

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 11 février 2013

Présidence de M. MERZ
Juges : M. Neu et Mme Thalmann
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

T._____, à Orba/La Plana (Espagne), recourant, représenté par Me Laure Chappaz, avocate à Aigle,

et

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

Art. 6, 8 et 16 LPGA; 18 ss et 24 ss LAA

E n f a i t :

A. T._____ (ci-après: l'assuré), né en 1948, de nationalité suisse, est chauffeur de poids lourds.

Il est au bénéfice d'une rente LAMA de 10% depuis 1975 en raison des séquelles d'une amputation distale du 1^{er} rayon et d'une désarticulation du 2^{ème} orteil du pied gauche associée à une raideur partielle des 3 orteils restants.

L'assuré était employé depuis le 1^{er} octobre 2004 par M._____ S.A. à [...] (VD) en qualité de chauffeur poids lourds. Il était à ce titre assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

B. Selon une déclaration de sinistre, non datée, à l'intention de l'intimée, l'assuré a eu un accident non professionnel le 8 janvier 2005 à midi; il s'est pris le pied dans une rigole en marchant et s'est tordu la cheville gauche. Son salaire mensuel (avec un 13^e mois de salaire) était alors de 5'000 francs. L'intimée a pris en charge le traitement suite à cet événement.

Dans son rapport médical intermédiaire du 5 mars 2005, le médecin traitant Dr I._____, médecin généraliste, a posé le diagnostic d'entorse stade III de la cheville gauche. L'évolution était lentement favorable. L'assuré présentait encore une ankylose de l'articulation tibio-astragaliennne, avec en particulier un défaut d'extension de 30 degrés, une persistance d'une infiltration à la cheville le soir et de douleurs en particulier lors de la marche en pente ou en terrain accidenté. Il n'était pas capable de charger en extension avec son pied gauche. La durée du traitement ne se laissait pas déterminer.

L'assuré a été adressé au Dr G._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, qui a diagnostiqué une « entorse cheville G » (rapport du 24 mars 2005). Une imagerie par résonance magnétique (IRM) a été effectuée par le Dr J._____. Elle n'a pas révélé d'élément objectivable (rapport du 6 avril 2005). Le Dr I._____ a remarqué dans son rapport médical intermédiaire du 27 avril 2005 que l'évolution n'était pour l'instant pas favorable. Le Dr K._____, spécialiste en médecine interne et maladies rhumatismales, a retenu, dans son rapport du 29 avril 2005, comme suite de l'accident du 8 janvier 2005 une « suspicion de maladie Südeck de la cheville gauche après entorse ».

L'assuré a été licencié de sa place de travail avec effet au 31 juillet 2005.

Le 11 juillet 2005, le médecin d'arrondissement de la CNA, le Dr H._____, a rendu un rapport suite à un examen de l'assuré. Il a proposé un séjour à la Clinique romande de réadaptation (CRR) au sens d'un bilan global et d'une rééducation complémentaire à la marche ainsi qu'un chaussage adéquat. Le séjour dans cette clinique a duré du 20 juillet au 18 août 2005. Selon la clinique, les douleurs devaient s'amender progressivement dans les trois mois qui suivaient, il était encore un peu trop tôt pour envisager une reprise de son activité de chauffeur de camions et il fallait réévaluer la situation d'ici deux mois (rapport du 25 août 2005 des Drs Z._____, spécialiste en rhumatologie, et X._____, médecin-assistant).

C. Le Dr H._____ a réexaminé l'assuré le 17 octobre 2005 et conclu que la poursuite d'une incapacité de travail ne se justifiait plus.

L'intimée a alors notifié à l'assuré une décision rendue le 25 novembre 2005 selon laquelle elle lui verserait les indemnités journalières uniquement pour la période jusqu'au 30 octobre 2005, car l'assuré était apte à travailler à 100% dès le 31 octobre 2005.

Ce dernier s'est opposé à cette décision. Il a présenté une expertise du Dr C._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, du 18 janvier 2006. Celui-ci y retient, en relation avec l'accident du 8 janvier 2005, les diagnostics d'instabilité post-traumatique de la cheville externe gauche et une déchirure totale du ligament péronéo-astragalien antérieur gauche.

Le Dr H._____ a déclaré dans son appréciation du 8 février 2006 que l'on ne pouvait pas suivre les conclusions du Dr C._____ même si personne ne contestait l'entorse dont l'assuré avait été victime, une déchirure ligamentaire ne serait nullement démontrée.

Le 1^{er} mars 2006, la CNA a rejeté l'opposition. Le 3 mai 2006, l'assuré a interjeté un recours auprès du Tribunal des assurances du canton de Vaud concluant à la prise en charge des frais médicaux et au versement d'indemnités journalières au-delà du 30 octobre 2005 (TASS AA 50/06 - 91/2006).

Par la suite l'assuré a présenté un protocole opératoire du Dr C._____ non daté, mais reçu et scanné par l'intimée le 3 novembre 2006. Il en ressort que l'assuré avait été opéré le 5 octobre 2006 pour reconstruire le ligament péronéo-astragalien antérieur gauche. Le rapport retient notamment:

"[...] Présence d'une capsule articulaire antéro-latérale très fine et bombée avec un épanchement intra-articulaire important. Cette capsule est ouverte en avant d'un moignon de ligament péronéo-astragalien antérieur inséré proximalelement sur le péroné, mais inséré distalement sur la musculature du sinus du tarse et non plus à son insertion physiologique sur le col astragalien. Le mouvement de flexion plantaire du pied entraîne une subluxation rotatoire du dôme astragalien latéral. On trouve également une lésion ostéochondrale du dôme antéro-latéral de 1 cm de longueur et de 4 mm de largeur qui est débridée puis avivée au niveau osseux. [...]"

La CNA a alors déclaré le 21 novembre 2006 prendre en charge le cas de l'assuré et lui verser des indemnités journalières au-delà du 30 octobre 2005. Elle s'est basée sur une note du 20 novembre 2006 d'un de ses médecins, le Dr R._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, dans laquelle il est retenu (en allemand) ce qui suit:

"[...] Andererseits kann dem Operationsbericht — neu zu den bisherigen Untersuchungsergebnissen — entnommen werden, dass eine distale Ruptur des ligament péronéo-astragalien antérieur stattgefunden hat. Wie lange diese Ruptur beim Eingriff zurückgelegen hat, kann aus dem Befund selbst nicht ersehen werden, sicherlich mehr als einige Wochen. Die Verletzung dürfte somit vom SUVA-versicherten Ereignis stammen. [...]

Es empfiehlt sich den Fall weiter zu übernehmen in Zusammenarbeit mit Dr. M. C._____."

Le Tribunal des assurances a ainsi déclaré, par jugement du 23 novembre 2006, que le recours dans la cause AA 50/06 était devenu sans objet. Il a rayé la cause du rôle.

D. Sur demande de la CNA, les Drs A._____, médecin adjoint, et F._____, médecin interne, des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), ont rédigé le 30 juillet 2008 une expertise médicale. L'avocate de l'assuré leur avait adressé, en substance, les questions suivantes:

"1. [...] L'activité de chauffeur est-elle raisonnablement exigible?
2. L'assuré bénéficie-t-il d'une capacité de travail lui permettant d'exercer une activité et dans l'affirmative, à quel taux et avec quel rendement?"

Les médecins des HUG ont conclu leur expertise comme suit:

"Conclusions

Monsieur T._____ nous est donc adressé pour l'évaluation de sa cheville gauche dans le cadre d'un traumatisme survenu en janvier 2005 avec des douleurs persistantes et une incapacité de travail prolongée et permanente.

A l'analyse du status physique et de l'arthro-IRM de la cheville gauche, nous mettons en évidence un conflit tissulaire antéro-latéral de la cheville gauche associé à des douleurs neurogènes antéro-latérales. Nous mettons aussi en évidence, la présence d'un équinisme de la cheville gauche provoquant des douleurs de type fatigue musculaire lorsque Monsieur T._____ réalise un effort visant à maintenir sa cheville en flexion dorsale dans une période prolongée (particulièrement lors de la conduite).

Au vu de ces résultats et dans le but d'améliorer la mobilité de la cheville gauche et d'en diminuer les douleurs associées, nous proposons de réaliser une chirurgie visant à diminuer l'équinisme gastrocnémien par une chirurgie de type Strayer (allongement tendineux gastrocnémien en zone blanche) et de lever le conflit

antéro-externe associé à une neurolyse locale en réalisant un toilettage antéro-externe. Cette chirurgie aura pour but de diminuer les douleurs de la cheville lors de la mobilisation de cette dernière, de diminuer les douleurs locales de type dysesthésie et d'enlever le conflit antéro-externe algique et handicapant. Nous pensons que ce type de chirurgie permettrait au patient de reprendre une partie de son activité de chauffeur poids lourds.

Du point de vue relationnel, nous estimons être en face d'un patient motivé, sensible et volontaire pour un retour au travail. Son souhait principal étant de pouvoir travailler jusqu'à l'âge de la retraite, si possible dans un domaine se rapprochant de sa formation. Ce souhait a déjà été évoqué et ressenti par certains interlocuteurs cités dans le dossier de la Suva.

Concernant les questions 1 et 2 posées par Maître Laure Chappaz, nous différons nos réponses étant donné que nous proposons une chirurgie qui potentiellement devrait changer favorablement le pronostic de reprise du travail de Monsieur T. _____ et du pourcentage avec lequel il pourrait y retourner. [...]"

Se référant à cette expertise, le Dr R. _____ a alors rédigé le 22 août 2008 une appréciation médicale comme suit (dans la version traduite en français):

"[...]

Des solutions chirurgicales étaient proposées à l'assuré pour que les problèmes découlant du conflit (impingement), de la varisation de l'arrière pied ou des douleurs neurogènes soient résolus; il s'agissait d'une plastie d'allongement du muscle gastrocnémien, d'un toilettage articulaire par voie arthroscopique et d'une neurolyse.

Malheureusement, ni les constatations figurant à la page 13 du document susmentionné, ni les données figurant au chapitre de l'appréciation ne nous permettent de savoir quels sont les rameaux nerveux qui auraient été lésés. Nous considérons que deux structures nerveuses entrent ici en ligne de compte: on peut évoquer tout d'abord le rameau superficiel du nerf péronier superficiel, qui chemine dans la région antérieure de la malléole externe; cependant, nous devons noter que l'examen clinique aurait dû permettre de palper et de suivre le parcours de cette structure nerveuse. Il faut citer ensuite le nerf sural ou saphène externe, dans la mesure où l'assuré s'est plaint de dysesthésies et de décharges électriques dans la région cicatricielle, en-dessous de la malléole externe ou en arrière de celle-ci.

Les experts ont estimé que la productivité de l'assuré serait améliorée - il s'agit en l'occurrence de la conduite automobile - par les trois mesures thérapeutiques qui viennent d'être rappelées.

Que les interventions chirurgicales que nous avons détaillées soient en mesure d'amenuiser les suites du traumatisme nous semble parfaitement plausible. Cependant, nous éprouvons de grandes difficultés à comprendre pour quelles raisons les troubles de la

cheville (art. tibio-tarsienne) gauche constituent véritablement un problème lors de la conduite automobile. En effet, on ne fait pratiquement pas usage du pied gauche si le véhicule est muni d'un changement de vitesse automatique. En outre, ce même pied gauche est loin d'être utilisé de manière permanente si le changement de vitesse est d'un modèle habituel.

Par conséquent, nous ne voyons aucunes limitations à la capacité de travail de l'assuré lorsque son activité professionnelle nécessite qu'il conduise un véhicule. Par contre, il est vrai que les troubles qui sont les siens peuvent le gêner quand il doit procéder au chargement de ce véhicule. Ce type de travail n'est toutefois effectué que pendant de courtes périodes. Par conséquent, nous ne comprenons pas pourquoi les interventions chirurgicales prévues devraient permettre d'améliorer l'aptitude de l'assuré à la conduite automobile. De ce point de vue particulier, l'indication à une intervention chirurgicale manque de plausibilité.

D'autre part, nous pouvons admettre que les opérations soient susceptibles d'améliorer de manière ciblée les régions qui sont problématiques. Cependant, les chances de succès d'une opération telle qu'une neurolyse ne sont généralement que très faibles. Pour ce qui nous concerne, nous n'avons pas l'expérience de la réussite d'un allongement partiel du muscle gastrocnémien en cas de varus de l'arrière-pied. Il est vrai qu'une intervention de ce type est susceptible d'entraîner des effets nettement positifs chez des sportifs pratiquant la course à pied. Toutefois, nous ne voyons guère d'avantages à pratiquer une telle opération chez des personnes travaillant en position assise et qui ne font usage de leur pied qu'occasionnellement."

E. Par décision du 19 janvier 2009 la CNA a déclaré qu'il n'y avait plus lieu de reconnaître une incapacité de travail eu égard à l'activité déployée avant l'accident, qu'elle allait mettre un terme à ses prestations (indemnités journalières et frais médicaux) au 28 février 2009 et qu'elle niait le droit de l'assuré à d'autres prestations telles qu'une rente d'invalidité et/ou une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

L'assuré a formé en date du 19 février 2009, une opposition contre cette décision.

Le gestionnaire de dossiers de la CNA a noté le 31 mars 2009 que le problème restait la capacité de travail de l'assuré et les questions restées sans réponses à ce sujet dans l'expertise des médecins des HUG.

Dans une note interne du 14 avril 2009, le Dr R. _____ a retenu que l'assuré était - contrairement à ce que ce dernier estimait -

capable de conduire des véhicules. Il suggérait que les experts des HUG revoient l'assuré pour lui proposer d'autres traitements ou pour le convaincre à se soumettre à l'opération qu'ils proposaient, mais au sujet de laquelle il (le Dr R. _____) s'était montré critique dans sa prise de position du 22 août 2008.

En mai 2009, l'assuré a transmis à la CNA une attestation médicale du Dr C. _____ du 28 avril 2009, selon laquelle il présentait une incapacité de travail de 100% en tant que chauffeur de poids lourds. Seule une profession permettant d'alterner les positions assises et debout, limitant les déplacements à 5 - 10 minutes et sans port de charges était envisageable.

Le médecin-conseil de l'assurance perte de gain de l'assuré, le Dr V. _____ a retenu, dans un courrier du 17 juin 2009 adressé au Dr C. _____ et transmis par l'assuré à la CNA, notamment ce qui suit:

"[...] j'ai vu à ma consultation votre patient [...]"

Examen de la cheville gauche:

Equinisme de la cheville gauche avec une flexion plantaire active de la cheville avec le genou en extension à 20° et une flexion dorsale active de la cheville avec le genou en extension en-dessous de 5°, et douloureuse. [...]"

A la marche, l'assuré marche sans boiter, la flexion dorsale du pied gauche est diminuée ainsi que le déroulement du pied.

[...]"

Conclusion

Dans cette longue histoire, il s'agit de savoir dans quelle mesure les séquelles actuelles sont effectivement dues à l'accident, ce qui me paraît bien être le cas. [...]"

Je confirme qu'en l'état actuel, l'assuré ne pourra très certainement pas reprendre l'activité de chauffeur de poids lourds, au mieux, une reprise de travail en tant que chauffeur de taxi serait envisageable à 50% au moins. [...]"

Par la suite, la CNA a aussi reçu le rapport du 17 mars 2009 de l'examen clinique orthopédique effectué le jour précédent par le Dr Q. _____, du Service médical régional (SMR) de l'AI, spécialiste en chirurgie orthopédique. Il a retenu comme diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail:

- Douleurs persistantes de la cheville G après entorse du ligament latéral externe.
- Status après reconstruction du ligament péronéen astragalien antérieur à G, séquelles d'algoneurodystrophie. Troubles dégénératifs débutants de l'articulation tibio-astragaliennne à G (T 93.3).
- Status après amputation traumatique du gros orteil et du 2^{ème} orteil à G (T 13.6).
- Probable tendinopathie des coiffes des rotateurs, principalement à D (M 75.1).
- Hypoacousie bilatérale appareillée.

Il a énuméré comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail:

- Obésité morbide avec BMI à 39.
- Hypertension artérielle en traitement.
- Cervicarthrose peu symptomatique.

Il a apprécié le cas comme suit:

"Appréciation du cas

Assuré âgé de 60 ans, ayant travaillé comme chauffeur poids lourds dans les chantiers. Suite à une entorse externe de la cheville G survenue en janvier 2005, l'assuré développe des douleurs et une sensation d'instabilité. Après une plastie du faisceau antérieur du ligament latéral externe, effectuée en octobre 2006, l'assuré n'a plus de symptôme d'instabilité de sa cheville et celle-ci est moins tuméfiée. Malgré cette intervention, les douleurs persistent. L'origine exacte de ces douleurs est difficile à déterminer. Les douleurs ont probablement une origine multifactorielle. Une scintigraphie effectuée en février 2009 parle en faveur d'une algoneurodystrophie froide. Une arthro-IRM effectuée en avril 2008 montre un probable conflit antérolatéral des parties molles de la cheville G. Les Rx standard montrent un discret pincement de l'interligne articulaire tibio-astragalien antérieur visible sur le cliché de la cheville en charge. L'assuré a cliniquement aussi une atteinte sensitive de la branche cutanée du nerf peroneus superficialis au niveau de sa cheville. Les douleurs résiduelles sont donc en relation avec des troubles dégénératifs débutants de l'articulation tibio-astragaliennne, des séquelles d'algoneurodystrophie et aussi un possible conflit antéro externe des tissus mous de la cheville. Lors de notre examen clinique, on a pas pu mettre en évidence un équin fixe de la cheville G. Il est difficile de comprendre l'indication à un éventuel allongement tendineux des gastrocnémiens, comme le Dr A. _____

préconise. En ce qui concerne la capacité de travail de l'assuré, en tant que chauffeur poids lourds de chantier, les médecins de la SUVA considèrent que l'assuré peut travailler à temps complet. Le Dr M. C. _____, dans son rapport à l'AI de novembre 2007 considère que l'assuré ne peut pas exercer son activité de chauffeur de camion et que dans une activité adaptée, il pourrait travailler entre 50 et 100%. Le Dr I. _____, dans son rapport à l'AI de mars 2007, considère aussi que la capacité de travail de l'assuré en tant que chauffeur est nulle et qu'elle serait de 50% dans une activité adaptée. Le Dr A. _____, dans son expertise, considère que la chirurgie pourrait permettre à l'assuré de reprendre une partie de son activité de chauffeur.

Les limitations fonctionnelles sont les suivantes: l'assuré peut travailler dans un travail sédentaire ou semi-sédentaire, en évitant les métiers qui impliquent des mouvements répétés des épaules et leur mobilisation au-delà de l'horizontal. Il doit éviter le port de charges > 20 kg. Il doit éviter les activités qui impliquent une mobilisation répétée de la cheville G. Il doit éviter la marche en terrain irrégulier, de monter ou descendre les escaliers ou les pentes à répétition. De courts déplacements à plat sont possibles. L'assuré doit éviter les métiers qui impliquent une mobilité des épaules au-delà de l'horizontale et les mouvements répétés de celle-ci.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins? Arrêt de travail à 100% depuis le 08.01.2005.

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors? L'assuré n'a pas repris d'activité professionnelle depuis lors.

Concernant la capacité de travail exigible, après avoir examiné attentivement l'assuré et son dossier, nous ne voyons aucune raison pour diminuer la capacité de travail de cet assuré dans un travail adapté aux limitations fonctionnelles. En ce qui concerne le métier de chauffeur poids lourds, la situation est différente si l'assuré conduit un car ou un camion dans les chantiers. Dans le 2^{ème} cas, il est obligé d'actionner l'embrayage plusieurs centaines de fois par jour, il doit fréquemment monter et descendre de son engin et se déplacer dans les terrains irréguliers des chantiers. Je pense que la capacité de travail de cet assuré en tant que chauffeur poids lourds dans les chantiers est très limitée, par contre il pourrait très bien conduire un taxi muni d'une boîte automatique, sans porter les valises. A mon avis, l'assuré a récupéré une capacité de travail dans un travail adapté aux limitations fonctionnelles à partir de novembre 2005, comme la SUVA a déterminé.

Capacité de travail exigible:

Dans l'activité habituelle de chauffeur poids lourds dans les chantiers: 0%.

Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles: 100%.

Depuis: Novembre 2005."

Dans son rapport médical du 24 août 2009, le Dr B. _____ du SMR a repris intégralement les diagnostics et limitations fonctionnelles évoqués par son collègue Dr Q. _____. Il a également conclu que l'assuré

n'avait plus de capacité de travail dans son activité habituelle de chauffeur poids lourds sur les chantiers depuis décembre 2004, tout en ayant une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée depuis novembre 2005.

F. Questionné par la CNA au sujet d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité, le Dr R. _____ a retenu (en allemand) dans une note interne, du 28 octobre 2009, ce qui suit:

"Herr T. _____ leidet an Restbeschwerden am linken oberen Sprunggelenk. Deren Ursache ist namentlich im Rahmen einer Expertise médicale von Dr. F. _____ und Dr. A. _____ [...] nachgegangen worden. [...] Ausser einer leichten Verschmälerung der ventralen Gelenkspalte im Röntgenbild und narbigen Veränderungen im lateralen Kapseleck, welche für einen anterolateralen Konflikt (Engpass) sprachen, waren die Befunde unauffällig. Namentlich konnte keine nennenswerte Arthrose festgestellt werden. Aufgrund dieser Befunde ist die Erheblichkeitsgrenze für eine Integritätsentschädigung nicht erreicht. [...]"

G. Dans le cadre d'une enquête économique menée par la CNA, celle-ci s'est référée aux examens du SMR (cf. let. E supra). Elle a retenu, le 3 novembre 2009, une capacité de travail totale dans une activité sédentaire ou semi-sédentaire sans port de charges supérieur à 20 kg, sans marche en terrain irrégulier, ni impliquant de monter ou descendre des escaliers. Elle a estimé que l'assuré pouvait réaliser dans une telle activité un gain d'environ 4'300 fr. par mois (part au 13^{ème} salaire compris).

H. Sans s'être formellement prononcé sur l'opposition de l'assuré du 19 février 2009, la CNA a rendu le 17 février 2010 une nouvelle décision. Elle a reconnu à l'assuré le droit à une rente d'invalidité de 22% dès le 1^{er} mars 2009. Elle a retenu une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Elle a calculé le taux de rente en comparant un gain annuel assuré de 65'000 fr. (revenu de valide) et un revenu (potentiel) d'invalidé de 51'600 fr. (12 x 4'300 fr.), ce qui représentait un préjudice économique de 22%.

Par son avocate, l'assuré s'est opposé le 18 mars 2010 à cette décision et a demandé à ce que le taux de la rente de l'assurance-accidents soit porté à 40% au minimum avec effet dès le mois de février 2009 et à ce que lui soit aussi versée une indemnité pour atteinte à l'intégrité fondée sur un taux minimum de 30% et d'un montant minimum de 32'040 francs. L'assuré aurait une incapacité de travail totale dans son ancienne activité de chauffeur poids lourds. Seule une activité adaptée à mi-temps serait possible.

I. La CNA a complété son dossier par des pièces indexées entre le 26 février et le 4 mai 2010 au dossier de l'OAI relatif à l'assuré. Il s'y trouve notamment un courrier du Dr C. _____ du 22 avril 2010 à l'intention de l'OAI dans lequel il est retenu:

"[...] Actuellement, le patient présente une arthrose débutante à modérée de la cheville G. De plus, il présente également une arthrose débutante à modérée de la hanche G, des discopathies L4-L5 et L5-S1 qui se superposent.

Dans ce contexte, un travail de petite mécanique légère en position assise serait éventuellement envisageable mais tout au plus avec une capacité de 50%."

Il s'y trouve aussi un rapport intitulé «Atelier d'intégration professionnelle» de l'Orif du 6 avril 2010 concernant un stage mandaté par l'OAI qui a eu lieu du 4 janvier au 4 avril 2010, afin de définir une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assuré. Le rapport concluait que les investigations médicales arrivées en fin de mesure tendaient à penser qu'une dégradation de la santé de l'assuré se produisait; dans ces conditions de travail changeantes, il aurait été difficile de se mobiliser pour trouver une orientation puisque tour à tour le taux d'activité ainsi que les limitations avaient été remises en question. Le rapport retient par ailleurs:

"[...] Au début de la mesure, M. T. _____ a absorbé des médicaments anti-douleurs pour tenir les journées. Nous lui avons signifié que cette consommation n'était pas dans son intérêt, ceci afin de ne pas fausser les observations qui auraient pu, dès lors, être hors de la réalité. Votre assuré a donc cessé cette prise de médicaments, mais

la situation est devenue plus pénible pour tenir les journées entières. [...]"

Il y est en outre retenu qu'un poste relativement statique engourdisait la jambe douloureuse et était ainsi difficile à tenir pour l'assuré, qui devait fréquemment changer de position et prendre de nombreuses pauses pour effectuer des marches.

Les pièces du dossier de l'OAI reprises dans le dossier de la CNA contiennent également un rapport final de l'OAI du 4 mai 2010 qui se réfère à un avis du Dr P. _____ du SMR du même jour. Cet avis, qui fait suite à une nouvelle instruction médicale, confirmerait une péjoration de l'état de santé depuis le 25 février 2010 avec une capacité de travail limitée désormais à 50 % et sans révision. Selon le rapport de l'OAI, aucune mesure professionnelle ne serait susceptible de réduire le préjudice. Les différents bilans auraient mis en évidence la difficulté voire l'impossibilité d'élaborer un projet de reclassement.

J. Le 28 juin 2010, un collaborateur de la CNA a interrogé l'assuré en présence de son avocate.

A la demande de la CNA, le Dr I. _____ a rendu le 9 juillet 2010 un «rapport détaillé» qui contient notamment ce qui suit:

"[...]

Apparition pendant l'hiver 2008-2009 d'une ankylose douloureuse prédominant sur les grosses articulations (ceinture scapulaire et ceinture pelvienne, articulations coxo-fémorale et des genoux, articulations des épaules). [...]

Le patient est alors suivi par Dr L. _____, spécialiste FMH en rhumatologie à [...]. Suite à de gros soucis financiers, le patient interrompt tout traitement médical jusqu'au début de l'année 2010. L'ankylose et les douleurs sont à nouveau importantes et empêchent le patient de suivre normalement la prise en charge à l'ORIF, que le patient désire malgré tout continuer même péniblement à 50%. [...]

Monsieur T. _____ présente donc des troubles musculo-squelettiques en aggravation. Le patient n'avait pas avant son accident de handicap lié à des troubles musculo-squelettiques. Je connais et suis médicalement le patient depuis 1995. Avant son accident, il n'avait jamais auparavant été mis en arrêt de travail pour des raisons musculo-squelettiques, mise à part pour le

traitement d'une déchirure musculaire accidentelle au bras droit en décembre 1999 (incapacité de travail notifiée 100% du 03.12.1999 au 17.12.1999), déchirure ayant rapidement et complètement guéri. [...]

L'arrêt de travail à 50% dès le 25.02.2010 e[s]t motivé par le syndrome douloureux global et la fatigue. [...]."

Par la suite, le Dr R. _____ a rédigé en date du 20 août 2010 une appréciation médicale, dont est extrait (de la traduction en français) ce qui suit:

"2. Nouveaux documents

Entre temps, de nouvelles radios de la cheville ap/profil ont été réalisées le 24.4. et le 17.7.2009. Les clichés les plus récents (ill. 1+2) font apparaître un interligne articulaire parfaitement conservé, sans pincement et sans ostéophytes au niveau de la pointe du péroné. Sur le trajet du ligament talo-fibulaire antérieur, on observe une calcification de quelques millimètres de diamètre. A la pointe de la malléole interne, j'observe une calcification fine, mais pas d'altérations au niveau du bord du talus en regard. Le cliché de profil en charge ne montre pas non plus de formations ostéophytiques, notamment pas au niveau du bord antérieur du tibia ou du talus. L'interligne articulaire antérieur apparaît un peu plus étroit que le postérieur. Les clichés ap ne font pas apparaître de volume accru des parties molles au niveau des malléoles interne et externe, les tissus ne sont donc pas enflés. L'articulation sous-talienne ne présente aucune anomalie sur les clichés de profil. On observe des ostéophytes discrets dans l'articulation talo-naviculaire, que je qualifierais de réactifs; cette constatation est probablement sans rapport avec la lésion de la cheville.

[illustrations 1 + 2]

Le Docteur C. _____ écrit le 22.4.2010 à l'assurance-invalidité qu'on observe une arthrose légère à moyenne de la cheville gauche, mais sans se référer à des constatations radiologiques. Pour plus d'informations, il renvoie au certificat du 19.11.2007. Apparemment, il ne constate pas d'aggravation de la situation depuis cette date.

Le patient signale en outre une arthrose légère à moyenne de la hanche gauche, ainsi que des discopathies en L4/L5 et en L5/S1. Le Docteur C. _____ ne s'est pas prononcé sur les causes des arthroses à la hanche gauche et à la cheville. Ainsi, on ne sait pas s'il considère que le début d'arthrose à la cheville (on observe également un début d'arthrose à la hanche gauche) est en rapport avec l'accident assuré par la Suva ou avec l'opération de ligamentoplastie.

3. Informations fournies par l'assuré

Le 28.6.2010, Monsieur T. _____ a été interrogé en détail par un collaborateur de la Suva. Il n'a plus retravaillé depuis l'accident du 8.1.2005. Dans un premier temps, il avait du mal à marcher. Après l'opération, sa situation s'est améliorée, mais il lui a fallu quelques

mois d'adaptation. Entre temps, des douleurs sont également apparues dans la région lombaire inférieure, et il ne lui était plus possible de travailler en position assise. En raison de ses douleurs à la cheville, au dos et dans les jambes, une scintigraphie a été réalisée à l'Hôpital de la Providence, qui a relevé l'existence d'arthroses.

4. Rapport du Docteur I. _____

Concernant l'état actuel de l'assuré, la Suva Lausanne dispose d'un rapport du Docteur I. _____, FMH médecine générale à [...], daté du 9.7.2010. Tout d'abord, ce rapport récapitule l'anamnèse après l'entorse de la cheville gauche du 8.1.2005. Depuis la ligamentoplastie du 5.10.2006, l'évolution dans la région de la cheville a été au moins partiellement satisfaisante, avec une amélioration notable au niveau des limitations dans la vie quotidienne. Cependant, le pied ne peut toujours pas être soumis à des sollicitations normales sur terrain irrégulier, que ce soit dans des escaliers ou sur des échelles. L'assuré ne peut plus non plus sauter de la plate-forme d'un camion.

A l'hiver 2008/2009, l'assuré a commencé à souffrir de raideurs dans les grosses articulations (épaules, hanches, genoux). Des examens ont révélé une augmentation des phosphatases alcalines, avec réponse à la Prednisone. La vitesse de sédimentation globulaire a reculé de 64 à 14 mm. Le Docteur L. _____, rhumatologue à [...], assurait le suivi du patient, mais ce dernier a dû mettre fin aux consultations pour des raisons financières. Il se plaint depuis longtemps de douleurs cervicales et lombaires.

Selon le Docteur I. _____, Monsieur T. _____ souffre de troubles musculo-squelettiques croissants. Il le connaît et le soigne depuis 1995. Avant l'accident, il n'avait jamais dû arrêter le travail en raison de problèmes musculo-squelettiques, à l'exception d'une blessure musculaire au bras droit en décembre 1999.

Le Docteur I. _____ évoque en outre un état dépressif modéré à important, renforcé par une situation psychosociale difficile, et nécessitant un traitement, tout d'abord au Jarsin, puis à présent au Citalopram. Le patient souffre également d'hypertension artérielle et d'un diabète non insulino-dépendant, diagnostiqué récemment. L'incapacité de travail de 50% depuis le 25.2.2010 est donc justifiée par le syndrome douloureux global et la fatigue.

5. Cause des douleurs au dos

Le 28.6.2010, Monsieur T. _____ rapportait que, selon le Docteur L. _____, les douleurs au dos seraient la conséquence du transfert de la charge sur l'autre jambe. Nous ne disposons d'aucun rapport du Docteur L. _____ décrivant et justifiant une telle situation.

L'hypothèse selon laquelle le ménagement du pied gauche et le transfert de la charge sur l'autre pied a pu entraîner des douleurs chroniques au dos, et ce, même après plusieurs années, n'est pas plausible. Un tel phénomène de ménagement pourrait tout au plus avoir entraîné des douleurs à la hanche, avec contraction et flexion et/ou abduction ou adduction de la hanche. On ne peut de toute façon pas retenir une surcharge du pied droit, étant donné que Monsieur T. _____ évite apparemment pratiquement toutes les

sollicitations depuis plusieurs années, ou a dû y renoncer; en tout cas, il ne subit plus les sollicitations qu'il subissait avant l'accident dans le cadre de son travail. Ainsi, la thèse d'une surcharge du pied n'est pas plausible, en tout cas beaucoup moins plausible que celle d'un ménagement du pied droit en conséquence du ménagement du pied gauche et ainsi de l'ensemble de l'appareil de la marche. [...]"

K. Le 5 octobre 2010, l'OAI a adressé à l'assuré un projet d'acceptation d'un quart de rente AI dès le 1^{er} août 2010 — avec un degré d'invalidité de 43% — et de trois quarts de rente AI dès le 1^{er} novembre 2010 — avec un degré d'invalidité de 61%. Pour la période précédente, l'OAI estimait le degré d'invalidité, respectivement le préjudice économique, à 24% suite à l'accident de 2005. L'OAI admettait une aggravation de l'état de santé de l'assuré depuis le 25 février 2010 qui réduisait sa capacité de travail à 50% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

L. Par décision sur opposition du 15 mars 2011, l'intimée a rejeté l'opposition «au sens des considérants». Elle a retenu que le préjudice économique de l'assuré serait en réalité de 21% et non pas de 22%, vu que le revenu de valide devait être de 66'300 fr. et celui d'invalides de 52'350 fr. elle a remarqué que, dès lors, le taux de rente alloué à hauteur de 22% tenait équitablement compte de l'ensemble des circonstances déterminantes du cas. Quant à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, l'intimée constatait l'absence d'importance de l'atteinte en terme d'atteinte à l'intégrité; il y aurait tout au plus une arthrose débutante qui n'atteindrait pas le seuil de 5% requis par un barème de l'intimée. Pour l'instant, il n'était pas possible de tenir compte d'une aggravation vraisemblable. Une indemnité pourrait être allouée postérieurement, si l'atteinte à l'intégrité devait s'aggraver de façon importante et durable.

M. L'assuré a interjeté le 14 avril 2011, par la plume de son avocate, un recours auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Il a formulé ses conclusions comme suit:

"I. La décision sur opposition du 15 mars 2011 rendue par la SUVA est purement et simplement annulée.

- II. Une expertise médicale orthopédique est ordonnée, à charge pour l'expert de poser les diagnostics consécutifs à l'accident, ses répercussions sur la capacité de travail médico-théorique du recourant, déterminer le taux de travail et de se prononcer sur le taux d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité.
- III. M. T. _____ est reconnu bénéficiaire d'une rente invalidité dont le taux est arrêté au minimum à 63% et ce, avec effet dès le mois de février 2009.
- IV. M. T. _____ a droit à une [indemnité pour] atteinte à l'intégrité dont le taux est arrêté au minimum à 30%."

Dans sa réponse du 9 août 2011, la CNA a conclu au rejet du recours. Elle y a joint une appréciation médicale du Dr R. _____ du 11 juillet 2011.

Dans sa réplique du 29 novembre 2011, l'assuré a maintenu ses conclusions. Il en va de même pour l'intimée dans sa duplique du 30 décembre 2011.

Suite au départ à la retraite de l'ancien juge instructeur, l'affaire a été reprise au printemps 2012 par un nouveau juge.

Le recourant a communiqué le 26 novembre 2012 une nouvelle adresse en Espagne tout en faisant élection de domicile pour les notifications en l'étude de sa mandataire.

E n d r o i t :

1. a) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative, RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36). Cette loi attribue à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal la compétence pour statuer sur les recours interjetés conformément aux art.

56 ss LPGA (cf. art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). Le fait que le recourant a déménagé à l'étranger après avoir déposé son recours, n'a aucune influence sur la compétence du tribunal à raison du lieu (cf. art. 58 LPGA).

b) Le recours a été déposé dans les trente jours dès la notification de la décision litigieuse (art. 95 LPA-VD) et respecte les autres conditions de recevabilité. Il convient donc d'entrer en matière.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-accidents, respectivement sur le montant de cette rente, et sur le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

3. a) Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents, RS 832.20), l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. S'il est totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite de l'accident, il a droit à une indemnité journalière. Le droit à l'indemnité prend naissance le troisième jour qui suit celui de l'accident et s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA). Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite de l'accident, il a droit à une rente d'invalidité (art.

18 al. 1 LAA). La rente s'élève à 80% du gain assuré, en cas d'invalidité totale; si l'invalidité n'est que partielle, la rente est diminuée en conséquence (art. 20 al. 1 LAA). Si l'assuré a droit à une rente de l'AI ou de l'AVS, seule une rente complémentaire est allouée selon les modalités de l'art. 20 al. 2 LAA. Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA).

b) Pour évaluer le taux d'invalidité et ainsi le montant de la rente, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas

invalide est comparé à celui que l'assuré devenu invalide par suite d'un accident pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de traitements et de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail (art. 16 LPGA, auquel renvoie implicitement l'art. 18 al. 2 LAA; TF 8C_125/2010 du 2 novembre 2010, consid. 2; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit, 2^e éd. 2007, p. 898 n. 165).

c) Si, par suite de l'accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre à une rente, lorsque le traitement médical est terminé (art. 24 LAA). Elle est allouée sous forme de prestation en capital. Elle ne doit toutefois pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité (cf. art. 25 LAA, art. 36 al. 2 OLAA [Ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents, RS 832.202] et barème à l'annexe 3 de l'OLAA).

d) L'obligation de l'assureur-accidents d'allouer ses prestations suppose toutefois un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé (TF 8C_87/2007 du 1^{er} février 2008, consid. 2.2). La question de la causalité adéquate ne se pose que si la causalité naturelle est établie (ATF 119 V 335 consid. 4).

aa) L'exigence du lien de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. 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. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (TFA U 80/2005 du 18 novembre 2005, consid. 1.2; ATF 129 V 177 consid. 3.1 et 119 V 337 consid. 1).

Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (*statu quo sine*; TFA U_61/1991 du 18 décembre 1991, consid. 4b, in : RAMA 1992 n° U 142 p. 75; Frésard/Moser-Szeless, *op. cit.*, p. 865 n. 80). 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"; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; TFA U 215/1997 du 23 février 1999, consid. 3b, in : RAMA 1999 n° U 341 p. 408 ss.). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence d'un rapport de causalité avec l'événement assuré.

bb) Comme indiqué, le droit à des prestations découlant d'un événement assuré suppose également un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 in limine). Selon la jurisprudence, la causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2; 402 consid. 2.2; 125 V 456 consid. 5a et les références). En matière de troubles physiques, elle est généralement admise dès lors que le rapport de causalité naturelle est établi (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb; pour les

troubles psychiques cf. ATF 129 V 402 consid. 4.4 et 115 V 133 consid. 6c).

e) Dans le domaine des assurances sociales, les assureurs examinent les demandes en prenant d'office les mesures d'instruction nécessaires et en recueillant les renseignements dont ils ont besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA).

Les autorités et tribunaux fondent leurs décisions, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, les autorités et tribunaux doivent, le cas échéant, retenir ceux qui leur paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b).

Les autorités et tribunaux apprécient librement les preuves médicales recueillies. Ils doivent examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, ils ne peuvent trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles ils se fondent sur une opinion plutôt qu'une autre. Un rapport médical a une valeur probante pour autant 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 351 consid. 3a).

L'assureur-accidents est tenu, au stade de la procédure administrative, de confier une expertise à un médecin indépendant, si une

telle mesure se révèle nécessaire. Lorsque de telles expertises sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (TF 8C_510/2009 du 3 mai 2010, consid. 3.3).

4. En substance, l'assuré est d'avis que les problèmes de santé qu'il présente justifient une rente et une indemnité pour atteinte à l'intégrité plus élevées que celles accordées par la CNA. Il avance que sa capacité de gain par rapport à la période avant l'accident du 8 janvier 2005 ne serait pas restreinte uniquement de 22%, mais au moins de 63%. Il invoque une arthrose à la cheville gauche. En plus, il fait valoir que la CNA n'a pas instruit, par une expertise, le point de savoir s'il y a un lien de causalité entre ledit accident et les troubles musculo-squelettiques qu'il présente au niveau des genoux, de la hanche et du dos. Pour cette raison, la décision sur opposition devrait être annulée et une expertise orthopédique ordonnée. Cette dernière devra examiner la question de la causalité entre l'accident et les atteintes à la santé, dont il souffre, ainsi que les conséquences sur sa capacité de travail. Seules les limitations de la mobilité des épaules au-delà de l'horizontale ne seraient pas imputables à l'accident.

5. a) L'intimée fait valoir que l'adage «post hoc, ergo propter hoc» ne permet pas d'établir au degré de la vraisemblance prépondérante, un lien de causalité entre l'accident et les problèmes de santé de l'assuré qui vont au-delà de la cheville. Il est vrai que le seul fait que des troubles n'ont été constatés qu'après un accident, ne veut pas dire que ce dernier en soit nécessairement la cause (cf. consid. 3d/aa supra). Cependant, cela ne veut pas dire non plus que les autorités peuvent sans autre se retrancher derrière la non application de l'adage précité et ainsi nier toute causalité. Au contraire, vu que les troubles aux niveaux des genoux, des hanches et du dos ont objectivement été constatés, les autorités doivent instruire d'office la cause à suffisance (art. 43 al. 1 LPGA) et, au besoin, en confiant la réalisation d'une expertise à un

médecin indépendant. Ce n'est que si cette instruction a été menée à satisfaction, sans aboutir à des conclusions qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante pour admettre une causalité entre l'accident et les troubles constatés, qu'il se justifie d'opposer à l'assuré que le raisonnement «post hoc, ergo propter hoc» n'a pas lieu d'être.

Il importe d'examiner si, en l'espèce, l'instruction a été conduite de manière suffisante par l'intimée.

b) Le Dr R. _____ retient (au ch. 5 de son avis du 20 août 2010 et au ch. 3 de son appréciation du 11 juillet 2011) que l'assuré aurait fait valoir que selon le Dr L. _____, spécialiste en rhumatologie, ses douleurs au dos seraient la conséquence du transfert de la charge sur l'autre jambe (droite). Le Dr I. _____ mentionne également dans son rapport du 9 juillet 2010 que l'assuré aurait été suivi par le Dr L. _____. Le dossier de la CNA ne contient toutefois aucun rapport ou autre document du Dr L. _____. La CNA ne s'est pas non plus adressée à ce médecin pour lui demander un rapport médical.

Le Dr R. _____ explique, dans son appréciation du 11 juillet 2011 (dans la partie «Troubles en-dehors du pied», cf. p. 6 et 7), que «les documents dont on dispose ne permettent pas de savoir sur quoi se base le diagnostic d'arthrose débutante des hanches et des genoux». Des examens d'imagerie médicale approfondis n'auraient apparemment pas été effectués. Le Dr R. _____ expose également que le dossier fait mention de plaintes, depuis des années, concernant des douleurs au niveau de presque toutes les grosses articulations et en plusieurs endroits du rachis, mais qu'il (le Dr R. _____) ne disposerait pas de détails concernant ces observations médicales. Sans avoir d'autres documents sur ces troubles allégués par l'assuré, le Dr R. _____ déclare que si le diagnostic s'avérait exact, les douleurs «pourraient» être dues à un canal lombaire étroit au niveau L4/L5, ce qui constitue une affection dégénérative cliniquement significative fréquente à l'âge de l'assuré et même actuellement la plus fréquente cause d'intervention chirurgicale sur le rachis lombaire à cet âge.

Pour le reste, le Dr R. _____ réfute, dans son appréciation du 11 juillet 2011, la thèse d'une charge unilatérale, c'est-à-dire du transfert du poids corporel sur la jambe droite suite aux séquelles à la cheville gauche. A la suite de son accident en 2005, l'assuré aurait ménagé son appareil locomoteur et n'aurait donc pas exposé son rachis lombaire aux sollicitations naguère habituelles.

Il est vrai que l'assuré n'a plus travaillé depuis son accident et ne s'est ainsi plus exposé aux mêmes sollicitations que lors de son travail en tant que chauffeur de poids lourds (manipulation de charges, mauvaises positions en montant ou descendant de la cabine, etc.). Il n'est toutefois pas exclu que, suite aux séquelles à la cheville gauche, le recourant ait ménagé cette cheville et la jambe gauche et ait ainsi sollicité de manière accrue sa jambe droite, ce qui pourrait avoir mené aux problèmes aux genoux, à la hanche et au dos. Cette simple possibilité n'est, sans connaissance approfondie de toutes les circonstances, certes pas suffisante pour présenter un degré de vraisemblance prépondérante. Cependant, il ressort de ce qui a été dit que l'intimée et le Dr R. _____ ne disposaient pas de tous les éléments nécessaires afin de pouvoir apprécier le cas concret de l'assuré. Il leur manquait, entre autres, des documents médicaux concernant les troubles constatés chez le recourant. On observe de surcroît que le Dr R. _____ admettait tout de même, dans son rapport du 20 août 2010 (au ch. 5), que le phénomène de ménagement du pied gauche aurait pu entraîner des douleurs à la hanche.

On remarque que l'intimée avait déjà à plusieurs reprises renoncé, prématurément et à tort, à de plus amples investigations (décisions des 25 novembre 2005, 1^{er} mars 2006, 19 janvier 2009 et 17 février 2010). Lorsqu'elle a rendu la décision sur opposition litigieuse du 15 mars 2011, l'intimée disposait tout de même de divers documents médicaux qui attestaient une aggravation de l'état de santé du recourant. Le Dr C. _____ avait retenu en ce sens, le 22 avril 2010, une arthrose débutante à modérée de la cheville gauche, ainsi que de la hanche et des discopathies L4-L5 et L5-S1. A cela s'ajoutait le rapport du Dr I. _____ du

9 juillet 2010 qui retenait les troubles musculo-squelettiques en aggravation selon ce médecin, l'assuré n'ayant jamais été mis en arrêt maladie à cause de ces troubles avant l'accident de 2005. Il y avait finalement les documents précités du SMR et de l'OAI de l'année 2010 qui attestaient également d'une aggravation de l'état du recourant. L'OAI ne s'est pas prononcé — et n'avait pas non plus à le faire — sur la question de savoir s'il y avait un rapport de causalité entre l'accident de 2005 et les différentes atteintes, respectivement les aggravations. Cela n'exonérait dès lors pas l'intimée d'approfondir la question du rapport de causalité.

c) Compte tenu des lacunes au dossier de l'intimée et vu notamment les manques d'informations dont il est même fait état dans les appréciations du Dr R. _____ du 20 août 2010 et du 11 juillet 2011, ces dernières ne peuvent pas se voir reconnaître une valeur probante. Aucun autre document au dossier ne permet de se prononcer sans équivoques sur les questions litigieuses dans la présente cause. Force est donc de constater que le dossier de l'intimée est lacunaire.

d) Il s'avère donc qu'il faudra compléter le dossier de l'intimée par un rapport du Dr L. _____. Par la suite, il faudra procéder à une expertise orthopédique et rhumatologique par des médecins indépendants afin de déterminer à quel point l'arthrose des articulations a progressé et s'il y a un rapport de causalité naturel et adéquat entre l'accident de 2005 et les différents troubles musculo-squelettiques de l'assuré. Dans la mesure où un rapport de causalité serait admis, l'expertise devra aussi se prononcer sur quel degré et dès quel instant, il y aurait une incapacité de travail.

e) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (ATF 122 V 157 consid. 1d). Il en va cependant autrement quand un renvoi

constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (cf. ATF 137 V 210; TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008, consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée, qu'en cas de recours, le tribunal les éclaircirait comme il convient (DTA 2001 n°22 p. 170 consid. 2).

f) En l'occurrence, il demeure que les lacunes dont souffre le dossier de la cause n'ont fait l'objet d'aucun éclaircissement de la part de l'intimée. Celle-ci n'a traité que sommairement les atteintes alléguées par l'assuré (arthrose et troubles musculo-squelettiques); elle n'a pas procédé aux instructions nécessaires. Partant, le renvoi de la cause à l'intimée — à laquelle il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire (cf. consid. 3d/aa et e supra) — apparaît comme étant la solution la plus opportune. Il se justifie donc de lui renvoyer l'affaire afin qu'elle en complète l'instruction tel que prévu sous considérant 5d supra (cf. aussi art. 44 LPGA).

6. En définitive, le recours doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants puis nouvelle décision sur la rente et l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

7. La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires. Le recourant, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA VD). Il convient d'arrêter les dépens à 2'500 francs.

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 15 mars 2011 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est annulée, le dossier étant renvoyé à cette dernière pour instruction complémentaire dans le sens des considérants puis nouvelle décision.

- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

- IV. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents versera au recourant un montant de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Laure Chappaz (pour T. _____),
- 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).

Le greffier :