouer d'autres prestations au motif que ces troubles n'étaient pas en relation de causalité avec l'accident de 1975. L'assuré ne s'est pas opposé à cette décision.

A la suite d'un entretien, la caisse a convoqué l'assuré pour un examen médical. Le 21 février 1990, le Dr P._____, médecin d'arrondissement de la CNA, à Lausanne, a posé le diagnostic suivant :

« Les seules séquelles de l'accident du 12 mai 1975 ne manifestent aucun changement objectivable. La situation au niveau du membre inférieur droit est favorable. On ne retrouve qu'une consolidation en légère rotation externe du fémur. On ne retrouve pas d'inégalité de longueur clinique. La fonction du genou est complète de même que la fonction de la cheville. Au niveau du poignet gauche, il persiste une limitation fonctionnelle qui ne s'est pas modifiée depuis le dernier examen fait à l'agence.

Les constatations, faisant suite aux conséquences directes de l'accident, sont donc sans changement. Vu les constatations actuelles, elles ne nécessitent aucune reprise, d'investigation ou de traitement. Il n'y a pas de traitement qui soit susceptible de modifier de façon significative la situation au niveau du poignet gauche. Par ailleurs, l'assuré se plaint de douleurs articulaires diffuses : ensemble de la colonne vertébrale et surtout de l'épaule droite qui, au vu des éléments présents au dossier, des lésions constatées lors de l'accident et des délais écoulés, ne peuvent être rapportées aux suites de l'accident du 12.5.1975 ».

Par décision du 22 mars 1990 entrée en force, se fondant sur les constatations médicales du Dr P._____ susmentionnées, la CNA a nié tout droit à l'assuré à des prestations supplémentaires, considérant que les suites de l'accident ne s'étaient pas aggravées et que la reprise d'un traitement médical ne se justifiait pas.

L'intéressé a à nouveau été examiné par un médecin d'arrondissement de la caisse, le Dr L._____, en date du 18 octobre 2000. Celui-ci a retrouvé les séquelles connues de l'accident de 1975, soit essentiellement un défaut de rotation du fémur droit et une arthrose du poignet gauche, auxquelles s'ajoutait une certaine limitation fonctionnelle de la hanche droite, du genou droit et de la cheville droite sur un fond

d'arthrose débutante de ces articulations, déjà relevée lors des précédents examens. Il a ajouté que le patient présentait des omalgies droites et des rachialgies dont la relation avec l'accident de 1975 n'était pas établie. Sur proposition du praticien, l'assuré a séjourné à la Clinique F. _____ du 2 au 31 janvier 2001.

Le 9 février 2001, la Clinique F. _____ a produit un rapport médical indiquant que les constatations cliniques et les données radiologiques étaient compatibles avec une coxarthrose débutante bilatérale, prédominant à droite, une gonarthrose et condrocalcinose du genou droit, une arthrose de la cheville gauche et une arthrose du poignet gauche. L'examen clinique de l'épaule était compatible avec une discrète bursite sous-acromiale et les douleurs lombaires s'expliquaient par des dysbalances musculaires et des troubles statiques. L'assuré a reçu divers soins et ses chaussures ont été adaptées.

Dans un rapport du 26 mars 2001, le Dr G. _____, radiologue FMH à [...], a posé les diagnostics suivants : « Troubles de la statique rachidienne, quelques vertèbres cunéiformes dans la région dorsale moyenne par probable remodelage, pas d'amincissement discal, possible arthropathie coxo-fémorale droite de type dégénératif ».

Le 1^{er} mars 2002, le Dr Y. _____, généraliste FMH et médecin traitant, a demandé à la CNA si elle pouvait augmenter l'incapacité actuelle de son patient à 50 % de manière durable, précisant que, malgré les soins prodigués à la Clinique F. _____, celui-ci présentait toujours des douleurs extrêmement vives au niveau des épaules, poignets, main droite, hanches, genou droit, cheville droite et dos.

Par décision du 28 juin 2002, non contestée par voie d'opposition, la caisse a refusé de réviser la rente de l'assuré à la hausse, au motif que les séquelles de son accident ne s'étaient pas aggravées et que les troubles dont il faisait état n'étaient pas en relation avec ledit accident. A l'appui de sa décision, la CNA a pris en compte l'appréciation médicale du Dr L. _____ du 12 juin 2002 selon laquelle l'intéressé se

plaignait de douleurs articulaires diffuses et de douleurs aux épaules, alors que celles-ci avaient une mobilité complète et une très bonne force, étant précisé que l'on retrouvait toujours les mêmes séquelles de l'accident (essentiellement un défaut de rotation du fémur droit et une arthrose post-traumatique du poignet gauche et de la sous-astragaliennne droite) auxquelles il s'était manifestement accoutumé. Le médecin a indiqué qu'il avait l'impression que des facteurs non orthopédiques, voire non médicaux, jouaient un rôle prépondérant dans l'incapacité de travail supplémentaire revendiquée.

Le 7 juillet 2006, le Dr X._____, médecin-conseil de B._____, a écrit à la CNA afin de savoir s'il était possible de rouvrir le dossier de l'assuré et de considérer le tableau clinique actuel, soit un processus dégénératif induit par les différentes atteintes traumatiques survenues lors de l'accident de 1975, comme une suite de l'accident survenu en 1975. Le médecin a rappelé ce qui suit :

« M. Q._____ est employé à B._____ et est affecté aux travaux d'entretien de l'éclairage public. Actuellement, il peut difficilement conduire son activité professionnelle à temps complet, souffrant de douleurs dans les articulations, en particulier au niveau de la sphère vertébrale, au niveau des poignets. Les perspectives d'une reconversion professionnelle sont difficilement envisageables en tenant compte de l'intéressé.

Dès lors nous avons opté pour une activité professionnelle à 50 %, soit un travail à la demi-journée, dans le but de limiter la symptomatologie douloureuse en diminuant les sollicitations biophysiques de toutes les sphères ostéo-articulaires concernées (...), il est très vraisemblable que l'on s'oriente vers le maintien d'une activité professionnelle réduite à 50 % et la reconnaissance d'une compensation par une demi-rente ».

Entendu à son domicile le 22 août 2006 par un inspecteur de la CNA, l'intéressé a indiqué qu'il voyait son médecin traitant, le Dr Y._____, deux ou trois fois par an pour le renouvellement de médicaments et qu'il n'avait pas revu d'autre médecin, ni effectué d'autres examens complémentaires. Ayant de plus en plus de peine à récupérer de ses journées de travail, il a précisé qu'il s'était finalement résolu à travailler à 80 % depuis octobre 2004, supportant seul la perte de gain, et que son état de santé s'était progressivement détérioré vers fin

2005 / début 2006, se traduisant par des troubles aux deux poignets, à son genou droit, à ses épaules et à son dos. Le Dr X. _____ lui a reconnu une incapacité de travail de 50 % dès le 15 mai 2006 pour une durée indéterminée.

Le 19 octobre 2006, l'assuré a été examiné par le Dr L. _____ qui a conclu à l'absence d'aggravation notable par rapport à la situation qui prévalait auparavant, estimant que l'intéressé pouvait travailler en plein dans le cadre de la rente qui lui était allouée. Il a noté que celui-ci travaillait à 80 % depuis fin 2003 - et non pas fin 2004 comme mentionné à l'inspecteur de la CNA - et qu'une de ses filles était décédée en mars 2005 d'une affection hématologique dont elle souffrait depuis la toute petite enfance, malgré une transplantation de moelle. Le praticien a apprécié le cas comme suit :

« Le patient dit qu'il a des douleurs partout. Il souffre du poignet gauche et de la cheville droite mais également du poignet droit, du genou droit, des épaules et du dos. Il a de la peine à se déplacer, notamment en terrain inégal. Il ne peut plus marcher en montagne, ni pêcher en rivière. S'il continue à chasser, il ne fait plus de battues (...).

Objectivement, par rapport à mon examen du 12 juin 2002, qui remonte à trois ans, il n'y a aucun changement.

On retrouve un défaut de rotation du fémur droit, séquelles connues de longue date de l'accident de 1975. A cela s'ajoutent des lésions dégénératives touchant les deux hanches, le genou droit, les épaules et le dos, qu'aucun indice concret ne permet de rapporter à l'accident de 1975. Par ailleurs, ces lésions dégénératives ne s'accompagnent pas d'une limitation fonctionnelle notable et il n'est pas établi qu'elles empêchent le patient de travailler en plein dans une activité qui semble quand même relativement adaptée.

Au total, le tableau clinique n'est pas sans évoquer un syndrome douloureux somatoforme persistant qui, chez ce patient, pourrait cacher un état dépressif. Quand on aborde le problème sous cet angle, le patient ne veut rien entendre et, pour lui, l'ensemble de ses troubles doivent être rapportés à l'accident.

De mon côté, je conclus à l'absence d'aggravation notable par rapport à la situation qui prévalait auparavant et j'estime que le patient peut travailler en plein dans le cadre de la rente qui lui est allouée, du moins pour les seules suites de l'accident qui nous occupe ».

En relation avec l'examen médical qui précède, la CNA a rendu le 23 octobre 2006 une décision par laquelle elle a refusé l'octroi d'autres prestations que la rente en vigueur.

Représenté par l'avocat Eduardo Redondo, l'assuré s'est opposé à cette décision par écriture du 22 novembre 2006, en concluant à l'octroi d'une rente d'invalidité de 50 % pour les suites de l'accident de 1975. Il a exposé que seul l'avis du Dr X. _____ devait être suivi et a requis la mise en oeuvre d'une expertise médicale par un expert orthopédiste traumatologue FMH neutre.

Le 24 novembre 2006, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) auprès de l'office compétent, faisant état de douleurs au niveau des poignets, mains, genoux, cheville droite, épaule droite, dos et nuque, et sollicitant l'octroi d'une rente.

Par décision sur opposition du 13 décembre 2006, constatant qu'elle n'avait pas été appelée à intervenir pour une rechute et qu'aucune mesure médicale n'avait été envisagée tant par le Dr X. _____ que par le Dr Y. _____, la CNA a confirmé le rejet de la révision de la rente allouée depuis 1976.

B. Toujours par l'entremise de son conseil, l'assuré a recouru par acte du 14 mars 2007, en concluant, avec suite de frais et dépens, préalablement, à la mise en oeuvre d'une expertise en vue de déterminer les séquelles et suites tardives de l'accident de 1975 et d'établir la relation de causalité naturelle et adéquate entre celles-ci et l'accident et, principalement, à l'annulation de la décision sur opposition et à l'octroi d'une rente d'invalidité de 50 %. En premier lieu, il a estimé que le délai de péremption fixé à l'art. 80 al. 2 dans l'ancienne loi fédérale sur l'assurance en cas de maladie et d'accidents du 13 juin 1911 (ci-après : LAMA) ne pouvait être opposé au recourant dans le cas de rechutes ou de séquelles tardives de l'accident pour lesquelles l'assureur-accidents est tenu d'entrer en matière. Effectivement, compte tenu des six rechutes annoncées et des séquelles tardives constatées (lésions dégénératives,

arthrose, atrophie musculaire et troubles réactifs, fonctionnels et statiques), il se justifie d'entrer en matière sur le fond. Ensuite, il a contesté les conclusions du Dr L._____, par ailleurs non motivées, affirmant que le syndrome somatoforme douloureux cacherait un état dépressif et qu'aucun indice concret ne permettait de rapporter les troubles dont il souffrait à l'accident. Partant, il a considéré que l'expertise du Dr L._____ n'avait pas valeur probante au regard de la jurisprudence.

Représentée par l'avocat Marc-Etienne Favre, à Lausanne, la caisse a répondu par lettre du 11 juin 2007, en concluant au rejet du recours. Elle a tout d'abord indiqué que le recourant avait mal interprété la jurisprudence citée concernant l'art. 80 al. 2 LAMA, dans le sens où une rente pouvait effectivement être révisée après le délai de péremption de neuf ans lorsque la CNA était intervenue lors d'une annonce d'une rechute ou de suites tardives, mais uniquement lorsqu'il s'agissait d'un cas urgent ou que l'intéressé souffrait de douleurs insupportables. Par conséquent, vu que les interventions de la caisse s'étaient soldées soit par des refus de réviser non contestés, soit par l'octroi de deux cures en 1987 et 2000 (recte : 2001), cela ne correspondait pas aux hypothèses envisagées par la jurisprudence, et le recours devait déjà être rejeté sur ce point. En outre, elle a estimé que les conclusions de l'expertise du Dr L._____ étaient en tous points conformes aux exigences de la jurisprudence quant à leur motivation et n'entraient en contradiction avec aucune des pièces du dossier.

Dans sa réplique du 16 octobre 2007, le recourant a soutenu que les troubles constatés par le Dr G._____ (raccourcissement du membre inférieur droit, vertèbres cunéiformes par fort probable remodelage) et par la Clinique F._____ (dérotation du fémur, scoliose dorso-lombaire compensatrice, diminution de la mobilité de la hanche en flexion et en rotation due à la dérotation, importants remaniements au niveau du fémur droit avec chevauchement des extrémités fracturaires et formation d'un cal osseux hypertrophié) étaient secondaires à l'accident de 1975. En outre, il a noté que le Dr L._____ n'avait pas procédé à un examen dorso-lombaire et s'était contenté d'affirmer que les « multiples

atteintes à la santé n'étaient pas toutes consécutives à l'accident du 12 mai 1975 ». Partant, il a maintenu les conclusions de son recours du 14 mars 2007 et la requête d'une expertise complémentaire.

Le 18 décembre 2007, la CNA a dupliqué en rappelant que le rapport du Dr G. _____ ne portait que sur le résultat d'une imagerie médicale et ne constituait dès lors pas une expertise des conséquences de l'accident. Elle a contesté l'argument du recourant selon lequel le Dr L. _____ n'aurait pas procédé à un examen dorso-lombaire, puisqu'il avait noté, dans son appréciation médicale du 12 juin 2002, que l'intéressé se plaignait de douleurs du rachis et que la Clinique F. _____ avait confirmé l'absence de lien entre les rachialgies et l'accident.

Le 27 mai 2008, le recourant a demandé la production du dossier AI, qui a été produit le 1^{er} juillet 2008. Les parties se sont déterminées.

Le 30 juillet 2008, le recourant a relevé que le Service médical régional AI (ci-après : SMR) avait constaté, dans son rapport du 8 janvier 2008, qu'aucun élément ne permettait de suspecter un trouble dépressif significatif ou un trouble somatoforme douloureux. De plus, les conclusions du SMR selon lesquelles ses pathologies s'étaient aggravées étaient les suivantes (p. 5) : « Par rapport à l'examen clinique du médecin d'arrondissement du 19 octobre 2006, l'examen est objectivement détérioré : l'accroupissement n'est pas possible, les rotations de la hanche droite se sont nettement détériorées par rapport à la gauche, les signes rotuliens sont nettement positifs à droite, et l'amyotrophie du mollet droit s'est aggravée ».

Le 7 janvier 2009, l'intimée a relevé que dans la mesure où le SMR avait estimé une incapacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle et de 100 % dans une activité adaptée, et que cette appréciation s'écartait des constatations du médecin d'arrondissement pour rejoindre la position du Dr X. _____, elle avait soumis cette opinion à la Division médecine des assurances, en l'occurrence au Dr M. _____

qui avait rendu un avis médical le 5 décembre 2008. Celui-ci remettait en cause la mesure faite par le SMR s'agissant du périmètre du mollet droit de l'assuré et concluait qu'il n'était pas démontré avec un degré de vraisemblance suffisant que la situation s'était péjorée depuis 2006. Pour répondre à cette dernière question, il considérait qu'une mise à jour de l'imagerie de la hanche droite et de l'arrière-pied droit était indispensable. On ne pouvait dès lors donner valeur significative aux conclusions retenues dans le dossier AI.

Le 15 janvier 2009, le recourant a conclu à l'admission du recours sans la mise en œuvre d'autres mesures d'instruction, se prévalant du fait que l'assureur-accidents était lié par les conclusions de l'assurance-invalidité compte tenu de l'uniformité de la notion d'invalidité.

Il ressort du dossier AI notamment ce qui suit :

- un rapport médical du 29 décembre 2006 du Dr Y. _____ indiquant que le recourant était en incapacité de travailler à 50 % dans son activité habituelle depuis le 15 mai 2006, en raison de douleurs récidivantes au niveau de la hanche, du genou et de la cheville droits, ainsi qu'au poignet gauche;
- un rapport médical du 20 février 2007 du Dr X. _____ indiquant une incapacité de travailler à 50 % à partir du 15 mai 2006. Le médecin-conseil a précisé que, compte tenu de l'âge de l'intéressé, il avait opté pour le maintien de l'activité habituelle à temps partiel plutôt que pour une reconversion professionnelle qui n'aurait pas abouti par manque de temps;
- le rapport du SMR du 8 janvier 2008 (examen du 19 décembre 2007) dont quelques extraits sont reproduits ci-dessous en l'état :

« **Anamnèse (p. 1) :**

Cet assuré a déposé le 24.11.2006 une demande de prestations AI pour adultes au sens d'une rente; il sollicite une rente à 50 %.

Cet assuré a été victime en 1975 d'un grave accident de travail pris en charge par la SUVA. Spontanément en 2002, il avait décidé de réduire son activité professionnelle à 80 %, car son activité professionnelle lui pesait physiquement de manière excessive.

Le Dr X._____, médecin conseil de B._____, reconnaît à cet assuré depuis le 15.05.2006 une incapacité de travail de 50 %. Cette appréciation étant en contradiction avec la SUVA. L'examen par le médecin d'arrondissement le 19.10.2006, qui objectivement ne révèle aucun changement de la situation par rapport à un examen précédent remontant au 12.06.2002, fait conclure à la SUVA que l'assuré « peut travailler en plein dans le cas de la rente qui lui est allouée, du moins pour les seules suites de l'accident qui nous occupe ».

L'assuré est convoqué ce jour au SMR Suisse Romande pour un examen de rhumatologie, afin de faire le point quant aux atteintes à la santé et quant à la capacité de travail dans les suites logiques de l'accident de 1979 et d'éventuelles autres atteintes à la santé.

Anamnèse psychosociale et psychiatrique (p. 3) :

Mariage en 1974 avec une femme de 2 ans sa cadette, travaillant comme [...]. L'entente est correcte. Avec beaucoup de dignité, l'assuré parle du décès de sa fille; il évoque sa tristesse légitime, mais ne verbalise aucunement une altération significative de la thymie.

Diagnostics (p. 5) :

Avec répercussion sur la capacité de travail

- Status post-accident professionnel le 12.05.1975 (T 94.0) avec :
 - arthrose radiocarpienne G secondaire.
 - gonarthrose D notamment fémoropatellaire.
 - arthrose sous-astragalienne D.
- Conflit sous-acromial de l'épaule D.
- Coxarthrose D.

Appréciation du cas (p. 5) :

M. Q._____ est un homme en bonne santé habituelle, victime le 12.05.1975 d'un grave accident de travail, ayant laissé comme séquelle essentiellement une arthrose radiocarpienne G, une gonarthrose D et une arthrose sous-astragalienne D. En raison de cet accident et des importantes séquelles, l'assuré bénéficie depuis 1976 d'une rente de la SUVA de 25 %.

Depuis 2002, de son propre chef, il a décidé de diminuer son temps de travail à 80 %.

Toutefois, malgré la réduction de son activité professionnelle et le fait que l'assuré ait été déplacé par son employeur dans une activité relativement plus légère, l'intéressé signale une péjoration progressive de la situation avec installation de douleurs toujours plus importantes et réfractaires au niveau des sites qui avaient été

lésés lors de l'accident de 1975, mais également au niveau de l'épaule D.

Cliniquement, on trouve un assuré collaborant, euthymique, absolument pas plaignant de telle sorte qu'on peine à comprendre comment le médecin d'arrondissement de la SUVA a pu conclure à un trouble douloureux somatoforme, diagnostic en faveur duquel on ne dispose d'aucun argument.

L'examen général est marqué le 19.12.2007 par un excès pondéral, ancien, et par une tension artérielle certaine pathologiquement élevée qu'il a été demandé à l'assuré de signaler à son médecin traitant.

L'examen neurologique est sans particularité, notamment sans déficit moteur aux membres inférieurs. Il n'y a non plus pas d'argument en faveur d'une compression du nerf médian au niveau du tunnel carpien que l'anamnèse aurait pu faire suspecter, notamment à G.

Au plan ostéoarticulaire, l'examen met en évidence des troubles modérés de la statique vertébrale.

Aux membres supérieurs, l'examen révèle à D, une amyotrophie certes discrète, mais évidente du sus- et du sous-épineux D, qui est bien compatible avec les signes cliniques évocateurs d'un conflit sous-acromial de l'épaule D. Le poignet G est nettement limité.

Aux membres inférieurs, l'examen met surtout en évidence une nette limitation de mobilité de la hanche D, une hypomyotrophie du vaste interne D, d'importants signes de conflit fémoro-rotulien à D, une nette hypotrophie du mollet D, ainsi qu'une importante limitation de mobilité de la cheville, et surtout, de l'articulation sous-astragalienne D.

Par rapport à l'examen clinique du médecin d'arrondissement de la SUVA du 19.10.2006, l'examen est objectivement détérioré : l'accroupissement n'est pas possible, les rotations de la hanche D se sont nettement détériorées par rapport à la G, les signes rotuliens sont nettement positifs à D, et l'amyotrophie du mollet D s'est aggravée; en revanche, le status au niveau des membres supérieurs n'est guère modifié, si ce n'est que l'assuré, qui nous est apparu comme parfaitement honnête et fiable, annonce de nettes douleurs à la mobilisation du poignet G.

En conclusion du présent examen, on retrouve évidemment les pathologies déjà connues, mais objectivement avec une certaine aggravation. Dans une optique biomécanique rigoureuse, force est d'admettre que l'activité professionnelle qu'elle effectue actuellement, M. Q. _____ n'est que partiellement adaptée. A ce titre, la prise de position du Dr X. _____, qui considère que la capacité de travail dans cette activité est limitée à 50 % nous semble correctement étayée même si cette appréciation s'écarte sensiblement des affirmations du médecin d'arrondissement de la SUVA.

Les diverses atteintes à la santé, notamment ostéoarticulaires que présente cet assuré, engendrent des limitations fonctionnelles (qui ne peuvent que très partiellement être respectées dans son activité habituelle), mais dont l'hypothétique respect permettrait d'envisager une activité complètement exigible.

Les limitations fonctionnelles sont les suivantes :

Pas de travail imposant des déplacements à pied sur des terrains irréguliers ou imposant le franchissement régulier d'escaliers/escabeaux/échafaudages; pas de travail imposant des genuflexions ni de travail devant se faire de manière accroupie; pas de travail impliquant le déploiement de force de manière répétée avec les mains, surtout la G; pas de travail se faisant contre-résistance à plus de 45-50 de flexion et/ou abduction de l'épaule D.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins ?

Dès après son accident de 1975, l'assuré a reçu une rente SUVA de 25 % et c'est à titre personnel qu'il a réduit son activité professionnelle à 80 % depuis 2002.

Sur la base de l'analyse de ce jour, qui s'écarte donc de celle de la SUVA, mais qui suit celle du Dr X._____, médecin conseil de B._____, il est médicalement approprié de reconnaître que la capacité de travail est limitée à 50 % dans l'activité actuelle depuis le mois de mai 2006.

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?

Depuis lors, l'assuré travaille à 50 % de son 80 %, soit 4 matinées/semaine, ce qui équivaut à 16h/semaine. En revanche, théoriquement du moins, dans une activité absolument respectueuse des diverses limitations fonctionnelles énumérées ci-dessus, on peut concevoir une activité professionnelle réalisable complètement.

Concernant la capacité de travail exigible, elle est exclusivement limitée par les atteintes à la santé organique. Rien ne permet de suspecter un trouble dépressif significatif ou un trouble douloureux somatoforme, ainsi que l'a fait un peu hâtivement le médecin d'arrondissement de la SUVA. L'activité professionnelle actuelle de l'assuré, qui est à considérer comme une activité lourde, n'est effectivement pas exigible au-delà des 50 % qu'il effectue actuellement, ainsi que l'atteste le médecin conseil de B._____, le Dr X._____.

En revanche, dans une activité adaptée, mais hypothétique, respectant scrupuleusement les différentes limitations fonctionnelles énumérées ci-dessus, la capacité de travail exigible est de 100 % ».

- Compte tenu des possibilités peu réalistes de trouver une activité adaptée (limitations fonctionnelles trop importantes, âge, formation), l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey (ci-après : l'Office AI) a alloué une demi-rente à l'assuré par projet d'acceptation de rente du 21 mai 2008 et motivation du 30 juin 2008 en vue de la notification de la décision.

E n d r o i t :

1. Aux termes de la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), en vigueur dès le 1^{er} janvier 2009, les causes pendantes devant les autorités administratives et de justice administratives à l'entrée en vigueur de la présente loi sont traitées selon cette dernière.

La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. d LPA-VD).

2. Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée, le recours est intervenu en temps utile; il est au surplus recevable en la forme (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1]).

3. a) Selon l'art. 6 al. 1 de la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1984 (ci-après: LAA), si la présente 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.

Aux termes de l'art. 80 LAMA, la rente est, pour l'avenir, augmentée ou réduite proportionnellement, ou supprimée, si, après la fixation de celle-ci, le degré de l'incapacité de travail subit une modification importante (al. 1). La rente peut être révisée en tout temps, durant les trois ans qui suivent la constitution de la rente et plus tard à l'expiration de la sixième et de la neuvième année (al. 2).

b) Les prestations d'assurances allouées pour les accidents qui sont survenus avant l'entrée en vigueur de la présente loi et pour les maladies professionnelles qui se sont déclarées avant cette date sont

régies par l'ancien droit (art. 118 al. 1 LAA). Sous le régime de la LAMA, les rentes allouées ne pouvaient être révisées au-delà de la neuvième année après l'accident (art. 80 LAMA) et non pas comme aujourd'hui en tout temps (jusqu'à l'âge de 62/65 ans; art. 22 al. 1 LAA dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002). A l'époque, ce système avait été voulu par le législateur dans l'intérêt de la stabilité des rentes (Alfred Maurer, *Recht und Praxis der schweizerischen obligatorischen Unfallversicherung*, 2^{ème} éd., Berne 1963, p. 249; cf. aussi ATF 118 V 293). Même une amélioration notable de la capacité de gain de l'assuré n'était pas un motif de révision au-delà de la limite temporelle de neuf ans. Avec l'entrée en vigueur de la LAA, le législateur a expressément prévu que les droits découlant de ces rentes nées sous l'empire de l'ancien droit continuaient à être régis par la LAMA du point de vue des règles relatives à la révision (ATF 111 V 36). Dans le cas particulier, le droit à la rente étant né le 3 octobre 1976, soit avant l'entrée en vigueur de la LAA au 1^{er} janvier 1984, c'est la LAMA qui est applicable au fond. En matière de procédure, en vertu de l'art. 82 LPGA, ce sont les dispositions de la LPGA qui s'appliquent.

Sous l'empire de la LAMA, la rente d'invalidité allouée en application de la législation sur l'assurance-accidents ne pouvait être révisée que dans certains délais, soit en tout temps durant les trois ans suivant la constitution de la rente et, plus tard, seulement à l'expiration de la sixième et de la neuvième année. Le délai commençait à courir dès le moment où le droit à la rente avait pris naissance (Maurer, *op. cit.*, p. 248, n. 2). Il était sauvegardé par une demande de l'assuré ou par la communication de la CNA informant celui-ci de l'ouverture d'une procédure de révision (ATF 103 V 30 consid. 1; Maurer, *op. cit.*, p. 250, n. 6). En principe, toute révision était exclue dès que la rente avait été versée pendant plus de neuf années. En pratique, il pouvait néanmoins arriver qu'une rente soit révisée après la neuvième année, notamment lorsqu'une rechute entraînait une aggravation notable de la situation (Maurer, *op. cit.*, p. 249, note de bas de page no 149). Une autre hypothèse évoquée en doctrine est celle où un traitement médical prenait

fin en dehors des périodes prévues à l'art. 80 al. 2 LAMA (Maurer, op. cit., pp. 252-253, n. 3 in fine).

c) S'il n'y a pas lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et si l'accident est suivi d'une incapacité de travail présumée permanente, une rente d'invalidité est substituée aux prestations antérieures (art. 76 LAMA). Pour une incapacité absolue de travail, la rente est fixée à soixante-dix pour cent du gain annuel de l'assuré. Si l'infirmité exige des soins de garde et d'autres soins spéciaux, la rente peut être majorée, tant que dure cette situation, jusqu'à concurrence du gain entier. Si l'incapacité de travail n'est que partielle, la rente subit une réduction proportionnelle (art. 77 LAMA).

Afin de déterminer si un changement s'est produit dans la capacité de gain, il y a lieu de comparer les circonstances qui prévalaient au moment de la fixation, respectivement de la dernière révision, de la rente, avec celles qui se présentent au moment où la décision sur opposition concernant la révision est rendue (RAMA 1989 p. 70).

4. En l'occurrence, est litigieuse la question de savoir si les conditions pour réviser à la hausse la rente d'invalidité sont remplies. Plus précisément, il s'agit de déterminer si les troubles de santé constatés après l'expiration du délai de neuf ans instauré par l'art. 80 al. 2 LAMA sont constitutifs d'une rechute ou de suites tardives de l'accident assuré du 12 mai 1975 et, partant, si l'assureur-accidents est tenu d'intervenir à cet égard.

5. a) Selon la jurisprudence, une révision de la rente reste possible après l'expiration de la neuvième année, lorsque l'assureur-accidents est intervenu lors d'une annonce de rechute ou de suites tardives. Tel est ainsi le cas lorsque l'aggravation de l'état de santé annoncée cause une diminution accrue et durable de la capacité de gain ou le laisse craindre et qu'il s'agit d'un cas urgent, lorsque par exemple une intervention chirurgicale est nécessaire, ou que l'assuré souffre de

douleurs insupportables (ATF 105 V 35 consid. 1c). On précisera que, selon la jurisprudence, l'augmentation d'une rente (dont le droit est né sous l'ancien droit) reste également possible, même après l'expiration du délai de neuf ans dès la constitution de la rente prévue à l'art. 80 al. 2 LAMA, en cas de rechutes ou séquelles tardives qui se trouvent en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident initial et entraînent une aggravation notable des conséquences de cet événement (TFA U_309/99 du 30 mai 2001 consid. 1a, U_124/04 du 8 novembre 2004, U_404/04 du 21 février 2005, U_27/04 du 15 mars 2005).

Il y a rechute lorsqu'une atteinte présumée guérie récidive, de sorte qu'elle conduit à un traitement médical ou à une incapacité de travail. En revanche, on parle de séquelles ou de suites tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 118 V 293 consid. 2c, 123 V 137 consid. 3a; Ghélew/Ramelet/Ritter, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents - Lausanne, 1992, p. 71).

b) Le recourant soutient que, compte tenu des rechutes et séquelles tardives de l'accident, le délai de péremption fixé à l'art. 80 al. 2 LAMA ne fait pas obstacle à l'augmentation de la rente. Pour sa part, l'intimée retient que tel peut effectivement être le cas, sauf qu'il doit s'agir d'un cas urgent, par exemple nécessitant une intervention ou lorsque l'assuré souffre de douleurs insupportables.

Dans le cas d'espèce, il est établi qu'à compter de la fixation de la rente en date du 3 octobre 1976, les trois interventions de la CNA de 1979, 1982 et 1985 se sont soldées par un refus de réviser que le recourant n'a pas contesté. A l'issue de nouveaux examens médicaux en 1987 et 2000, en raison de l'arthrose débutante de plusieurs articulations (poignet gauche, hanche droite, genou droit et cheville droite), l'assuré a suivi deux cures dans les centres de médecine rééducative de [...] respectivement. Par courrier du 11 décembre 1987, la caisse a notamment accepté de prendre en charge huit séances de physiothérapie concernant

l'épaule droite et la nuque. L'intimée soutient que les hypothèses envisagées par la jurisprudence (caractère urgent, par exemple lorsqu'une intervention s'avère nécessaire ou que l'assuré souffre de douleurs insupportables), pouvant justifier une révision de la rente après l'expiration du délai de neuf ans dès la constitution de la rente, ne sont pas remplies. L'intimée se méprend toutefois en se référant à l'ATF 105 V 31 qui limitait la question de la révision à la reprise d'un traitement (art. 81 LAMA). Ce qui reste déterminant, selon la jurisprudence ultérieure, est l'hypothèse de rechutes ou séquelles tardives qui se trouveraient en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident initial et qui entraîneraient une aggravation notable des conséquences de cet événement, constitutive d'une diminution de la capacité de gain. Le droit du recourant à une prise en charge de sa rechute et à une révision de sa rente ne saurait dès lors être déclaré périmé a priori sans un examen de la situation au fond, soit de l'existence ou non d'une aggravation de son état de santé en relation de causalité avec l'accident survenu en 1975 et qui aurait causé une diminution accrue et notable de la capacité gain. Cela revient à déterminer si l'appréciation du Dr V. _____ qui retient, contrairement à celle du Dr L. _____, notamment l'absence de trouble dépressif significatif ou de trouble somatoforme douloureux, ainsi que l'existence objective d'une aggravation consécutive à l'accident limitant la capacité de travail à 50 % dans l'activité habituelle, justifie une révision de la position de l'intimée.

6. a) Selon une jurisprudence fédérale constante, il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux 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 exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment 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 352 consid. 3a et les références, Pratique VSI 2001 p. 108).

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 104 V 212; RAMA 1993, p. 96; RAMA 1988, p. 370). Dans la procédure de révision, il appartient au recourant de rendre vraisemblable l'aggravation alléguée, en dérogation aux règles habituellement applicables en matière d'établissement des faits (ATF 130 V 64).

b) Dans le cas particulier, le recourant estime, à l'instar du Dr X._____, que les lésions dégénératives, l'arthrose, l'atrophie musculaire, ainsi que les divers troubles réactifs, fonctionnels et statiques sont secondaires à son accident de 1975. De plus, contrairement aux conclusions du Dr L._____, il soutient qu'il ne présente pas de syndrome douloureux somatoforme persistant cachant un état dépressif et que le médecin n'a pas procédé à un examen dorso-lombaire. Pour toutes ces raisons, l'expertise du Dr L._____ n'aurait pas valeur probante. De plus, compte tenu de l'uniformité de la notion d'invalidité, l'assureur-accidents était lié par les conclusions de l'assurance-invalidité. Pour sa part, l'intimée estime qu'il n'existe pas de motif de s'écarter de l'avis du Dr L._____, dans la mesure où ce praticien affirme que les séquelles accidentelles objectives sont inchangées depuis la date de la fixation de la rente et permettent la continuation de l'activité de l'assuré comme par le passé.

On relèvera tout d'abord que le projet de décision de l'Office AI est postérieur à la décision attaquée, de sorte que la CNA n'avait pas l'obligation de retenir l'évaluation de l'Office AI, en vertu du principe de coordination de l'évaluation de l'invalidité dans les différentes branches de l'assurance sociale. Cela ne doit toutefois pas empêcher l'autorité de céans d'examiner la portée des rapports médicaux produits dans le dossier AI dans la présente procédure.

c) Pour répondre aux critiques du Dr V._____, l'intimée a mandaté le Dr M._____ qui a déposé son rapport le 5 décembre 2008. Ce dernier considère qu'il n'est pas plausible que le mollet droit de l'assuré se soit affaibli de 2 cm dans un si court laps de temps, c'est-à-dire entre l'examen du Dr L._____ du 19 octobre 2006 et celui du Dr V._____ du 19 décembre 2007 (les mesures prises étant respectivement de 39,5 cm pour le mollet droit et 40,5 cm pour le mollet gauche, puis de 37,5 cm pour le mollet droit et de 40 cm pour le mollet gauche). Or, dès lors que les mesures effectuées par les médecins d'arrondissement de la CNA pendant les trente années précédentes varient également (pour le mollet droit : 39,5 cm en 1977, 38,5 cm en 1978, 39 cm en 1985, 37 cm en 1990, etc.), cette critique n'est pas pertinente. On relèvera de surcroît que, le 9 février 2001, la Clinique F._____ avait déjà mesuré une différence de 2 cm, soit 36,5 cm à droite et 38,5 cm à gauche, ce qui tend à prouver l'existence d'une hypotrophie du mollet droit et une erreur commise par le Dr L._____ et non par le Dr V._____.

d) En ce qui concerne les troubles du rachis, on relève que le Dr P._____ a indiqué, dans son rapport du 21 février 1990, que lesdites douleurs ne pouvaient être rapportées aux suites de l'accident compte tenu des éléments au dossier, des lésions constatées et des délais écoulés. Le 18 octobre 2000, le Dr L._____ a procédé à un examen du rachis, des membres inférieurs et supérieurs, en concluant que le patient présentait des omalgies droites et des rachialgies dont la relation avec l'accident de 1975 n'était pas établie. En 2001, la Clinique F._____, sur la base d'un examen du rachis dorso-lombaire, et le Dr G._____, à l'appui d'une IRM, ont diagnostiqué des troubles de la statique rachidienne et des lombalgies chroniques, toutefois sans se déterminer sur le lien entre les troubles constatés et l'accident. Il faut toutefois noter que tant le Dr G._____ que la Clinique F._____ et le Dr N._____ ont constaté un raccourcissement du membre inférieur droit par rapport à la situation existant avant l'accident. Le Dr N._____ indique même que ce raccourcissement constitue une séquelle de l'accident. Selon la Clinique F._____, cet état provoque des difficultés à la marche sur des terrains

inégaux, des douleurs aux hanches et au dos. Le second constat du Dr G._____ porte sur l'existence, au niveau dorsal, de vertèbres cunéiformes par « fort probable remodelage ». Ce remodelage, qui s'explique par son origine traumatique, justifie l'existence des dorso-lombalgies chroniques et des troubles de la statique rachidienne dont se plaint le recourant. La Clinique F._____ avait également noté une bascule du bassin à droite avec une scoliose dorso-lombaire compensatrice, ainsi qu'une diminution de la mobilité de la hanche en flexion et en rotation due à la dérotation. En outre, les examens pratiqués par cette clinique ont montré un pincement coxo-fémoral bilatéral et, au niveau du fémur droit, « d'importants remaniements avec chevauchement des extrémités fracturaires et formation d'un cal osseux hypertrophié ». Malgré ces divers éléments concrets, le Dr L._____ s'est contenté de soutenir, après un simple examen clinique des membres, que les lésions touchant les deux hanches, le genou droit, les épaules et le dos ne présentaient aucun indice concret permettant de les rapporter à l'accident de 1975 et que lesdites lésions ne s'accompagnaient pas d'une limitation fonctionnelle notable entraînant une diminution de la capacité de gain. Le fait que le Dr L._____ nie le lien de causalité en ce qui concerne ces atteintes paraît d'autant plus surprenant que ce même médecin reconnaissait, le 18 octobre 2000, non seulement que les atteintes aux hanches, au genou droit et à la cheville droite, en raison de l'arthrose, entraînaient une limitation fonctionnelle certaine, mais encore les considérait comme des séquelles de l'accident. Il reprenait en cela les avis du Dr N._____ qui constatait notamment un discret raccourcissement du membre inférieur droit post-traumatique avec troubles statiques consécutifs du bassin, troubles susceptibles de causer des dorso-lombalgies.

Le Dr L._____ constate, lors de l'examen du 12 juin 2002, que le patient s'est manifestement accoutumé aux séquelles connues de son accident du 12 mai 1975, soit essentiellement un défaut de rotation du fémur droit et une arthrose post-traumatique du poignet gauche et de la cheville droite, et qu'elles n'ont que peu de retentissement fonctionnel. Dans son rapport ultérieur du 19 octobre 2006, le médecin précise qu'il n'y

a aucune aggravation de l'état de santé du recourant. Des lésions dégénératives diverses au niveau des deux hanches, du genou droit, des épaules et du dos ont toutefois été objectivées par tous les praticiens. Des phénomènes arthrosiques post-traumatiques ont été diagnostiqués dès l'année 1980. En outre, une atrophie musculaire, des troubles réactifs, des troubles fonctionnels et des troubles statiques ont été mis en lumière. L'ensemble de ces éléments a conduit le Dr X. _____ à considérer de façon objective que l'état actuel du recourant s'était péjoré, qu'il présentait des séquelles et des rechutes de l'accident de l'année 1975 et qu'un processus dégénératif induit par les différentes atteintes traumatiques était à l'origine de cet état de fait. Compte tenu des contradictions contenues dans le dernier rapport du Dr L. _____ par rapport à ses précédents rapports et autres documents médicaux figurant au dossier depuis 1975, ainsi que des conclusions non motivées et des observations non étayées effectuées par ce médecin, on ne saurait accorder une pleine valeur probante à son rapport du 19 octobre 2006. Le Dr V. _____ du SMR observe pour sa part que, par rapport à l'examen clinique du médecin d'arrondissement de la CNA du 19 octobre 2006, l'examen est objectivement détérioré : l'accroupissement n'est pas possible, les rotations de la hanche droite se sont nettement détériorées par rapport à la gauche, les signes rotuliens sont nettement positifs à droite et l'amyotrophie du mollet droit s'est aggravée. Il en conclut que l'on retrouve évidemment les pathologies déjà connues, mais objectivement avec une certaine aggravation. Dans une optique biomécanique rigoureuse, il observe que force est d'admettre que l'activité professionnelle qu'effectue actuellement le recourant n'est que partiellement adaptée. A ce titre, la prise de position du Dr X. _____, qui considère que la capacité de travail dans cette activité est limitée à 50 %, semble correctement étayée, même si cette appréciation s'écarte sensiblement des affirmations du médecin d'arrondissement de la CNA. Il est donc médicalement approprié de reconnaître que la capacité de travail est limitée à 50 % dans l'activité actuelle depuis le 15 mai 2006. Ainsi, l'examen clinique rhumatologique du 19 décembre 2007 permet de conclure que les pathologies déjà connues de l'assuré ont rencontré, objectivement, une aggravation.

e) En ce qui concerne le « syndrome somatoforme douloureux persistant qui pourrait cacher un état dépressif » selon le Dr L. _____ dans son rapport du 19 octobre 2006, on constate que ce praticien en fait déjà état dans son rapport du 12 juin 2002 en relevant que l'assuré se plaint de douleurs articulaires diffuses sur un fond d'anxiété et de dépression. Le Dr L. _____ a ainsi l'impression que des facteurs non orthopédiques, voire non médicaux, jouent un rôle prépondérant dans l'incapacité de travail supplémentaire revendiquée. En 2006, il observe également que le patient se défend d'être durablement affecté par le décès sa fille de 28 ans en mars 2005, celui-ci « ne voulant rien entendre à ce sujet ». Selon le rapport d'expertise du SMR de janvier 2008, l'assuré est collaborant, euthymique, absolument pas plaignant, de telle sorte que le médecin peine à comprendre comment le médecin d'arrondissement de la CNA a pu conclure à un trouble douloureux somatoforme, diagnostic en faveur duquel il ne dispose d'aucun argument. Le Dr V. _____ relève également que l'assuré parle du décès de sa fille avec beaucoup de dignité, évoque sa tristesse légitime, mais ne verbalise aucunement une altération significative de la thymie. Le médecin du SMR estime que la capacité de travail exigible est exclusivement limitée par les atteintes à la santé organique et que rien ne permet de suspecter un trouble dépressif significatif ou un trouble douloureux somatoforme, ainsi que l'a fait un peu hâtivement le médecin d'arrondissement de la CNA. L'activité professionnelle habituelle de l'assuré, qui est à considérer comme une activité lourde, n'est effectivement pas exigible au-delà des 50 % qu'il effectue actuellement, ainsi que l'atteste le médecin conseil de B. _____, le Dr X. _____. Il y avait donc une aggravation notable de la situation de l'état de santé du recourant qui a entraîné une diminution de la capacité de gain depuis le 15 mai 2006. Sur la question des troubles somatoformes douloureux, les conclusions du Dr V. _____ sont convaincantes. Elles sont étayées et motivées contrairement aux simples constatations et suppositions du Dr L. _____. A cet égard, aucun autre médecin n'a conclu à l'existence d'un trouble somatoforme douloureux.

Il s'ensuit que les conditions de révision de la rente sont remplies et que celle-ci doit être révisée à la hausse, soit à 50 %. Ce taux correspond à la capacité de travail de 50 % que présente le recourant dans son activité habituelle réputée adaptée, étant donné que l'Office AI, dont la mission première est de réadapter les assurés, en a conclu que les possibilités du recourant de trouver une autre activité mieux adaptée à ses limitations fonctionnelles étaient irréalistes, compte tenu de celles-ci, de son âge et de sa formation.

En définitive, le recours doit être admis et la décision litigieuse réformée dans le sens où la CNA doit allouer au recourant une rente d'invalidité de 50 % à partir du 15 mai 2006.

7. Le recourant, qui obtient gain de cause, a droit à des dépens qu'il convient de fixer à 2'000 fr. (art. 61 let. g LPGA; art. 55 LPA-VD).

La procédure devant la Cour des assurances sociales en matière d'assurance-accidents est gratuite. Il n'y a donc pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. a LPGA ; 45 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision attaquée est réformée en ce sens que la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents doit allouer à l'assuré Q._____ une rente d'invalidité de l'assurance-accidents de 50 % à partir du 15 mai 2006.
- III.** La caisse versera au recourant la somme de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.
- IV.** Le présent arrêt est rendu sans frais.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Eduardo Redondo, avocat (pour Q. _____)
- Me Marc-Etienne Favre, avocat (pour la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents)
- 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).

La greffière :