

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 21 mars 2016

Composition : M. MÉTRAL, président
MM. Bonard et Pittet, assesseurs
Greffière : Mme Preti

Cause pendante entre :

H. _____, à [...], recourant, représenté par Me Olivier Carré, avocat à Lausanne,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS,
Division juridique, à Lucerne, intimée, représentée par Me Didier Elsig,
avocat à Lausanne.

Art. 6, 15 et 18 LAA ; 22ss OLAA ; 7 et 8 LPG

E n f a i t :

A. H._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], travaillait comme chauffeur de poids-lourds pour le U._____. A ce titre, il était assuré contre les accidents par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 12 novembre 2008, alors qu'il descendait d'une échelle d'un quai de déchargement, il a perdu l'équilibre et a frappé le béton du quai avec le coude gauche en tentant de se rattraper. Une importante tuméfaction et un hématome s'en sont suivis. Son médecin traitant, le docteur Z._____, a dans un premier temps prescrit un traitement conservateur. L'assuré a continué à se plaindre de fortes douleurs dans le coude, de paresthésies dans les quatre doigts ulnaires, surtout au repos, de crampes en flexion des doigts en se réveillant le matin avec des doigts enflés et engourdis, ainsi que de lâchages involontaires de la main gauche. Il a néanmoins poursuivi son activité professionnelle. L'accident a été annoncé à la CNA, qui en a pris les suites en charge.

Dans un rapport du 20 décembre 2010 à la CNA, le docteur Z._____ a mentionné les diagnostics de bursite du coude gauche, neuropathie cubitale gauche post-traumatique et syndrome du tunnel carpien à gauche. Le 13 janvier 2011, l'assuré s'est soumis à une opération de bursectomie, avec transposition du nerf cubital et neurolyse du nerf médian au canal carpien à gauche. Une incapacité de travail totale a été attestée dès le jour de l'opération. La CNA a alloué des indemnités journalières.

L'évolution n'a par la suite pas été favorable, avec la persistance de plaintes relatives à une hypoesthésie, voire une anesthésie autour de la cicatrice du coude, une douleur au poignet irradiant vers le coude, des fourmillements dans tous les doigts et des réveils nocturnes en raison de fourmillements et crampes dans les doigts. Le docteur W._____, spécialiste en neurologie, a réalisé un examen

électroneuromyographique (ENMG) le 28 septembre 2011 et diagnostiqué une récurrence d'un syndrome du tunnel carpien, d'une part, et une neuropathie cubitale récidivante. Le 1^{er} novembre 2011, la doctoresse P._____, spécialiste en chirurgie de la main, a opéré l'assuré pour une reprise d'une transposition antérieure du nerf cubital profond à gauche et une reprise d'un syndrome du canal carpien à gauche. Le 5 décembre 2011, lors d'un contrôle post-opératoire, la doctoresse P._____ a constaté une évolution objectivement favorable, avec la disparition des crises de fourmillement, mais la persistance de sensations anormales dans les territoires de deux troncs nerveux opérés, ce qui était normal. Les cicatrices étaient douloureuses, ce qui était normal également et s'améliorerait. La doctoresse a proposé une prise en charge à la D. _____ en vue d'une évaluation professionnelle et d'un accompagnement du patient dans un travail qu'il devait faire sur l'acceptation d'une sensibilité différente au membre supérieur gauche par rapport au membre supérieur droit. Cette sensibilité particulière, avec des dysesthésies globales du membre supérieur, serait plus ou moins définitive et ne pourrait pas être corrigée par une reprise chirurgicale.

L'assuré a séjourné du 8 février au 6 mars 2012 à la D._____. Dans le rapport de sortie du 21 mars 2012, les docteurs M._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et F._____, médecin assistant, ont observé qu'à l'examen clinique, l'assuré était complètement fixé sur la symptomatologie douloureuse, sous-utilisait son membre supérieur gauche et présentait des autolimitations et des incohérences. Un examen électroneuromyographique réalisé le 20 février 2012 montrait une atteinte axono-myélinique sensitivomotrice du nerf médian au canal carpien gauche, probablement séquellaire à une troisième récurrence qui était difficile à diagnostiquer. L'examen démontrait en revanche une amélioration de l'atteinte axonale du nerf ulnaire. Les autres examens pratiqués étaient sans particularité et hormis une récurrence d'atteinte du médian, aucune explication médicale n'avait pu être trouvée à l'évolution insatisfaisante. Durant le séjour, l'assuré avait bénéficié d'une prise en charge intensive en ergothérapie et physiothérapie, sans amélioration ; au contraire, la force de préhension et les capacités

fonctionnelles étaient même diminuées en fin de séjour, par rapport à l'entrée à la D._____. Une évaluation des capacités fonctionnelles et globales aux ateliers professionnels n'avait pas pu être effectuée compte tenu du tableau clinique de handicap sévère avec une symptomatologie douloureuse de forte intensité et une exclusion quasi complète du membre supérieur gauche sur le plan fonctionnel.

L'employeur de l'assuré a résilié son contrat de travail pour le 30 juin 2012. H._____ a alors adressé une demande de prestations à l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Vaud et, dans ce contexte, a effectué un stage dans un T._____ (T._____), du 24 septembre au 26 octobre 2012. Il ressort toutefois du rapport final de stage, du 2 novembre 2012, qu'une évaluation des activités professionnelles envisageable n'avait pas été possible en raison des incohérences présentées par l'assuré et de son manque de collaboration.

Le docteur W._____ a pratiqué un nouvel examen électroneuromyographique le 30 janvier 2013, lors duquel il a constaté une nette amélioration des paramètres électrophysiologiques pour les nerfs médian et cubital gauches après la deuxième opération de novembre 2011.

Les 12 avril et 28 août 2013, le docteur L._____, médecin d'arrondissement de la CNA, a procédé à des examens cliniques de l'assuré. Il a constaté la persistance de douleurs de réinnervation du membre supérieur gauche après neurolyses itératives du nerf cubital au coude gauche et du nerf médian au poignet gauche, s'accompagnant d'une surcharge fonctionnelle plus ou moins délibérée. Il a mis en doute une incapacité de travail d'origine psychique, mais suggéré néanmoins un examen par un psychiatre pour éclaircir ce point. Sur le plan somatique, le docteur L._____ a attesté une pleine capacité de travail dans toute activité légère, de type industriel, ne nécessitant pas de dextérité particulière, se demandant même si la reprise d'une activité de chauffeur poids-lourds n'était pas envisageable. L'atteinte à l'intégrité était de 5%

en présence d'une discrète neuropathie résiduelle des nerfs cubital et médian du membre supérieur gauche.

Le 8 octobre 2013, le docteur B._____, psychiatre-conseil de la CNA, a examiné l'assuré et a posé les diagnostics de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, ainsi que de trouble anxieux et dépressif mixte, sans influence sur la capacité de travail.

La CNA a mis fin au versement des indemnités journalières au 28 février 2014. Par décision du 26 mars 2014, elle a alloué à l'assuré une rente mensuelle de 1'163 fr. 70 fondée sur un taux d'invalidité de 21% et un gain annuel assuré de 83'121 fr. ; elle a également alloué une indemnité pour une atteinte à l'intégrité de 6'300 fr. fondée sur un taux d'atteinte à l'intégrité de 5%. La CNA a notamment considéré que sans accident l'assuré aurait réalisé un revenu annuel de 74'720 fr., alors que compte tenu des séquelles accidentelles, il ne pouvait plus réaliser qu'un revenu de 58'978 fr. dans une activité adaptée, telle que décrite par le docteur L._____.

La CNA a confirmé ce qui précède par décision sur opposition du 28 novembre 2014.

B. Par acte du 16 janvier 2015, H._____, représenté par Me Olivier Carré, a interjeté un recours de droit administratif contre cette décision. En substance, il en demande la réforme en ce sens qu'une rente fondée sur un taux d'invalidité de 75% lui soit allouée, sous suite de frais et dépens. A titre subsidiaire, il conclut à l'annulation de la décision litigieuse et au renvoi de la cause à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision, sous suite de frais et dépens également.

Le 22 avril 2015, l'intimée a conclu au rejet du recours.

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 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; 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).

b) Le recours a été déposé dans les trente jours dès la notification de la décision litigieuse (art. 60 al. 1 LPGA) 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, plus particulièrement sur le taux d'invalidité fixé par l'intimée. Le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité n'est en revanche pas litigieux.

3. a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20), les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 402 consid. 4.3.1, 119 V 335 consid. 1, 118 V 286 consid. 1b et les références). Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre

l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience 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 cas de troubles psychiques consécutifs à un accident, la jurisprudence a établi plusieurs critères pour en juger, en fonction notamment de la gravité que l'on peut lui reconnaître au vu de son déroulement (cf. ATF 115 V 133, 115 V 403).

b) Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. Par invalidité au sens de cette disposition, il faut entendre l'incapacité de gain partielle ou totale qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). En assurance-accidents, il faut en outre que les atteintes à la santé à l'origine de l'incapacité de travail et de gain soient en relation de causalité avec l'accident assuré (consid. 3a ci-avant).

4. a) En l'espèce, le docteur L._____ a constaté que le recourant présente comme séquelle accidentelle, sur le plan somatique, une discrète neuropathie résiduelle des nerfs cubital et médian au membre supérieur gauche. Cette atteinte peut objectiver des douleurs de réinnervation du membre supérieur gauche, après neurolyses itératives du nerf cubital au coude gauche et du nerf médian au poignet gauche, étant toutefois précisé qu'elles n'entraînent aucune incapacité de travail dans

une activité physiquement adaptée, c'est-à-dire dans toute activité légère, de type industriel, ne nécessitant pas de dextérité particulière. Ces constatations sont probantes. Elles sont au demeurant corroborées par l'ensemble des autres pièces médicales au dossier, hormis éventuellement par des certificats d'incapacité de travail établis par le médecin traitant du recourant, auxquels ce dernier se réfère. Ces certificats ne sont toutefois pas motivés et ne précisent pas dans quelle mesure ils portent sur une capacité de travail dans une activité telle que décrite comme adaptée par le docteur L._____, plutôt que sur l'activité professionnelle habituelle du recourant. Pour le surplus, le recourant se limite, pour tout grief sur la question de sa capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée, à alléguer un déconditionnement majeur du bras gauche, tant au niveau sensitif que moteur, le tout associé à des douleurs. Le docteur L._____ a toutefois pu prendre en considération ce déconditionnement et ces douleurs lors de son examen clinique, en les relativisant toutefois à juste titre, dès lors qu'il a constaté une surcharge fonctionnelle plus ou moins délibérée. Il a d'ailleurs suggéré un examen psychiatrique, qui a mis en évidence une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques, ainsi qu'un trouble anxieux et dépressif mixte.

En ce qui concerne ces atteintes psychiques, le docteur B._____ a considéré, dans un rapport également probant, qu'elles n'entraînent pas d'incapacité de travail. L'intimée a par ailleurs procédé à une analyse convaincante de la causalité adéquate et a nié, à juste titre, un tel lien de causalité entre l'accident et les troubles psychiques constatés. Les critères posés par la jurisprudence en la matière (consid. 3a ci-avant) ne sont en effet manifestement pas remplis. En l'absence de tout grief sur ce point dans le mémoire de recours, il convient de renoncer à y revenir plus en détail, étant néanmoins rappelé que le recourant a subi un accident relativement banal qui n'a pas entraîné d'incapacité de travail pendant près de deux ans après sa survenance.

Compte tenu de ce qui précède, il convient de constater que les séquelles accidentelles dont souffre le recourant sont compatibles avec

l'exercice, à 100%, d'une activité légère de type industriel, ne nécessitant pas de dextérité particulière.

b) Dans une telle activité, l'intimée a considéré que le recourant aurait pu réaliser un revenu de 58'978 fr. en 2014. Elle s'est fondée sur cinq descriptions de postes de travail pour des activités répondant aux limitations fonctionnelles admises par le docteur L._____. Le recourant soutient qu'il n'est plus en mesure de conduire des poids-lourds ou des véhicules plus légers, mais ce grief est sans pertinence dans la mesure où l'intimée n'a justement pas établi sa capacité résiduelle de gain en se référant à une activité de chauffeur. Pour le surplus, le recourant fait valoir pour tout grief, à l'encontre de l'évaluation de sa capacité résiduelle de gain par l'intimée, qu'il n'a pas de formation professionnelle et ne serait pas capable d'en acquérir une nouvelle. Or, les descriptions de poste de travail sur lesquelles s'est fondée l'intimée correspondent à des activités ne requérant aucune formation. Enfin, le recours à des descriptions de postes de travail est admis par la jurisprudence (ATF 129 V 472 consid. 4.2.2), à des conditions que l'intimée a respectées en l'espèce et sur lesquelles il n'y a pas lieu de revenir plus précisément, faute de grief. Il convient donc de constater que le recourant pouvait effectivement réaliser, en 2014, un revenu de 58'978 fr. dans une activité adaptée.

5. Le recourant conteste le revenu hypothétique sans invalidité constaté par l'intimée. Il soutient que celui-ci devrait être au moins égal au gain assuré de 83'121 fr. admis par l'intimée. Ce grief est toutefois mal fondé, dans la mesure où le gain assuré et le revenu hypothétique sans invalidité, à prendre en considération pour calculer le taux d'invalidité, ne coïncident pas forcément.

Le revenu hypothétique sans invalidité correspond en principe au revenu que l'assuré aurait réalisé s'il avait poursuivi son activité professionnelle. Pour l'établir, l'intimée s'est fondée à bon droit sur les renseignements communiqués par l'ancien employeur et par le recourant lui-même (compte-rendu d'entretien à domicile du 23 janvier 2014, fiches

de salaires produites par l'ancien employeur et compte-rendu d'entretien téléphonique avec le gestionnaire des ressources humaines de l'ancien employeur, du 3 février 2014). Il en ressort que l'assuré aurait perçu, en 2014, un revenu mensuel brut de 5'420 à 5'480 francs, treize fois l'an, auquel se seraient ajoutées des indemnités pour petit-déjeuner de 140 fr. et une indemnité pour tâches extraordinaires de 150 francs. La CNA n'a donc pas sous-évalué le revenu hypothétique sans invalidité du recourant en le fixant à 74'720 fr. par an. Une différence avec le gain assuré - en l'occurrence plus élevé - peut résulter du mode de calcul de ce gain assuré précisément déterminé par les art. 15 LAA et 22 ss OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202). Il comprend en particulier les allocations familiales (art. 22 al. 2 let. b OLAA). Ces allocations sont évaluées à 4'800 fr. par an par l'intimée [lettre du 16 janvier 2014 de l'intimée au U. _____]), ce qui explique déjà une grande part de la différence constatée avec le gain assuré. Le solde s'explique par le fait que l'intimée a établi le gain assuré en adaptant le dernier revenu annuel du recourant avant l'accident à l'évolution des salaires nominaux de 2008 à 2014, alors qu'elle a évalué le revenu hypothétique sans invalidité sur la base des renseignements concrets obtenus auprès de l'employeur pour l'année 2014. On peut certes se demander si l'intimée n'aurait pas également dû se fonder sur ces renseignements concrets pour calculer le gain assuré (cf. art. 24 al. 2 OLAA). La question peut demeurer ouverte, dans la mesure où le recourant ne peut pas, quoi qu'il en soit, en tirer argument pour obtenir la prise en considération d'un revenu hypothétique sans invalidité plus élevé qu'il n'aurait été en réalité.

6. Vu ce qui précède, le recours est mal fondé et doit être rejeté. La procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA). Par ailleurs, le recourant ne peut pas prétendre de dépens (art. 61 let. g LPGA a contrario). Une indemnité d'office doit en revanche être allouée à son mandataire ; ce dernier a produit une liste des opérations faisant état de 3.36 heures de travail et de 30 francs de débours, qu'il convient de valider. Le tarif horaire étant de 180 fr. (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV

211.02.03]), l'indemnité doit être fixée à 685 fr. (TVA comprise). Le recourant est rendu attentif au fait que s'il revient à meilleure fortune à l'avenir, il lui appartiendra de rembourser ce montant à l'Etat.

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

- I. Le recours est rejeté.

- II. La décision sur opposition rendue le 28 novembre 2014 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.

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

- IV. L'indemnité d'office de Me Olivier Carré, conseil d'office du recourant, est arrêtée à 685 fr. (six cent huitante-cinq francs).

- V. Le bénéficiaire de l'assurance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC (code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272) applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement de l'indemnité du conseil d'office mise provisoirement à la charge de l'Etat.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Olivier Carré (pour H. _____),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office fédéral de la santé publique.

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :