

200.2023.146.LAA

N° de sinistre

N° AVS

ANP/EGC

Tribunal administratif du canton de Berne

Cour des affaires de langue française

Jugement du 16 août 2024

Droit des assurances sociales

G. Niederer, président

G. Zürcher et A.-F. Boillat, juges

P. Annen-Etique, greffière

A. _____
représenté par Me B. _____
recourant

contre

Suva, Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents

Division juridique, Fluhmattstrasse 1, case postale, 6002 Lucerne

représentée par Me C. _____

intimée

relatif à une décision sur opposition de cette dernière du 1^{er} février 2023



En fait:

A.

A. _____, né en 1968, marié et père d'un fils adulte, travaillait depuis le 1^{er} avril 2015 à 100% comme ouvrier du bâtiment et était assuré obligatoirement à ce titre contre les accidents auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (Suva). Par une déclaration de sinistre du 11 avril 2018, l'entreprise qui l'employait a informé la Suva qu'il avait été victime d'un accident sur son lieu de travail à la suite d'une chute d'un échafaudage, survenue le 5 avril 2018 (indications complétées le 20 avril 2018). Hospitalisé le jour de l'accident jusqu'au 18 avril 2018, l'intéressé a subi deux opérations le 10 avril 2018, l'une pour traiter une fracture du calcanéum droit et la seconde en vue de résorber une fracture au 5^{ème} doigt de la main gauche. La Suva a pris en charge les suites immédiates de cet accident qui a entraîné un arrêt de travail complet dès le 5 avril 2018. Courant août 2018, l'intéressé s'est annoncé à l'assurance-invalidité (AI).

B.

Dans l'intervalle, la Suva s'est enquis de l'évolution médicale auprès du généraliste et des spécialistes traitants, qui l'ont notamment renseignée sur l'enlèvement à fin août 2018 du matériel d'ostéosynthèse à la main gauche. En raison de douleurs persistantes au pied droit, des spécialistes de la douleur ont pratiqué une cryothérapie du nerf sural droit le 26 mars 2019 et également infiltré ce nerf. Des cliniques spécialisées en chirurgie de la main et du pied ont été ultérieurement consultées, à l'instar d'un neurocentre qui a implanté un neurostimulateur le 26 août 2020. Après avoir été examiné début juin 2021 par un chirurgien orthopédique de la Suva, l'assuré a subi le 24 septembre 2021 une résection du nerf sural et le retrait du matériel d'ostéosynthèse au pied droit. Il a ensuite séjourné du 22 février au 9 mars 2022 dans une clinique de réadaptation où une évaluation de ses capacités fonctionnelles a été réalisée. Un chirurgien orthopédique de la Suva a livré son appréciation finale le 24 juin 2022.

C.

S'appuyant sur l'avis de son service médical, la Suva a estimé que l'état de santé de l'assuré était désormais stabilisé et a informé ce dernier, par courrier du 11 août 2022, qu'elle mettait fin au paiement des indemnités journalières avec effet au 30 septembre 2022. Selon une décision rendue le 23 septembre 2022, elle a accordé à l'intéressé une rente d'invalidité de 17% dès le 1^{er} octobre 2022 et une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) d'un taux de 15% correspondant à un montant de Fr. 22'230.-. L'intéressé, par l'entremise d'un avocat, s'est opposé le 21 octobre 2022 à cette décision en produisant à l'appui un rapport de son généraliste traitant. Après avoir recueilli l'appréciation des spécialistes de la main et du pied suivant l'intéressé, la Suva a rendu le 1^{er} février 2023 une décision sur opposition confirmant en tous points son prononcé initial.

D.

En date du 28 février 2023, l'assuré, par son mandataire, a porté le litige devant le Tribunal administratif du canton de Berne (TA). Sous suite de frais et dépens, il conclut à l'annulation de la décision sur opposition prononcée le 1^{er} février 2023 par la Suva ainsi qu'à l'octroi d'une rente d'invalidité d'au moins 35% et, subsidiairement, à l'annulation de cette décision sur opposition et au renvoi du dossier à l'intimée pour complément d'instruction et nouvelle décision. Dans sa réponse du 13 mars 2023, la Suva, également assistée d'un avocat, conclut au rejet du recours sous suite de frais et dépens. Par envoi du 20 mars 2023, le mandataire du recourant a produit sa note d'honoraires.

En droit:

1.

1.1 La décision sur opposition du 1^{er} février 2023 représente l'objet de la contestation. Elle ressortit au droit des assurances sociales et confirme la décision du 23 septembre 2022, par laquelle l'intimée a accordé au recourant une rente d'invalidité de 17% dès le 1^{er} octobre 2022 et une IPAI de 15%. L'objet du litige porte sur l'annulation de la décision sur opposition précitée et l'octroi d'une rente d'invalidité d'au moins 35% et, subsidiairement, sur le renvoi du dossier à l'intimée pour instruction complémentaire ainsi que nouvelle décision. D'emblée, il convient de constater que la question de l'IPAI, bien qu'en soi non contestée par le recourant (ses conclusions formelles ne visent que le droit à la rente), pourrait faire partie de l'objet de la contestation au vu des précisions apportées à ce sujet dans le recours. A l'appui de celui-ci (art. 4 p. 8), l'assuré a en effet spécifié que le droit à l'IPAI devrait être revu dans le cas où le Tribunal ordonnerait une expertise pluridisciplinaire, à l'inverse du cas où cette même autorité estimerait devoir confirmer les bases médicales de la décision sur opposition attaquée. Vu l'issue du litige, cette seconde hypothèse est réalisée en l'espèce (voir c. 4 ss), si bien qu'il n'y a pas lieu de revoir la fixation de l'IPAI et que cet aspect doit être exclu de l'objet de la contestation (voir art. 24 al. 2 de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents [LAA, RS 832.20] et RAMA 1999 p. 98 c. 1b; voir également JTA LAA/2020/495 du 25 juin 2021 c. 1.1 in fine).

1.2 Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente, par une partie disposant de la qualité pour recourir et représentée par un mandataire dûment constitué, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1], en lien avec l'art. 1 al. 1 LAA; art. 15 et 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

1.3 Le jugement de la cause incombe à la Cour des affaires de langue française du TA dans sa composition ordinaire de trois juges (art. 54 al. 1

let. c et 56 al. 1 de la loi cantonale du 11 juin 2009 sur l'organisation des autorités judiciaires et du Ministère public [LOJM, RSB 161.1]).

1.4 Le TA examine librement la décision sur opposition contestée et n'est pas lié par les conclusions des parties (art. 61 let. c et d LPGA; art. 80 let. c ch. 1 et 84 al. 3 LPJA).

2.

2.1 En principe, les prestations de l'assurance-accidents obligatoire sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle (art. 6 al. 1 LAA).

2.2 Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite (art. 18 al. 1 LAA).

2.3 Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Contrairement à l'incapacité de travail, est déterminante ici, non pas l'aptitude de la personne assurée à accomplir un travail dans son domaine professionnel, mais la capacité de gain qui, après l'application des mesures de traitement et de réadaptation, subsiste, pour elle, dans une profession quelconque entrant en ligne de compte sur un marché du travail équilibré. La perte ou la réduction de cette capacité est considérée comme une incapacité de gain (ATF 130 V 343 c. 3.2.1).

2.4 Pour pouvoir évaluer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, en cas de recours) a besoin de documents que le médecin et éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer

dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données fournies par le médecin constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore exiger de l'assuré (ATF 140 V 193 c. 3.2, 132 V 93 c. 4; SVR 2021 IV n° 54 c. 2.3).

2.5 L'administration en tant qu'autorité de décision et le juge, en cas de recours, ne peuvent considérer un fait comme établi que lorsqu'ils sont convaincus de son existence. En droit des assurances sociales, pour autant que la loi n'en dispose pas autrement, le juge doit fonder sa décision sur les faits qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. La simple possibilité de l'existence d'un fait ne suffit pas. Le juge doit bien plus retenir les éléments qui, parmi les faits possibles, lui paraissent les plus probables (ATF 144 V 427 c. 3.2; SVR 2022 UV n° 41 c. 3.3).

3.

3.1 Dans sa décision sur opposition et la réponse au recours, l'intimée reconnaît entière valeur probante aux conclusions rendues par une clinique de réadaptation et par son dernier médecin d'arrondissement. Sur ces bases, elle considère que la situation médicale est stabilisée depuis fin septembre 2022 et qu'une intervention chirurgicale subie le 22 février 2023 (révision d'une électrode) ne remet pas en cause ce constat. L'intimée infère ensuite de ces appréciations médicales que le recourant est en mesure d'exercer à plein temps une activité légère et respectant les limitations fonctionnelles au pied gauche (charges alternées, pas de postures forcées fréquentes à genoux/accroupi/assis, pas de montée d'échelles ni de marche prolongée sur des terrains accidentés). De son avis, ce profil d'exigibilité vaut sans restriction et n'est pas influencé par les troubles psychiques invoqués, de toute façon sans lien de causalité avec l'accident. En comparant un revenu sans handicap fondé sur le dernier emploi avec un revenu d'invalidé basé sur les statistiques et intégratif d'un abattement de 5%, elle évalue l'invalidité à 17% dès le 1^{er} octobre 2022.

3.2 De son côté, l'assuré conteste l'appréciation de l'intimée jugeant son état de santé stabilisé depuis fin septembre 2022 et une activité adaptée exigible à plein temps à partir du mois suivant. Selon lui, une

problématique persistante à sa main gauche accessible à une opération corrective et l'intervention subie le 22 février 2023 invalident ce constat. Au surplus, il juge le profil d'exigibilité irréaliste vu ses douleurs chroniques dont la clinique de réadaptation aurait nié la réalité, au motif qu'il avait volontairement limité ses capacités fonctionnelles – observations qu'il estime contredites par celles antérieures au dossier. A cela s'ajouterait l'impact que peuvent avoir ces douleurs sur sa situation psychique et que l'intimée n'a nullement cherché à investiguer, alors même que de tels troubles psychiques seraient en lien de causalité avec l'accident. Pour le surplus, l'assuré conteste l'abattement de 5% sur le salaire d'invalidé qu'il évalue quant à lui à 25% vu ses restrictions médicales, son âge, sa nationalité étrangère, l'absence d'une formation professionnelle et ses connaissances linguistiques lacunaires en allemand et en français.

4.

4.1 En règle générale, le juge des assurances sociales apprécie la légalité de la décision attaquée d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue, à moins que les nouveaux rapports médicaux invoqués soient de nature à influencer sur l'appréciation au moment où la décision attaquée a été prononcée (ATF 148 V 21 c. 5.3 et les références; SVR 2008 IV n° 8 c. 3.4). Au présent cas, faute de remplir l'éventualité prédécrite, le rapport médical du 22 février 2023 d'un neurocentre produit en procédure de recours (dos. recourant [rec.] 5), postérieur à la décision sur opposition contestée du 1^{er} février 2023, ne peut être pris en compte dans l'appréciation des preuves. Il en va par contre différemment du rapport médical du 9 décembre 2022 et de la convocation du 14 décembre 2022 à un rendez-vous médical, tous deux antérieurs à cette même décision sur opposition (dos. rec. 3 et 4).

4.2 Le dossier permet de constater les faits principaux suivants.

4.2.1 Sur la base de radiographies, un service d'urgences hospitalières a diagnostiqué le 5 avril 2018 une fracture à fragmentation du calcanéum droit combinée à une fracture de la pointe du péroné droit, de même qu'une fracture intra-articulaire de la base de la phalange moyenne du 5^{ème} doigt

de la main gauche – toutes fractures survenues après la chute d'un échafaudage situé à une hauteur de quatre mètres (dos. intimée [int.] 28/1; 50/1). Les traitements opératoires ont été prodigués le 10 avril 2018 au sein de la clinique orthopédique du même hôpital (dos. int. 13/1; 41/1 s).

4.2.2 En raison de douleurs persistantes à l'arrière-pied droit, le chirurgien orthopédique ayant opéré l'assuré a évoqué à fin mai 2018 un possible CRPS (complex regional pain syndrome), bien que tous les critères diagnostiques ne soient pas réunis (dos. int. 29/3). Des radiographies réalisées entre juin 2018 et août 2019 ont fait état d'une consolidation toujours plus nette du calcanéum (dos. int. 51/1; 79/1; 99/1; 129/ 1s.; 159/1; 174/1). Dans l'intervalle, des séances de physiothérapie et d'ergothérapie ont été prescrites, les secondes à la suite d'une neuropathie constatée au niveau du nerf sural droit (dos. int. 45/2; 61/1; 75/1; 102/1; 111/2; 158/1). Au printemps 2019, le chirurgien traitant a adressé son patient à un chirurgien du pied, qui a conseillé d'enlever le matériel d'ostéosynthèse (dos. int. 138/2 s.). Le suivi auprès du premier chirurgien a été ensuite suspendu au profit de traitements auprès de spécialistes de la douleur (dos. int. 158/1; 188/1 s.). Sur la base de nouvelles radiographies, ce chirurgien a constaté vers mi-janvier 2020 une consolidation de la fracture et de l'arthrodèse sub-talaire avec des métabolismes osseux, lesquels n'expliquaient toutefois pas les douleurs, ni ne profiteraient d'un retrait de la plaque (dos. int. 193/1; 195/1 s.). Courant janvier 2022, il a émis des réserves quant au nombre de médecins impliqués dans le suivi, ce qui compliquait la situation pour le patient (dos. int. 368/2).

4.2.3 Le chirurgien de la main ayant opéré le recourant à son doigt a procédé le 29 août 2018 à l'enlèvement du matériel d'ostéosynthèse (dos. int. 68/1). Vers mi-septembre 2018, il a rapporté une évolution dans les délais ainsi qu'un bon résultat post-opératoire, clôturant de ce fait son suivi (dos. int. 70/1). A la suite de plaintes au niveau de l'articulation interphalangienne proximale (PIP), un autre chirurgien de la main a constaté à fin novembre 2018 des signes d'altérations arthrosiques révélés par des radiographies et observé une mauvaise posture radiale ainsi qu'un croisement des doigts ("mal union"). Vu l'utilisation de cannes anglaises, génératrice de risques élevés pour toute opération, il a conseillé d'attendre

la guérison des fractures au calcanéum avant d'envisager une opération corrective à cette main (dos. int. 81/2).

4.2.4 Après un suivi ponctuel dès mi-2018 auprès d'un anesthésiste spécialisé dans le traitement de la douleur (pour adapter semble-t-il la médication; dos. int. 29/3), l'assuré a consulté dès fin novembre 2018 un autre spécialiste de la douleur. Ce médecin a estimé qu'il n'était pas possible de se prononcer sur la présence d'un CRPS à défaut de connaître l'évolution clinique, mais a exclu tout signe manifeste d'une algodystrophie et retenu une hyperalgésie dans la zone d'innervation du nerf sural au sens d'une neuropathie. Des infiltrations de ce nerf et de l'artère fémorale droite ont permis d'atténuer significativement les douleurs pendant la phase d'action de l'anesthésique local, si bien que le recourant a été adressé à une consultation de la douleur pour évaluer la possibilité d'une neuroablation dans la zone du nerf sural (dos. int. 101/1; 103/2 s.).

4.2.5 En raison d'une composante neuropathique principale au niveau du nerf sural et de composantes mécaniques-nociceptives au talon, le spécialiste de la consultation de la douleur a procédé le 26 mars 2019 (avec une radiologue) à une cryoablation du nerf sural droit (dos. int. 119/1 s.; 128/1). Après une nette amélioration des douleurs pendant une semaine et la disparition de celles initiales dans la zone périphérique (bord latéral du pied), de nouvelles douleurs névralgiques sont apparues au niveau du nerf sural (partie distale de la jambe et zone proximale du pied). Un phénomène de Tinel a été identifié et un neurome suspecté (dos. int. 139/1). Courant mai 2019, le spécialiste de la douleur a adressé l'assuré à une clinique de chirurgie de la main en vue d'évaluer les mesures de neurochirurgie périphérique offertes (dos. int. 149/1 s.). Le mois suivant, il a soumis son patient à une évaluation psychiatrique (voir c. 4.2.6), puis a invité vers mi-décembre 2019 un neurocentre à se pencher sur la possibilité d'implanter un neurostimulateur (dos. int. 168/1; 185/1; 238/1). Début septembre 2020, ce spécialiste a rendu compte de l'évolution consécutive à cette opération réalisée en août 2020, qui avait permis d'atténuer très nettement (à plus de 70%) les douleurs neuropathiques ainsi que d'améliorer significativement l'allodynie et le sommeil. Il a précisé que les douleurs au talon à caractère mécanique et nociceptif étaient prépondérantes, s'expliquant possiblement

par le matériel d'ostéosynthèse dont l'enlèvement avait été discuté (dos. int. 265/1).

4.2.6 Lors de son évaluation du 15 juillet 2019, la psychiatre consultée a nié toute atteinte sur ce plan chez un patient lui ayant fait l'impression d'une personne équilibrée, adéquate et stable (dos. int. 169/1 s.).

4.2.7 Les spécialistes de la main consultés à fin août 2019 (c. 4.2.5) ont diagnostiqué un neurome cicatriciel au niveau du nerf sural droit et procédé à trois infiltrations de ce nerf (dos. int. 175/1 s.; 182/1 s.; 188/1 s.). A défaut d'une évolution significative après ces infiltrations, un suivi a été instauré auprès d'un neurocentre à partir de février 2020 (voir à ce sujet c. 4.2.9 ci-après). Vu l'amélioration y consécutive mitigée des douleurs, une nouvelle infiltration du nerf sural a été effectuée en juillet 2021, sans effets durables sur celles-ci (dos. int. 323/2 s.; 331/1 s.; 346/2 s.). Le 24 septembre 2021, une résection de ce nerf a été pratiquée et combinée à un retrait du matériel d'ostéosynthèse au calcanéum droit (dos. int. 349/1 s.; 352/1). Un nouveau réglage du neurostimulateur ainsi qu'une adaptation de la médication antalgique ont permis d'atténuer les fortes douleurs rapportées après l'intervention (dos. int. 351/1 s.; 359/1 s.). Sur la base de nouvelles radiographies, les spécialistes de la main ont conclu, fin avril 2022, à la subsistance d'une problématique résiduelle uniquement mécanique à la plante du pied droit. Une nouvelle fissure du calcanéum supputée par ces médecins a pu être écartée lors d'un examen radiologique du 26 avril 2022 (dos. int. 402/2 s.; 407/1). A fin octobre 2022, ceux-ci ont constaté une nette amélioration des douleurs neuropathiques grâce au neurostimulateur, mais ont constaté la quasi-suppression de l'appui sur la plante du pied droit, provoquée par la douleur (dos. int. 460/1 s.).

4.2.8 Une clinique de chirurgie du pied, consultée à fin février 2020, a posé l'indication à l'enlèvement du matériel d'ostéosynthèse (dos. int. 208/1 s.). Après cette intervention pratiquée le 24 septembre 2021 (voir c. 4.2.7), les spécialistes du pied ont diagnostiqué, vers mi-novembre 2022, une fasciite plantaire droite expliquée par un arrière-pied plutôt positionné en varus, ce qui provoquait en outre une surcharge au niveau du bord latéral et du 5^{ème} rayon. Ces médecins ont encore rapporté de fortes douleurs au talon tirant vers l'arrière jusque vers le tendon d'Achille, mais ont souligné

qu'aucune douleur nerveuse n'était plus rapportée au bord latéral du pied. Au final, ils ont recommandé des séances de physiothérapie et le port de chaussures orthopédiques (dos. int. 463/2 s.).

4.2.9 Le neurocentre consulté dès février 2020 (voir c. 4.2.5) a diagnostiqué un syndrome douloureux neuropathique chronique du pied droit dans le cadre d'un CRPS. Ce dernier diagnostic était motivé par la présence de mécanismes traumatiques déclencheurs et les opérations subies, par les troubles trophiques et la pâleur de la peau dans la zone opérée, ainsi que par une allodynie prononcée et une hyperalgésie. Le neurocentre a proposé un traitement neuromodulateur sous forme d'une stimulation de la moelle épinière pratiquée le 19 août 2020. Le recourant y ayant bien réagi, il a été ensuite procédé le 26 août 2020 à l'implantation d'un neurostimulateur (dos. int. 211/1; 218/1 s.; 227/1 s.; 268 ss). A fin octobre 2020, le neurocentre a rapporté une évolution post-opératoire régulière et un recul marqué des douleurs neuropathiques au pied droit. Les paramètres de stimulation ont néanmoins été adaptés du fait de douleurs mécaniques accrues invoquées au talon droit (dos. int. 300/1 s.).

4.3

Des médecins d'arrondissement et une clinique de réadaptation de l'intimée se sont également prononcés sur les suites de l'événement du 5 avril 2018.

4.3.1 Un premier médecin chirurgien a attesté, à fin novembre 2018, d'une problématique de réinsertion professionnelle vu les lésions subies et la profession d'origine exercée dans la construction (dos. int. 80/1). Courant février 2019, il a fait état d'atteintes médicales distinctes, à savoir d'une irritation du nerf sural et d'une fracture non consolidée du calcaneum droit. Il a jugé l'irritation susceptible d'une extinction de ce nerf, mais la situation plus compliquée pour la fracture vu l'arthrodèse instable à réviser cas échéant (dos. int. 108/1). Début mai 2019, ce médecin a relevé que l'arthrodèse était consolidée à la main gauche et qu'un enlèvement du matériel d'ostéosynthèse restait ouvert (dos. int. 144/1). Jusqu'à la fin de son suivi en septembre 2019, il a jugé prématuré de clore le dossier (dos.

int. 160/2; 176/1). Début juin 2020, une neurochirurgienne a recommandé l'implantation d'un neuromodulateur (dos. int. 243/1 ss).

4.3.2 Vers mi-janvier 2021, un chirurgien orthopédique a estimé que l'état final avait été atteint après consolidation de la fracture du calcaneum et qu'une activité était exigible à plein temps – l'atteinte liée à la neuropathie surale et un possible CRPS étant toutefois réservés (dos. int. 288/2; 289/2 s.). A défaut de données cliniques neurologiques, une évaluation neurologique sur dossier confiée le 16 mars 2021 à deux neurologues n'a pas permis d'apprécier les mesures médicales encore offertes, la capacité de rendement et une éventuelle IPAI (dos. int. 297/1 ss). Courant avril et mai 2021, le chirurgien orthopédique a estimé utile de clarifier la présence d'un CRPS et de soumettre cet élément à ses confrères neurologues (dos. int. 304/1; 308/2). Le 2 juin 2021, il a procédé à un examen personnel de l'assuré, à l'issue duquel un CRPS a été exclu et une neuropathie isolée des terminaisons du nerf sural retenue. La question de l'enlèvement du matériel d'ostéosynthèse au pied droit combiné à une révision du nerf sural a été ensuite soumise aux spécialistes de la main et la réalisation de ces traitements régulièrement suivie (dos. int. 310/1; 318/1; 320/1 ss; 332/1; 360/1). En raison d'une douleur mécanique de surcharge persistant au pied gauche, le chirurgien orthopédique a conclu début février 2022 à l'exigibilité d'activités légères et principalement assises – réservant toutefois l'appréciation des spécialistes du pied (dos. int. 367/3).

4.3.3 Dans son rapport de sortie du 11 mars 2022, la clinique de réadaptation a diagnostiqué une fracture à fragmentation du calcaneum droit combinée à une fracture de la pointe du péroné droit, un CRPS principalement neurogène dans la zone traitée du nerf sural au niveau du bord latéral du pied droit, un syndrome douloureux neuropathique et mécanique persistant au pied droit dans la zone traitée du nerf sural, ainsi qu'une fracture intra-articulaire en forme de "y" à la base de la phalange moyenne du 5^{ème} doigt gauche (dos. int. 396/2 ss). La capacité de travail a été appréciée lors d'une évaluation des capacités fonctionnelles (ECF), réalisée les 1^{er} et 2 mars 2022. Il en est ressorti qu'une activité légère était exigible à plein temps, à condition de permettre, à raison du pied droit, d'alterner les postures ainsi que d'exclure les positions forcées fréquentes

(genoux/accroupissement), la montée d'échelles et la marche sur des terrains inégaux (dos. int. 404/1 ss).

4.3.4 Après avoir soumis vers mi-mai 2022 le cas à une consultation interne de la douleur avant de clore celui-ci, le chirurgien orthopédique a livré le 24 juin 2022 son appréciation médicale, y compris celle relative à l'IPAI (dos. int. 408/2; 410/1 s.; 411/1 ss). Dans son appréciation finale relative à la clôture du cas, il s'est entièrement rallié au profil d'exigibilité défini par la clinique de réadaptation (dos. int. 411/4).

5.

Se pose la question de la valeur probante des conclusions rendues par la clinique de réadaptation et de l'appréciation finale du médecin d'arrondissement de l'intimée, sur lesquelles repose la décision sur opposition attaquée.

5.1 La valeur probante d'un rapport médical dépend du fait que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Ainsi, ni la provenance du moyen de preuve, ni l'appellation du mandat confié au médecin (rapport ou expertise) ne sont déterminantes pour la force probante d'un tel document (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 134 V 231 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a).

5.2

5.2.1 Quant à la forme, on constate d'emblée que le rapport de sortie établi le 11 mars 2022 par la clinique de réadaptation répond aux réquisits posés par la jurisprudence du Tribunal fédéral (TF), relative à la valeur probante des documents médicaux. Les qualifications des médecins réadaptateurs ne sauraient être critiquées, à l'instar de leur mandat clairement délimité qui visait, d'une part, à trouver des mécanismes pour

surmonter et/ou compenser les fonctions corporelles entravées ainsi qu'à prévenir d'autres atteintes et, d'autre part, à déterminer la capacité de travail résiduelle exigible. A cette fin, les médecins ont arrêté les diagnostics au préalable actualisés à l'aide d'une nouvelle IRM (imagerie par résonance magnétique) au pied droit, ainsi que défini les objectifs thérapeutiques et les mesures de réadaptation offertes. A leur rapport de sortie est annexée une synthèse détaillée des rapports médicaux au dossier, des anamnèses systémique, sociale et professionnelle complétées par un descriptif des plaintes et de l'actuelle médication, ainsi que des status comparatifs détaillés à l'entrée et à la sortie de clinique (dos. int. 396/6 ss). La question des aptitudes de travail résiduelles fait quant à elle l'objet d'une évaluation des capacités fonctionnelles, objet d'un rapport séparé établi le 27 avril 2022. Ce document comprend un volet médical (diagnostics, plaintes actuelles, anamnèse, thérapies, status), des recommandations (exigibilités et perspectives de réinsertion, mesures thérapeutiques), ainsi qu'un volet traitant de la résistance au stress lié au travail (gestion de la douleur, niveaux de performance et consistance, capacité de rendement, symptômes et autoévaluation des performances corporelles; dos. int. 404/1 ss). Les éléments qui constituent l'appréciation médico-théorique de la capacité de travail apparaissent ainsi étayés et ne laissent pas non plus soupçonner de lacunes lors de leur genèse.

5.2.2 De son côté, l'appréciation finale rendue le 24 juin 2022 par le médecin d'arrondissement (dont les qualifications en chirurgie orthopédique ne sauraient être critiquées), dotée d'une anamnèse ciblée ainsi que d'une évaluation diagnostique et médicale du cas, apporte des réponses univoques aux questions soulevées par l'intimée (intéressant la capacité de travail, les mesures médicales propres à améliorer l'état de santé, les traitements proposés et l'IPAI; dos. int. 408/1; 411/1 ss). La lecture des conclusions de ce médecin relatives à la capacité de travail doit se faire à la lumière de celles rendues par ses confrères réadaptateurs, dont il reprend le profil d'exigibilité établi (dos. int. 404/8 s.; 411/4). Le même médecin ne s'est toutefois pas limité à reprendre ces conclusions tierces à son compte. Son appréciation offre en effet un recul supplémentaire par le fait qu'il a suivi le dossier de l'assuré dès janvier 2021, qu'il a examiné personnellement celui-ci le 2 juin 2021 et qu'il a à

plusieurs reprises requis des compléments d'instruction médicale (voir c. 4.3.2). Les conclusions de ce médecin d'arrondissement, étayées par la clinique stricte du cas, apparaissent ainsi dénuées de toute approximation et mettent au jour un contexte médical en accord avec les substrats objectivés. Il s'ensuit que cette appréciation, qui complète harmonieusement l'évaluation rendue par la clinique de réadaptation et forme avec celle-ci un tout exhaustif, répond, elle aussi, aux réquisits jurisprudentiels en matière de preuves médicales.

5.3 Sous l'angle de leur contenu, il découle des sources précitées que l'étendue des restrictions physiques montrées à l'examen clinique ne s'expliquent qu'en partie par les données pathologiques objectivables, le résultat des imageries, ainsi que les diagnostics retenus. S'agissant des douleurs liées à l'effort décrites comme lancinantes au talon droit lorsque l'assuré essayait pendant l'examen de poser le pied, les médecins réadaptateurs exposent de manière convaincante que celles-ci ne sont étayées par aucun substrat somatique étant donné la consolidation complète de l'os avec retrait du matériel d'ostéosynthèse, telle qu'encore révélée à la dernière IRM du 23 février 2022 (dos. int. 396/4). Quant à la problématique neuropathique perdurant au niveau du nerf sural malgré l'implantation d'un neurostimulateur et l'ablation de ce nerf, les mêmes spécialistes l'expliquent en partie par une neuropathie isolée des terminaisons neurales – à l'instar de ce qu'avait déjà retenu le médecin d'arrondissement à l'issue de son examen médical du 2 juin 2021 (dos. int. 320/6). Or, ce constat s'inscrit dans la continuité des observations rendues dans le cadre du suivi de l'assuré par ses propres médecins traitants. Dans leur ultime appréciation du 26 octobre 2022, les spécialistes de la main ont en effet jugé les douleurs neuropathiques persistantes bien maîtrisées suite à la résection du nerf sural et à l'implantation d'un neurostimulateur (dos. 460/1; voir aussi c. 4.2.7). Leurs confrères spécialistes du pied ont même rapporté le 17 novembre 2022 que les douleurs neurales au bord latéral du pied ne dérangent désormais plus du tout leur patient, qui gère très bien celles-ci (dos. int. 463/3; voir aussi c. 4.2.8). Cette évolution clinique se trouve au demeurant en accord avec ce qui avait été anticipé très tôt par les spécialistes de la main, à savoir qu'il ne pouvait être attendu des mesures médicales précitées (neurostimulateur, neurolyse/retrait du

matériel d'ostéosynthèse) une absence totale de douleurs, mais uniquement une régulation de celles-ci (moyennant la poursuite en outre des mesures conservatoires; dos. int. 182/2; 200/2; 249/2; 285/1). En réalité, les médecins réhabilitateurs ont indiqué de manière convaincante que les douleurs chroniques dont continue à se plaindre le recourant doivent être appréhendées dans un contexte plus général caractérisé, d'une part, par les autolimitations révélées aux tests d'effort réalisés pendant l'évaluation des capacités fonctionnelles et, d'autre part, par l'extension très nette des douleurs mise au jour sous l'angle comportemental (dos. int. 404/7 s.; 411/2). Or, en faisant abstraction de ces facteurs étrangers à l'invalidité (voir ATF 127 V 294 c. 5a) en tant que telle, les exigences définies apparaissent cohérentes, vu les restrictions résiduelles somme toute minimales objectivées au pied droit et l'absence de tout trouble psychique autonome cas échéant propre à expliquer les exagérations constatées (voir aussi c. 5.5 ci-après). Sous ce dernier angle, on précisera encore que les autolimitations observées ne sauraient non plus être imputées à un dysfonctionnement des électrodes sous-cutanées implantées, au contraire de ce qui ressort du recours (art. 1 p. 3; art. 2 p. 5). L'évaluation des capacités fonctionnelles a en effet eu lieu début mars 2022, à une époque où un défaut d'efficacité n'était pas encore évoqué au dossier puisqu'une telle défectuosité n'est rapportée qu'à partir de décembre 2022 (dos. rec. 3). Qui plus est, les documents des 11 mars et 27 avril 2022 émanant de la clinique de réadaptation ne mentionnent pas la moindre plainte de l'assuré quant à des douleurs augmentées lors de son séjour ou à un mauvais fonctionnement du neurostimulateur. Cet argument tombe donc à faux, à l'instar des critiques très générales formulées par le recourant contre les observations émises lors de son évaluation fonctionnelle, en lien notamment avec l'extension très importante de ses symptômes (voir recours art. 2 p. 4).

5.4 Contrairement à ce que fait ensuite valoir l'assuré (recours art. 1 p. 3 s.), son état de santé devait bien être considéré comme stabilisé au 30 septembre 2022. A cette date-là en effet, les mesures visant à améliorer ses douleurs mécaniques et neuropathiques restantes étaient épuisées, puisqu'avaient été successivement pratiquées des infiltrations du nerf sural dès novembre 2018 (jusqu'en juillet 2021), une cryoablation de ce nerf le

26 mars 2019, l'implantation d'un neurostimulateur en date du 26 août 2020, puis l'ablation du nerf sural le 24 septembre 2021 combinée à un retrait du matériel d'ostéosynthèse. C'est avec force cohérence dès lors que la clinique de réadaptation a estimé, au printemps 2022, que l'état de santé n'était plus susceptible d'une amélioration significative (dos. int. 404/8). Les spécialistes de la main avaient du reste conjecturé, dès juillet 2020, une telle issue une fois que seraient épuisées les thérapies préconisées (neurostimulateur et neurolyse) et ont confirmé ce fait à fin octobre 2022 (dos. int. 257/1; 285/1; 460/2). Dans l'intervalle, un spécialiste de la douleur et le neurocentre étaient parvenus à la même conclusion à fin 2019/début 2020 pour l'option du neurostimulateur jadis envisagée (dos. int. 185/1; 211/1). De surcroît, le généraliste traitant a concédé en février 2022, soit avant l'évaluation fonctionnelle du 27 avril 2022, que les douleurs désormais chronicisées n'étaient plus sujettes à amélioration (dos. int. 385/1 ch. 2b). Préalablement à cette évaluation fonctionnelle, le médecin d'arrondissement avait veillé de son côté à s'enquérir auprès des spécialistes traitants des bénéfices des mesures thérapeutiques introduites, en particulier ceux obtenus grâce au neurostimulateur et à la neurolyse. Après avoir recommandé début février 2022 de recueillir l'avis des spécialistes du pied avant de clore le cas, il a encore donné son aval à une cure de réadaptation (dos. int. 371/1 ss; c. 4.3.2). Postérieurement à celle-ci, les spécialistes de la main ont évoqué une nouvelle fissure du calcanéum qu'ils ont exclue radiologiquement le 26 avril 2022 (voir c. 4.2.7). C'est en toute connaissance du dossier que le médecin d'arrondissement a dès lors préconisé, le 24 juin 2022, de clore le cas. L'absence d'un CRPS et d'une limitation à la main gauche qui découle de son appréciation finale s'avère convaincante, à l'instar des seules et minimes douleurs neuropathiques reconnues au pied droit (voir c. 5.3). S'agissant du CRPS, il a été diagnostiqué dès fin mai 2018 par le chirurgien traitant en dépit du fait que les critères diagnostiques prédéfinis n'étaient pas tous réunis (dos. int. 29/3). Le spécialiste de la douleur n'a en outre pas confirmé ce diagnostic à l'issue de sa première consultation de février 2019, motif précisément pris que les critères ad hoc (dits de Budapest) n'étaient pas remplis (dos. int. 119/1). Par la suite, ce diagnostic a été posé par les spécialistes de la main et du pied, ainsi que par leurs confrères du neurocentre qui l'ont dûment motivé (voir c. 4.2.7 ss). Après la

fin de ce suivi neurochirurgical, ces spécialistes ne l'ont toutefois plus du tout mentionné dans leurs appréciations rendues courant octobre 2021 et novembre 2022 (dos. int. 323/2, 351/1, 463/2). Enfin, le diagnostic d'un CRPS principalement neurogène dans la zone traitée du nerf sural au niveau du bord latéral du pied droit, posé par les médecins réadaptateurs, doit être relativisé vu la neuropathie isolée des terminaisons neurales mise en évidence à l'issue de leur évaluation et les dernières observations à mi-novembre 2022 des spécialistes du pied excluant toute limitation subjective sur ce plan (c. 4.3.3 et 5.3). Concernant la main gauche, le chirurgien a clos son suivi à mi-septembre 2018 après des résultats opératoires satisfaisants obtenus en avril et août 2018 (c. 4.2.1 et 4.2.3). Des douleurs à l'articulation PIP gauche ont certes été rapportées en novembre 2018 par un autre chirurgien, lequel a toutefois observé une bonne mobilité au niveau de celle-ci. Quant à l'opération (prothèse ou raidissement) proposée en vue de corriger la mauvaise posture des doigts, elle était conditionnée au fait que le recourant n'ait plus besoin de béquilles d'ici-là (dos. int. 81/2; c. 4.2.3). La clinique de réadaptation a également examiné la main gauche du recourant, notamment son 5^{ème} doigt, et n'a observé qu'une diminution de la faculté de fermer complètement le poing. Elle a tenu compte des options chirurgicales offertes, lesquelles ne pouvaient être en l'état envisagées vu l'utilisation toujours actuelle de béquilles par l'assuré (dos. int. 404/3). Faute de douleurs de surcharge chez ce dernier s'étant surtout plaint du mauvais positionnement de ses doigts (dos. int. 404/3), aucune limitation n'a été à raison retenue dans le profil d'exigibilité retenu.

5.5 N'en contredise l'assuré (recours art. 2 p. 5 s.), il ne saurait enfin être fait grief à l'intimée de ne pas avoir ordonné d'examen médical détaillé sur le plan psychiatrique, respectivement de ne pas avoir recueilli d'appréciation auprès d'un spécialiste de cette discipline. D'une part, le dossier ne recèle en effet aucun indice quant à l'existence d'une atteinte psychique ou d'une incidence psychogène des douleurs résiduelles données sur la santé psychique du recourant. Tout au contraire, le spécialiste de la douleur ayant suivi celui-ci sur près de 18 mois courant 2019 et 2020 a très tôt exclu une comorbidité psychiatrique spécifique (dos. int. 168/1; c. 4.2.5). D'autre part, à l'instigation des spécialistes de la main en vue de leur décision finale relative à l'implantation d'un

neurostimulateur, le même spécialiste de la douleur a adressé le 18 juin 2019 son patient à une consœur en vue d'une évaluation psychiatrique (dos. int. 168/1). Or, à l'issue de celle-ci réalisée le 15 juillet 2019, il n'a pas été observé d'atteinte psychiatrique propre à expliquer l'état psychique difficile et contraignant décrit par l'assuré au cours des derniers mois, imputable aux douleurs et à l'impossibilité de mener une vie active normale. Pour étayer son appréciation, la doctoresse consultée a fait état de bonnes ressources adaptatives chez le recourant, en particulier de son aptitude à rester orienté vers l'avenir en dépit des difficultés rencontrées et à demeurer confiant quant aux thérapies introduites. Cette psychiatre n'a pas jugé un suivi psychiatrique/psychothérapeutique nécessaire en l'état, mais s'est dite disposée à recevoir en tout temps le recourant en cas d'apparition de symptômes tels que des troubles du sommeil ou un épuisement dépressif (dos. int. 169/1 s.; c. 4.2.6). L'assuré n'allègue toutefois pas s'être rendu par la suite chez cette doctoresse, ni auprès de tout autre psychiatre ou psychothérapeute. Le dossier ne contient pas non plus d'indices qui laissent entrevoir que des investigations complémentaires auraient été nécessaires postérieurement à cette évaluation psychiatrique. La clinique de réadaptation ne l'a pas non plus suggéré dans ses appréciations de mars/avril 2022. En l'absence de toute atteinte avérée à la santé psychique, il est dès lors superflu d'examiner la question d'un éventuel lien de causalité entre une telle atteinte invoquée par le recourant et l'accident incriminé du 5 avril 2018.

5.6 Partant, il y a lieu d'admettre au degré de la vraisemblance prépondérante (voir c. 2.5) le caractère probant de l'appréciation rendue par la clinique de réadaptation et de celle finale émanant du médecin d'arrondissement de l'intimée. Il n'existe pas non plus d'indices objectifs au dossier qui permettent de douter de la pérennité de ces appréciations à la date de la décision contestée. Une instruction complémentaire n'a dès lors pas lieu d'être ordonnée par le Tribunal, contrairement à ce qui est requis à titre subsidiaire dans le recours. Sur la base de ces sources médicales, l'intimée était donc fondée à retenir qu'à tout le moins dès octobre 2022, le recourant dispose d'une capacité de travail et de rendement entière dans une activité légère et profilée pour les restrictions encourues au pied droit, à savoir alternant les postures et excluant les postures forcées fréquentes

(genoux/accroupissement), la montée d'échelles et la marche sur des terrains inégaux.

6.

Il convient de se prononcer encore sur le taux d'invalidité du recourant.

6.1 Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment (hypothétique) de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à une même période et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'à la date de la décision être pris en compte (ATF 143 V 295 c. 4.1.3, 129 V 222).

6.2 L'année de référence à prendre en compte en l'espèce pour la comparaison des revenus est l'année 2022, étant donné que le début du droit à la rente a été fixé au 1^{er} octobre 2022 par l'intimée (date de la clôture du cas; voir aussi art. 19 al. 1 LAA et c. 5.6).

6.3

6.3.1 En assurance-accidents, le revenu sans invalidité correspond au revenu hypothétique que la personne assurée réaliserait vraisemblablement sans l'atteinte à la santé consécutive à l'accident. Ce revenu peut équivaloir à ce que gagnerait la personne concernée si elle était en bonne santé, mais pour autant seulement que d'autres limitations, non imputables à l'accident et diminuant le rendement, n'entrent pas en jeu (SVR 2018 UV n° 33 c. 2.1).

6.3.2 Au cas particulier, l'intimée a évalué à bon droit le revenu sans handicap sur la base du dernier emploi exercé dès avril 2015 dans le domaine de la construction. D'après les indications de l'entreprise concernée, le salaire de base avec ses divers suppléments (indemnités de

transport, pour travail de nuit et le samedi, heures anticipées et heures supplémentaires) se serait élevé à un montant total de Fr. 76'578.- en 2022, sans atteinte à la santé (dos. int. 392/1 ss; 443 ss; 451/2). Il ne se justifie pas de s'éloigner de ce montant, au demeurant incontesté.

6.4

6.4.1 Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne intéressée. Lorsque, depuis la survenance de l'atteinte à la santé, la personne assurée n'a plus exercé d'activité lucrative, ou du moins plus d'activité exigible adaptée à son état, l'évaluation du revenu d'invalidé peut se fonder, selon la jurisprudence, sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) publiée par l'Office fédéral de la statistique (OFS; ATF 148 V 174 c. 6.2, 143 V 295 c. 2.2).

6.4.2 Dès lors que l'assuré n'est plus en mesure d'exercer son activité usuelle, c'est à juste titre que l'intimée a déterminé le revenu d'invalidé sur la base de l'ESS en se fondant sur la valeur centrale des salaires versés aux hommes pour des activités non qualifiées (physiques ou manuelles simples correspondant au niveau 1 de l'ESS). Sur ces bases, le salaire avec handicap s'élève donc à Fr. 65'815.10 en 2020 si l'on tient compte de la capacité de travail de 100% offerte ainsi que de l'horaire de travail de 41,7 heures hebdomadaires actuel pour cette année-là (ESS 2020, TA1, hommes, niveau 1, valeur totale, Fr. 5'261.- x 12 x 41.7/40 = Fr. 65'815.10; voir pour cette dernière adaptation la table "Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique", publiée par l'OFS). Indexé dans un premier temps à l'année 2021, ce salaire est porté à Fr. 65'354.40, en tenant compte d'une variation de - 0,7% de 2020 à 2021 (voir OFS, Evolution des salaires, Tabelle T1.1.10 "Indice des salaires nominaux", hommes, 2011-2021, B-S, 05-96, Total). Dans un second temps, l'intimée a tenu compte d'une indexation à 2022, sur la base de l'estimation trimestrielle, soit une variation de + 2%. Elle a donc fixé le revenu annuel d'invalidé à Fr. 66'661.50. Ce résultat peut être confirmé (voir dos. int. 451/3; voir aussi JTA LAA/2023/40 du 28 avril 2023 c. 6.3.5, confirmé par arrêt du TF 8C_375/2023 du 12 décembre 2023).

6.4.3 Reste à examiner l'abattement de 5% reconnu par l'intimée sur le revenu d'invalidé, afin de tenir compte des limitations fonctionnelles du recourant. A ce propos, on relèvera que le niveau de compétence 1 de la table TA1 de l'ESS (retenu dans le calcul du revenu d'invalidé) s'applique aux assurés qui ne peuvent plus accomplir leur activité habituelle, devenue trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent une capacité de travail importante, s'agissant de travaux légers (arrêt TF 8C_766/2017 du 30 juillet 2018 c. 8.6, 9C_633/2017 du 29 décembre 2017 c. 4.3). Pour ces assurés, le salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides, dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées, ne nécessitant pas d'expérience professionnelle spécifique ou de formation particulière, si ce n'est une phase initiale d'adaptation et d'apprentissage (TF 8C_549/2019 du 26 novembre 2019 c. 7.7; SVR 2021 IV n° 8 c. 4.2). Le TF a par exemple exclu la prise en compte d'un abattement dans le cas d'un assuré qui pouvait exercer des activités excluant le port de charges supérieures à 10 - 15 kg de façon prolongée et/ou répétitive avec le membre supérieur gauche, le travail prolongé et/ou répétitif au-dessus du plan des épaules et les tâches avec le membre supérieur gauche maintenu en porte-à-faux (voir en ce sens aussi TF 8C_495/2019 du 11 décembre 2019 c. 4.2.2, impliquant des activités légères, n'exigeant pas une sollicitation particulière de la main droite dominante et sans contraintes en termes de force, de motricité fine et de sensibilité). En revanche, cette même autorité a admis un abattement de 5% pour le cas d'un assuré qui était en mesure d'exercer une activité à plein temps sans diminution de rendement, excluant toute activité en hauteur répétitive, maintenue ou encore en porte-à-faux avec le membre supérieur droit et le port de charges lourdes répétitives de plus de 10 - 15 kg (TF 8C_289/2021 du 3 février 2022 c. 4.4, voir aussi: TF 8C_608/2021 du 26 avril 2022 c. 4.3.1, activité excluant le port répété de charges supérieures à 5 - 10 kg et les activités nécessitant le maintien du membre supérieur droit au-dessus du niveau des épaules, en privilégiant les activités coudes au corps). Un abattement de 10 à 15% n'est généralement considéré comme approprié que dans l'hypothèse de la perte de fonctionnalité totale d'un bras (TF 9C_783/2015 du 7 avril 2016 c. 4.6 in fine et la référence). Un abattement de 10% a également été admis pour un assuré souffrant de douleurs

chroniques au niveau de la hanche, où tant les positions debout prolongées, les montées et descentes d'escalier, le port de charge, les déambulations fréquentes que la position assise devaient être évités. Dans ce cas précis, le TF a justifié l'abattement de 10% au vu des limitations fonctionnelles de l'assuré, qui l'éloignaient à la fois des activités en position debout et de celles sédentaires, ces restrictions présentant une difficulté supplémentaire même dans une activité légère (TF 9C_742/2019 du 15 juin 2020 c. 5.2.2; pour tout ce qui précède: voir JTA LAA/2023/40 du 28 avril 2023 c. 6.4.2, confirmé par arrêt du TF 8C_375/2023 du 12 décembre 2023). De manière générale, la jurisprudence accorde la prise en compte d'un abattement si un assuré est limité dans sa capacité à effectuer même des travaux physiquement légers et non qualifiés (ATF 126 V 75 c. 5a/bb).

6.4.4 En l'espèce, le recourant est en mesure d'exercer une activité à plein temps sans diminution de rendement si l'activité respecte les limitations fonctionnelles prédécrites (voir c. 5.6). Si celles-ci excluent les activités lourdes, celles n'alternant pas les positions, les postures forcées fréquentes, la montée d'échelles et la marche sur des terrains inégaux, on ne voit pas qu'elles restreignent de manière significative les activités légères, en tout cas pas dans une mesure qui justifierait un abattement supérieur à 5%. En effet, le niveau de compétence 1 recouvre tout un panel d'activités simples permettant au recourant de ménager son pied droit. Un abattement de 5% apparaît ainsi adapté à son cas et en adéquation avec les exemples jurisprudentiels susmentionnés (voir c. 6.4.3). Cette conclusion s'impose également en ce qui concerne l'absence de formation certifiée de l'assuré puisque, d'après le TF, un abattement n'entre pas en ligne de compte pour ce motif lorsque le niveau 1 de la table TA1 a servi de base au calcul du revenu d'invalidé (TF 8C_151/2020 du 15 juillet 2020 c. 6.3.4, 8C_314/2019 du 10 septembre 2019 c. 6.2). Un abattement plus important ne se justifie pas non plus en raison de l'âge, dès lors que le recourant était âgé de 54 ans au moment de la naissance du droit, ce qui ne saurait être considéré comme un âge suffisamment avancé pour le pénaliser au niveau de son revenu d'invalidé (ATF 148 V 419 c. 8.5). On ne saurait non plus retenir que les perspectives salariales seraient concrètement réduites sur le marché du travail équilibré à raison de cet âge combiné à son handicap (ATF 148 V 174 c. 6.3, 146 V 16 c. 4.1).

S'agissant enfin de la nationalité étrangère de l'assuré ainsi que de ses connaissances linguistiques lacunaires en allemand et en français, on rappellera que celui-ci a été en mesure de répondre pendant des années aux exigences du marché du travail, qu'il maîtrise de son propre aveu l'une des langues officielles de sa ville/région (le français) même s'il indique parler mal celle-ci (recours art. 3 p. 7) et que les activités simples répertoriées au niveau 1 de l'ESS ne requièrent pas de connaissances linguistiques spécifiques. Le Tribunal n'a pas de raison dès lors d'intervenir dans le pouvoir d'appréciation de l'intimée, dont l'estimation d'un abattement chiffré à 5% doit être confirmée. Avec un tel abattement, le revenu annuel d'invalidé s'élève à Fr. 63'328.40 en 2022.

6.5 Il résulte dès lors de ce qui précède que le taux d'invalidité s'élève à 17% (17,30% arrondis) après comparaison (valeurs 2022) des revenus annuels précités de valide de Fr. 76'578.- et d'invalidé de Fr. 63'328.40. C'est dès lors à raison que l'intimée, à l'appui de sa décision sur opposition contestée, a accordé au recourant une rente de 17% à compter du 1^{er} octobre 2022.

7.

7.1 En conclusion et au vu de tout ce qui précède, le recours s'avère mal fondé et doit ainsi être rejeté.

7.2 En application de l'art. 1 al. 1 LAA, en relation avec l'art. 61 let. f^{bis} LPG (raisonnement a contrario; voir aussi FF 2018 p. 1628), la procédure n'est pas soumise à des frais. S'agissant des dépens, il n'en est pas alloué au recourant qui n'obtient pas gain de cause, ni à l'intimée (art. 61 let. g LPG; ATF 128 V 124 c. 5b, 127 V 205 c. 3a, 126 V 143 c. 4a; RAMA 1990 p. 195).

Par ces motifs:

1. Le recours est rejeté.
2. Il n'est pas perçu de frais de procédure, ni alloué de dépens.
3. Le présent jugement est notifié (R):
 - au recourant, par son mandataire,
 - à l'intimée, par son mandataire,
 - à l'Office fédéral de la santé publique.

Le président:

La greffière:

Voie de recours

Dans les 30 jours dès la notification de ses considérants, le présent jugement peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public auprès du Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, au sens des art. 39 ss, 82 ss et 90 ss de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110).