

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 27 août 2012

---

Présidence de M. MÉTRAL  
Juges : Mme Pasche et Mme Brélaz Braillard  
Greffière : Mme Berberat

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**N.**\_\_\_\_\_, à Lausanne, recourant, représenté par Me Corinne Monnard Séchaud, avocate à Lausanne,

et

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

---

**Art. 10 al. 1, 18 al. 1 et 24 al. 1 LAA**

**E n f a i t :**

**A.** N.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1948, travaillait comme aide de boucherie pour l'entreprise B.\_\_\_\_\_ SA, à [...]. A ce titre, il était assuré par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 14 décembre 2005, alors qu'il marchait pour se rendre à la pause avec des collègues de travail, il a trébuché lors d'une bousculade et s'est tordu une cheville. Une ambulance l'a transporté à l'hôpital J.\_\_\_\_\_, où le diagnostic de fracture tri-malléolaire de la cheville gauche a été posé. Le traitement a consisté en une mise au repos initiale en raison d'une importante tension cutanée, puis, le 20 décembre 2005, en une opération pour une réduction ouverte et ostéosynthèse. Une attelle jambière postérieure a ensuite été mise en place et l'assuré a pu quitter l'hôpital le 23 décembre 2005. Le Dr T.\_\_\_\_\_, qui a pratiqué l'opération du 20 décembre 2005, a attesté une incapacité de travail totale dès le 14 décembre 2005 et pour une durée de 8 semaines au moins (rapport du 14 février 2006). La CNA a pris en charge le traitement et alloué des indemnités journalières.

Après sa sortie d'hôpital, N.\_\_\_\_\_ a suivi une physiothérapie. Le 6 avril 2006, le Dr H.\_\_\_\_\_, chef de clinique au service de traumatologie de l'hôpital J.\_\_\_\_\_, a repris le suivi post-opératoire et a revu l'assuré à sa consultation. N.\_\_\_\_\_ lui a fait part de douleurs persistantes antéro-latérales, de type mécanique, au niveau de la cheville gauche, ainsi que de dysesthésies au niveau du bord externe du pied et des trois derniers orteils.

Le 10 avril 2006, l'assuré a repris son activité professionnelle à 50 %.

Le 23 juin 2006, il s'est soumis à un scanner de la cheville gauche, qui a permis d'exclure une lésion osseuse au niveau du dôme

astragalien. Le 29 juin 2006, le Dr H. \_\_\_\_\_ a revu l'assuré et a suggéré un examen pluridisciplinaire à la Clinique K. \_\_\_\_\_ (rapport du 11 juillet 2006). N. \_\_\_\_\_ y a séjourné du 22 août au 20 septembre 2006. Dans le rapport de sortie qu'ils ont établi le 28 septembre 2006, les Drs D. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, et U. \_\_\_\_\_, respectivement chef de clinique et médecin-assistant au Service de réadaptation générale, ont notamment indiqué ce qui suit :

"[...]

Objectivement, il n'y a pas d'hypo-amyotrophie notable des MI, la cheville gauche est calme. La flexion dorsale est de moitié par rapport au côté droit, alors que la flexion plantaire est symétrique. Il n'y a pas d'instabilité antéropostérieure et latérale. La sous-astragaliennne est libre.

La revue du dossier radiologique fait retenir des troubles dégénératifs débutants, avec une marche d'escaliers entre la malléole postérieure et le reste du pilon tibial et fragment de Volkmann qui, d'après notre consultant en chirurgie orthopédique, est légèrement déplacé et peut avoir quelques retentissements sur le jeu des tendons postérieurs. Pour mémoire, le déplacement initial du pilon tibial a été important et nous pouvons à juste titre craindre des lésions cartilagineuses et ligamentaires associées qui peuvent expliquer en elles-mêmes la symptomatologie douloureuse lors de la mise en charge et il est probable que l'évolution vers une arthrose secondaire se fasse dans les années à venir.

L'examen sur le podoscope par le chirurgien orthopédique met en évidence un pied creux de 2<sup>ème</sup> degré associé à une griffe des orteils occasionnant un appui préférentiel sur les têtes des métatarsiennes justifiant la confection [de] supports plantaires. Une paire de chaussures adaptées avec des tiges montantes et barres de déroulement a été fournie au patient. L'accélérométrie montre la persistance d'une légère asymétrie à la marche que le chaussage diminue, sans que l'effet soit spectaculaire.

[...]

Au terme du séjour, le patient signale la persistance des douleurs alléguées à l'admission, qui restent tributaires de l'intensité de l'effort physique. Le physiothérapeute n'a pas observé d'augmentation du volume de la cheville. [...]

Au patient ont été fournies des semelles compensatrices adaptables aux chaussures de tous les jours ainsi qu'une paire de chaussures de travail.

La prise en charge a été quelque peu modulée par des appréhensions et craintes quant à une évolution défavorable ultérieurement, voire des scénarios catastrophiques dans

lesquels le patient se voit amputé de sa cheville ou handicapé. Ces idées sont alimentées par le fait que, radiologiquement, il persiste certaines anomalies et par la persistance des douleurs. Nous nous sommes entretenus à plusieurs reprises avec le patient et nous avons essayé de le rassurer quant à l'évolution favorable à l'heure actuelle, et ceci malgré l'importance du traumatisme initial et des lésions osseuses. Nous avons aussi insisté sur le fait que [le] fonctionnement [de] cette cheville lui permettra de mener une vie normale, ainsi que de continuer d'exercer son métier habituel et que si l'évolution devait être défavorable par rapport aux douleurs dans les années à venir, la question de sa situation professionnelle se discutera à ce moment là.

[...]

Au vu des lésions osseuses initiales et de la vraisemblable atteinte de l'appareil ligamentaire et des parties molles, il est acceptable que les douleurs résiduelles soient en rapport avec des séquelles de ces dernières. Tout de même l'amélioration de l'équilibre ainsi que la stabilisation avec les chaussures orthopédiques devraient permettre un soulagement au moins partiel de la symptomatologie alléguée. L'AMO permettra probablement de diminuer le phénomène irritatif et de la sorte diminuer les douleurs superficielles.

Au vu des différents éléments pris en ligne de compte, nous considérons que de maintenir [une capacité de travail] de 50 % à la sortie est tout à fait justifié. Celle-ci pourrait être éventuellement augmentée après l'ablation du matériel. Nous laissons le soin à son chirurgien de se prononcer sur la question.

[...]".

Le 16 janvier 2007, N.\_\_\_\_\_ s'est soumis à une opération d'ablation du matériel d'ostéosynthèse. A la suite de cette intervention, le Dr H.\_\_\_\_\_ a attesté une incapacité de travail totale jusqu'au 18 mars 2007, puis a suggéré une reprise du travail à 50 %. L'assuré estimant ne pas être en mesure de reprendre son activité professionnelle en raison de la persistance des douleurs, le Dr H.\_\_\_\_\_ a proposé une convocation par le médecin d'arrondissement de la CNA et de discuter d'un éventuel reclassement professionnel (rapport du 20 mars 2007).

Le 29 mars 2007, le Dr P.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la CNA, a reçu l'assuré pour un examen clinique. Il a proposé un 2<sup>ème</sup> séjour à la Clinique K.\_\_\_\_\_ en considérant que "jusqu'à-là, l'incapacité de travail [était] certainement justifiée". L'assuré a séjourné du 2 mai au 6

juin 2007 à la Clinique K.\_\_\_\_\_. Le rapport de sortie établi le 15 juin 2007 par les Drs D.\_\_\_\_\_ et O.\_\_\_\_\_, médecin-assistant au Service de réadaptation générale, fait notamment état de ce qui suit :

"A l'entrée, le patient annonce des douleurs de la cheville gauche, parfois pulsatiles, augmentant la nuit, irradiant dans le pied et les orteils en épargnant le gros orteil sous forme de chaleur. Il décrit également la présence d'un oedème de la cheville le soir ainsi qu'une hyperthermie du pied gauche principalement la nuit ou à la suite d'une longue marche. Il n'a pas remarqué de discoloration et d'hypersudation. Il décrit le matin des douleurs importantes avec un dérouillage durant environ 20 minutes. Les douleurs sont cotées entre 5 au minimum et 8/10. Elles sont augmentées à la marche, principalement à la phase de prosupination et sont nettement plus importantes à la descente. Le patient déclare également mal supporter la position assise prolongée, genoux fléchis en raison de douleurs de la cheville. Il décrit également une sensation de lourdeur, de plus en plus importante avec le temps, du membre inférieur gauche et l'impression que le membre inférieur gauche est raccourci par rapport au droit. Le patient avance également des douleurs du genou droit à la marche, dans la région du creux poplité ainsi que des douleurs lombaires permanentes augmentant à la marche depuis mai 2006. Le patient se déclare gêné dans les activités de la vie quotidienne et annonce marcher à l'aide de 2 cannes parfois l'après-midi.

Du point de vue psychique, le patient mentionne une diminution de la thymie et des troubles du sommeil, une irritabilité.

Au status, douleurs annoncées à la palpation de la cheville assez globales ainsi que des douleurs non systématisables à la palpation de la jambe et du mollet. La mobilité de la cheville et de l'arrière-pied est pratiquement symétrique au côté controlatéral, sauf pour la flexion dorsale qui est diminuée de 15°. Pas de trouble de la statique. A la marche, le déroulement du pas est limité à gauche.

Sur les radiographies de la cheville, après ablation du matériel d'ostéosynthèse, on constate toujours la présence d'une marche d'escalier au niveau de la malléole postérieure et des troubles dégénératifs débutants.

L'IRM de la cheville gauche du 21.05.2007 montre un status après fracture trimalléolaire. Il n'y a pas d'anomalie des ligaments de la cheville.

Minime quantité de liquide libre intra-articulaire, prédominant au niveau de l'articulation tibio-astragalienne postérieure. A la malléole postérieure il y a une petite marche d'escaliers, une irrégularité de la surface articulaire du tiers postérieur du pilon tibial.

A ceci s'ajoute dans la partie postéro-interne du pilon tibial une petite zone en hyperintensité de signal de l'os sous-chondral et une hyperintensité de signal du cartilage sur les pondérations en T2, qui paraît par endroit complètement avulsé, compatible avec les lésions ostéochondrales et des phénomènes inflammatoires persistants

sous-jacents. Le cartilage de la partie postérieure de la poulie astragaliennne en regard de la malléole postérieure du tibia est complètement en hyperintensité de signal, remplacée par une petite cavité liquidienne qui mesure cranio-caudalement 1cm et transversalement 11mm de diamètre. Ceci est compatible avec une avulsion du cartilage, sans signe inflammatoire de l'os sous-chondral. Il n'y a pas d'anomalie significative de la congruence péronéo-astragaliennne, et des articulations sous-taliennes.

Du point de vue psychique, il n'y a rien pour des éléments dépressifs et anxieux graves, pas d'élément psychotique floride. Il n'y a pas de tableau dépressif. Actuellement le patient est toutefois sous traitement de Citalopram et de Tranxilium. Il déclare avoir bénéficié de cette médication qui a été instaurée récemment. Il n'y a donc pas lieu de l'interrompre, ce patient a développé une relation difficile avec certains praticiens, car il a l'impression qu'une erreur a été commise lors de la première intervention, et que cela lui est caché. Il a également l'impression de ne pas être cru. Il reconnaît également volontiers se faire des scénarios catastrophes, imaginant l'avenir avec des difficultés économiques et une non-reconnaissance de ses incapacités. Un suivi psychologique a été effectué durant le séjour.

Du point de vue neurologique, l'examen clinique est sp, l'ENMG montre des paramètres de conduction normaux et symétriques, sans argument pour une atteinte neurologique associée.

La physiothérapie a associé des traitements passifs (dépressomassages, mobilisations, étirements) et actifs (mobilisations, renforcements, proprioception, étirements). Des traitements passifs de Fangos ont également été administrés, en raison d'une lombalgie aiguë apparue durant la dernière semaine d'hospitalisation.

En fin de séjour, le patient déclare que dans les AVQ [activités de la vie quotidienne] il ne ressent plus de lâchage de son genou, qu'il a constaté une amélioration de l'équilibre et de la force des MI. Cependant, il n'y a pas eu d'amélioration des douleurs. Les douleurs lombaires aiguës qui se sont manifestées en fin de séjour s'améliorent petit à petit. La descente des escaliers pose encore des problèmes.

La qualité de la marche est bonne. Lorsqu'il porte ses chaussures adaptées avec les supports plantaires, il n'y a pas de boiterie. La marche sur les talons et les pointes de pieds est possible. L'accroupissement est possible avec une décharge du MIG. Objectivement, il n'y a pas d'amélioration de la mobilité de la cheville.

#### **En résumé :**

Suite à la fracture luxation de la cheville gauche ostéosynthésée, il persiste des douleurs sous-malléolaires externes, et postérieures, malgré l'AMO. Il y a cliniquement des signes de conflit postérieur de la cheville.

Radiologiquement, cette hypothèse est confirmée par l'IRM qui montre une lésion ostéochondrale de la partie postérieure du pilon

tibial, et une avulsion du cartilage dans la partie postérieure de la poulie astragalienne.

Au vu des diagnostics, des troubles dégénératifs débutants, et de l'absence d'amélioration par la physiothérapie intensive à la Clinique K.\_\_\_\_\_, il n'y a pas d'indication à poursuivre de traitement de physiothérapie. Il n'y a pas d'indication opératoire immédiate selon notre chirurgien orthopédiste constant. Une arthrodèse pourrait être envisagée, mais est encore prématurée".

D'un point de vue professionnel, les médecins de la Clinique K.\_\_\_\_\_ ont constaté une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle de l'assuré. Ils ont notamment précisé :

"Les données objectives cliniques et l'arthrose post-traumatique débutante ne permettront pas la reprise du travail en tant que boucher chez B.\_\_\_\_\_. Un reclassement professionnel est donc indiqué dans une activité évitant les ports de lourdes charges, supérieures à 15 kg, les stations debout prolongées, la marche dans les terrains irréguliers, la montée et la descente des escaliers et les positions à genoux ou accroupies. Dans la situation de M. N.\_\_\_\_\_ qui est proche de la retraite, la solution idéale serait un reclassement interne dans le cadre de l'entreprise V.\_\_\_\_\_, dans une activité respectant les limitations listées ci-dessus. Dans une activité allégée, la capacité de travail est à notre avis complète. Le travail idéal serait un travail assis ou alternant les positions assises et debout, sans position debout statique prolongée (>1h). Des contacts ont été pris en fin de séjour avec le service de réadaptation professionnelle de l'entreprise V.\_\_\_\_\_. La demande A1 a été posée durant le séjour".

Le 17 juillet 2007, le Dr P.\_\_\_\_\_ a procédé à un nouvel examen de l'assuré et a proposé de fixer à 20 % le taux d'atteinte à l'intégrité, en raison d'une limitation fonctionnelle des articulations tibio-tarsienne et sous-astragalienne ainsi que d'une arthrose débutante à ce niveau-là. Dans une activité de type industriel, avec sollicitation alternée, en grande partie assise, un horaire de travail normal avec un rendement de 100 % était exigible (rapports des 17 et 24 juillet 2007).

A la suite de ces déterminations, la CNA a calculé que la diminution de la capacité de gain (taux d'invalidité) de l'assuré en raison des séquelles de l'accident était de 26 % et qu'une rente correspondant à ce taux d'invalidité pourrait lui être allouée. Pour évaluer le revenu que l'assuré pourrait réaliser dans une activité adaptée, elle s'est notamment

fondée sur six descriptions de postes de travail figurant dans sa base de donnée. L'assuré et la CNA sont ensuite entrés en discussion avec l'employeur et l'institution de prévoyance professionnelle à laquelle celui-ci était affilié, pour trouver un accord, notamment dans la perspective d'une retraite anticipée de l'assuré. L'employeur a notamment précisé qu'il ne disposait pas d'un poste de travail adapté pour ce dernier. Le 24 septembre 2007, il a résilié les rapports de travail avec effet au 31 décembre 2007, étant précisé que la Caisse de pensions de l'entreprise V.\_\_\_\_\_ avait donné son accord pour que l'assuré puisse encore décider de prendre une retraite anticipée, jusqu'à cette dernière date. La résiliation des rapports de travail a par la suite été repoussée au 31 janvier 2008, de manière à laisser plus de temps à l'assuré pour prendre une décision (lettre du 17 décembre 2007 de B.\_\_\_\_\_ SA à la mandataire de l'assuré).

Le 21 novembre 2007, l'assuré s'est soumis à un examen radiologique (CT-scan) de la cheville gauche. Le Dr F.\_\_\_\_\_, médecin adjoint au département de l'appareil locomoteur (DAL) de l'hôpital J.\_\_\_\_\_, a ensuite pratiqué deux infiltrations, le 4 décembre 2007 (infiltration test de la cheville gauche et infiltration de la cicatrice latérale proximale en regard du péroné), qui ont donné de bons résultats. Il en a conclu qu'une indication devait être posée pour une arthrodèse de la cheville gauche. La CNA a donné son accord et a maintenu, dans l'intervalle, le paiement des indemnités journalières. L'employeur n'a en revanche pas prolongé les rapports de travail au-delà du 31 janvier 2008.

Le 11 mars 2008, le Dr F.\_\_\_\_\_ a pratiqué une arthrodèse de l'articulation tibio-tarsienne de la cheville gauche de l'assuré. A la suite de cette intervention, le Dr P.\_\_\_\_\_ a pris position sur une éventuelle reprise d'une activité professionnelle, en précisant qu'une telle reprise ne pourrait être envisagée qu'une fois l'arthrodèse consolidée, un nouvel examen de sa part n'étant pas utile dans l'intervalle (déterminations des 21 mai et 7 juillet 2008).

Le 1<sup>er</sup> octobre 2008, le Dr F.\_\_\_\_\_ a revu l'assuré et constaté que l'arthrodèse était consolidée. L'arrêt de travail à 100 % était maintenu et l'assuré serait revu en janvier 2009 pour consultation et "décision à ce moment-là de la capacité de travail" (rapport du 6 octobre 2008).

Le 18 novembre 2008, le Dr P.\_\_\_\_\_ a procédé à un nouvel examen de l'assuré, au terme duquel il a considéré qu'une reprise du travail à 100 % était exigible dans une activité adaptée. Les limitations étaient les mêmes que celles constatées dans son précédent rapport du 24 juillet 2007. Le médecin d'arrondissement a constaté une mobilité nulle de l'articulation tibio-tarsienne, en raison de l'arthrodèse, et une mobilité limitée de l'articulation sous-astragalienne. Il proposait, comme précédemment, de fixer l'atteinte à l'intégrité à 20 % (rapport du 18 novembre 2008).

Le 1<sup>er</sup> décembre 2008, le Dr F.\_\_\_\_\_ a réexaminé l'assuré. Il a constaté qu'une reprise du travail dans l'activité antérieure n'était toujours pas possible alors qu'une activité essentiellement sédentaire était possible à 100 %. Sur ce point, le Dr F.\_\_\_\_\_ a précisé rejoindre l'appréciation du Dr P.\_\_\_\_\_ (rapport du 2 décembre 2008).

La CNA a mis fin au paiement d'indemnités journalières avec effet dès le 31 mars 2009. Par décision du 10 mars 2009, elle a alloué à N.\_\_\_\_\_ une rente fondée sur un taux d'invalidité de 26 %, ainsi qu'une indemnité pour une atteinte à l'intégrité de 20 %. La CNA a évalué à 4'550 fr. par mois la capacité résiduelle de gain de l'assuré dans une activité adaptée, en se fondant sur cinq nouvelles descriptions de poste de travail. Elle a fixé à 6'160 fr. le revenu que l'assuré aurait pu réaliser sans invalidité, s'il avait poursuivi son activité pour B.\_\_\_\_\_ SA, compte tenu des renseignements communiqués par cette entreprise.

N.\_\_\_\_\_ s'est opposé à cette décision le 3 avril 2009 en contestant la stabilisation de son état de santé. En effet, une opération d'ablation du matériel d'ostéosynthèse était prévue par le Dr F.\_\_\_\_\_ le 7 avril 2009. L'assuré a également contesté disposer d'une pleine capacité

de travail dans une activité adaptée et a demandé que la CNA complète l'instruction en relation avec un état dépressif lié à l'accident.

Le 7 avril 2009, le Dr F. \_\_\_\_\_ a procédé à une ablation du matériel d'ostéosynthèse de la cheville gauche de l'assuré. Compte tenu de cette intervention, la CNA a communiqué à ce dernier, le 24 avril 2009, qu'elle reprendrait le paiement des indemnités journalières, avec effet rétroactif dès le 1<sup>er</sup> avril 2009, jusqu'à la fin de l'incapacité de travail post-opératoire.

Le 11 juin 2009, le Dr F. \_\_\_\_\_ a revu l'assuré. Dans un rapport établi le même jour, il a notamment indiqué que l'expression douloureuse dépassait largement les constatations objectives cliniques et radiologiques. D'un point de vue orthopédique strict, la capacité résiduelle de travail était de 100 % dans une activité sédentaire ou alternée, mais "la réalité [était] probablement uniquement de 50 % en raison de la symptomatologie douloureuse résiduelle. D'autres facteurs intervenaient naturellement sur le plan psychiatrique, mais aussi sur le plan algique pur avec une intensité difficile à objectiver".

Dans un rapport du 2 octobre 2009, le Dr Q. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie, a informé le médecin d'arrondissement de la CNA du fait qu'il suivait l'assuré depuis le 5 juin 2008. A l'époque, il présentait un état dépressif léger à moyen en réaction à la persistance de ses douleurs et dans un contexte d'incertitude quant à son avenir professionnel. Après une amélioration, il avait fait une rechute en mars 2009, en réaction à la réception d'une lettre de la CNA lui annonçant la fin des indemnités journalières. Il se voyait notamment dans un rôle de victime d'une faute professionnelle par le médecin qui l'avait opéré directement après l'accident. Le Dr Q. \_\_\_\_\_ précisait que le trouble dépressif récurrent était actuellement en rémission avec la persistance de quelques symptômes résiduels.

Au terme d'un examen clinique pratiqué le 22 décembre 2009, le Dr S. \_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la CNA, a pris position sur

l'exigibilité de la reprise du travail par l'assuré. Il a considéré que la capacité résiduelle de travail de ce dernier était de 100 % dans une activité adaptée, telle que décrite précédemment par le Dr P.\_\_\_\_\_. L'assuré avait été adressé au centre d'antalgie de l'hôpital J.\_\_\_\_\_, où l'on avait procédé à des infiltrations, sans succès, et avait proposé de mettre en place un neurostimulateur médullaire. L'indication à cette mesure semblait très douteuse pour le Dr S.\_\_\_\_\_, qui précisait néanmoins que le traitement au centre d'antalgie de l'hôpital J.\_\_\_\_\_ ne modifiait rien à l'exigibilité de la reprise d'une activité professionnelle (rapport du 22 décembre 2009).

Le 26 avril 2010, le Dr L.\_\_\_\_\_, médecin associé au service d'anesthésiologie de l'hôpital J.\_\_\_\_\_, a posé un neurostimulateur médullaire. Dans un rapport du 7 juin 2010, ce médecin a constaté une amélioration de près de 40 % des douleurs de manière générale après cette intervention. Le 1<sup>er</sup> juillet 2008, au terme d'un examen clinique, le Dr S.\_\_\_\_\_ a considéré que l'exigibilité d'une reprise du travail dans une activité adaptée restait inchangée. L'assuré lui avait confirmé l'amélioration des douleurs décrites par le Dr L.\_\_\_\_\_ et le Dr S.\_\_\_\_\_ avait constaté qu'il était nettement plus calme qu'en décembre 2009, vraisemblablement en raison de l'efficacité du traitement par neurostimulation et de la prise régulière de Cymbalta. Au status clinique, il n'y avait pas de différence notable (rapport du 8 juillet 2010).

Le 1<sup>er</sup> octobre 2010, le Dr L.\_\_\_\_\_ a constaté que l'évolution après la pose du neurostimulateur avait été "favorable jusqu'en août 2010, où un déplacement des électrodes en place nécessitera probablement une réintervention". Pour sa part, lors d'un entretien téléphonique avec un collaborateur de la CNA, le 25 octobre 2010, N.\_\_\_\_\_ a exposé qu'il n'y avait aucune amélioration avec la pose du neurostimulateur. Dans une détermination du 8 novembre 2010, le Dr S.\_\_\_\_\_ a indiqué que le changement de l'électrode du stimulateur serait à la charge de la CNA, mais que l'exigibilité de la reprise d'une activité adaptée restait inchangée en l'état, de même que le taux d'atteinte à l'intégrité.

La CNA a mis fin au paiement d'indemnités journalières avec effet dès le 30 novembre 2010 et a alloué à N.\_\_\_\_\_ une rente fondée sur un taux d'invalidité de 26 % ainsi qu'une indemnité pour une atteinte à l'intégrité de 20 %, par décision du 15 novembre 2010. Pour fixer le taux d'invalidité, la CNA a considéré, en se référant à des descriptions de poste de travail tirées de sa base de données, que l'assuré pourrait encore réaliser un revenu de 55'549 fr. en travaillant à plein temps dans une activité adaptée, c'est-à-dire en position alternée ou essentiellement assise.

Le 14 novembre 2010, l'assuré a consulté le Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans un rapport du même jour à l'intention du médecin d'arrondissement de la CNA, celui-ci a exposé ce qui suit :

"La pathologie posttraumatique de l'assuré n'est pas consolidée. Il se fait jour une arthrose de la sous-astragaliennne. Le stimulateur médullaire n'est plus efficace. Je pense qu'une ablation du stimulateur et une arthrodèse de la sous-astragaliennne est à envisager."

Le 23 novembre 2010, le Dr S.\_\_\_\_\_ a considéré que le raisonnement du Dr M.\_\_\_\_\_ était "difficile à suivre" et que l'intervention proposée n'était "a priori pas justifiée" ; il a requis l'avis du Dr Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie et membre de l'équipe de médecine des accidents de la CNA, à Lucerne. Le 14 janvier 2011, ce dernier a exposé que l'arthrodèse sous-astragaliennne proposée par le Dr M.\_\_\_\_\_ n'était pas justifiée, en l'absence de modifications radiologiques de l'articulation voisine. La pose d'un stimulateur médullaire pouvait déjà prêter à discussion, mais il n'était pas nécessaire de le retirer pour autant qu'il n'entraîne pas de gêne. Il n'y avait plus lieu d'attendre du traitement médical une amélioration notable de l'état de santé, depuis le 30 novembre 2010 au plus tard. Le Dr Z.\_\_\_\_\_ approuvait également l'appréciation de la capacité de travail résiduelle par le médecin d'arrondissement.

Entre-temps, le 10 décembre 2010, le Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et R.\_\_\_\_\_, psychologue, qui suivent l'assuré depuis le 13 janvier 2010, ont établi un rapport dans lequel il posent le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant. Les troubles psychiques s'étaient manifestés à la suite de la dégradation de son état de santé après l'accident, sous la forme d'une remise en question existentielle de la perte de son projet de vie par l'assuré. Par la suite, les troubles s'étaient aggravés en raison des différentes opérations subies.

Le 16 décembre 2010, N.\_\_\_\_\_ s'est formellement opposé à la décision de la CNA du 15 novembre 2010, au motif que son état de santé n'était pas stabilisé.

Par décision sur opposition du 24 février 2011, la CNA a maintenu sans changement l'octroi d'une rente fondée sur un taux d'invalidité de 26 % dès le 1<sup>er</sup> décembre 2010 et d'une indemnité fondée sur une atteinte à l'intégrité de 20 %.

**B.** Le 25 mars 2011, N.\_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision devant le Tribunal cantonal vaudois. Il en demande l'annulation et conclut, sous suite de frais et dépens, à la condamnation de l'intimée à poursuivre le paiement d'indemnités journalières pour la période postérieure au 30 novembre 2010. A titre subsidiaire, il demande la condamnation de la CNA à l'octroi d'une rente d'invalidité ainsi que d'une indemnité pour une atteinte à l'intégrité "fixée[s] à dire de justice", avec intérêt à 5 % dès le dépôt du recours. A titre préalable, il demande l'audition de divers médecins, comme témoins, et la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire (orthopédique et psychiatrique) en vue de déterminer sa capacité de travail résiduelle et son atteinte à l'intégrité.

Le 18 avril 2011, l'intimée a conclu au rejet du recours.

Le 19 juillet 2011, le recourant a produit plusieurs pièces à l'appui de ses allégations, notamment une attestation établie le 8 mars 2011 par le Dr L.\_\_\_\_\_ et dans laquelle celui-ci précise qu'il l'avait

convoqué le 1<sup>er</sup> avril 2011 pour un repositionnement d'électrode à cause du déplacement de celui-ci. Le recourant a également produit une lettre du 8 avril 2011 du Dr L. \_\_\_\_\_ à sa mandataire, dans laquelle le médecin indique que le stimulateur avait été posé en raison de "douleurs neurogènes de la jambe, de la cheville et du pied gauches dans les suites d'une fracture tri-malléolaire survenue en 2005 et multi opérée depuis". Une nouvelle opération était prévue en avril 2011 pour la mise en place d'une nouvelle électrode épidurale, à la suite du déplacement dans l'espace épidural de la première électrode, qui ne remplissait donc plus son office.

Le 14 novembre 2011, le juge en charge de l'instruction de la cause a informé le recourant du fait que la cause lui paraissait en l'état d'être jugée et qu'un arrêt devrait pouvoir être rendu dans le troisième trimestre 2012.

### **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).

**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, en premier lieu, sur le droit du recourant à la poursuite du versement d'indemnités journalières pour la période postérieure au 30 novembre 2010. Subsidiairement, il porte sur le droit à une rente et une indemnité journalière plus élevées que celles allouées par l'intimée.

**3.** 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 LPG) 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). Enfin, si l'assuré est invalide (art. 8 LPG) à 10 % au moins par suite de l'accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 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). Le point de savoir si l'on peut attendre une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré, au sens de l'art. 19 al. 1 LAA, dépend essentiellement de l'amélioration ou du maintien de la capacité de travail que l'on peut en attendre, dans la mesure où cette capacité est limitée en raison des séquelles de l'accident (ATF 134 V 109 consid. 4.3 et les références; TF 8C\_397/2010 du 3 août 2010 consid. 5, 8C\_90/2010 du 23 juillet 2010 consid. 5.2).

**4. a)** Le recourant a subi une fracture tri-malléolaire de la cheville gauche lors d'un accident, le 14 décembre 2005. Dans un rapport du 15 juin 2007, les Drs D.\_\_\_\_\_ et O.\_\_\_\_\_ ont constaté qu'un changement de profession du recourant était nécessaire, dans la mesure où son ancienne activité professionnelle n'était plus adaptée à son état de santé.

A l'époque, les radiographies de la cheville après ablation du matériel d'ostéosynthèse révélaient une marche d'escalier au niveau de la malléole postérieure ainsi que des troubles dégénératifs débutants. Une imagerie par résonance magnétique (IRM), réalisée le 21 mai 2007, ne montrait pas d'anomalie des ligaments de la cheville. D'un point de vue neurologique, l'examen clinique était sans particularité et un examen électroneuromyographique montrait des paramètres de conduction normaux et symétriques, sans arguments pour une atteinte neurologique. La fracture luxation de la cheville était ostéosynthésée, mais des douleurs sous-malléolaires externes et postérieures persistaient, malgré l'ablation du matériel d'ostéosynthèse. Il y avait cliniquement des signes de conflit postérieur de la cheville, ce qui était confirmé radiologiquement par l'IRM, avec une lésion ostéochondrale de la partie postérieure du pilon tibial et une avulsion du cartilage dans la partie postérieure de la poulie astragaliennne. Il n'y avait pas d'indication à poursuivre le traitement de physiothérapie ni d'indication opératoire immédiate. Une arthrodèse était prématurée. Sur un plan professionnel, une activité sans port de lourdes charges, supérieures à 15 kg, ni stations debout prolongées et permettant d'éviter la marche dans les terrains irréguliers, la montée et la descente des escaliers ainsi que les positions à genoux ou accroupies était adaptée. L'assuré y disposait d'une pleine capacité de travail.

Le rapport établi par les Drs D.\_\_\_\_\_ et O.\_\_\_\_\_ a été établi en connaissance de l'anamnèse et du dossier médical, au terme d'examens complets. Il est détaillé, prend en considération les plaintes du recourant et contient des constatations claires, dûment motivées. Il est donc tout à fait probant. Sur la base de ce rapport, ainsi que de celui établi par le Dr P.\_\_\_\_\_ le 17 juillet 2007, l'intimée était en droit, à l'époque déjà, de considérer que l'état de santé du recourant était stabilisé et qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de la capacité de travail du recourant. L'intimée a donc envisagé à juste titre de mettre fin aux indemnités journalières et aurait été fondée à le faire. Elle n'y a renoncé que pour un seul motif, à savoir laisser le temps au recourant de trouver un accord avec son

employeur et l'institution de prévoyance à laquelle il était affilié, dans l'optique d'une éventuelle retraite anticipée.

**b)** Le 4 janvier 2008, le Dr F.\_\_\_\_\_ a posé une indication opératoire pour une arthrodèse de l'articulation ("je crois qu'il est maintenant adéquat de proposer une arthrodèse"). L'intimée a accepté la prise en charge de cette intervention, réalisée le 11 mars 2008, et a prolongé le versement des indemnités journalières. Par la suite, le Dr P.\_\_\_\_\_ a précisé qu'une reprise d'une activité professionnelle n'était pas exigible avant la consolidation de l'arthrodèse. Le 1<sup>er</sup> octobre 2008, le Dr F.\_\_\_\_\_ a constaté cette consolidation (rapport du 6 octobre 2008). Le 18 novembre 2008, le Dr P.\_\_\_\_\_ a constaté, dans un rapport probant, qu'une reprise d'une activité professionnelle adaptée, telle que décrite précédemment, était exigible à 100 %. Dans un rapport du 2 décembre 2008, le Dr F.\_\_\_\_\_ a exprimé le même avis, qu'il a maintenu dans un rapport du 25 mars 2009. Il indiquait toutefois dans ce dernier rapport qu'il envisageait de retirer prochainement le matériel d'ostéosynthèse, les têtes de vis pouvant expliquer la gêne persistante ressentie par le recourant. Il a finalement procédé à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse, le 7 avril 2009.

Le 11 juin 2009, le Dr F.\_\_\_\_\_ a procédé un examen du recourant et a exposé, dans un rapport au médecin conseil de la CNA, qu'il se trouvait "dans une impasse en ce qui concerne ce patient car l'expression douloureuse dépasse largement les constatations objectives, qu'elles soient cliniques ou radiologiques". D'un point de vue orthopédique strict, la capacité résiduelle de travail était de 100 % dans une activité sédentaire ou alternée, mais "la réalité [était] probablement de 50 % en raison de la symptomatologie douloureuse résiduelle." Des facteurs psychiatriques, "mais aussi sur le plan algique pure avec une intensité difficile à objectiver" entraient en considération.

Le 26 avril 2010, le Dr L.\_\_\_\_\_ a posé un stimulateur médullaire par électrodes épidurales en vue de diminuer les douleurs ressenties par le recourant. Dans un premier temps, cela a conduit à une

réduction de 40 % des douleurs (rapport du 7 juin 2010 du Dr L.\_\_\_\_\_). Cette amélioration n'est toutefois restée que temporaire, le Dr L.\_\_\_\_\_ ayant constaté qu'un déplacement des électrodes en place nécessiterait probablement une réintervention (rapport du 1<sup>er</sup> octobre 2010). Les 8 juillet et 8 novembre 2010, le Dr S.\_\_\_\_\_ a pris position et considéré que la pose d'un stimulateur médullaire n'avait rien modifié à l'exigibilité de la reprise du travail dans une activité adaptée, telle que décrite précédemment. Ce dernier avis est convaincant. Il a notamment été exprimé à la suite de plusieurs examens cliniques par le Dr S.\_\_\_\_\_, tout au long de la procédure, notamment par un examen pratiqué le 1<sup>er</sup> juillet 2010. Sur le plan orthopédique, les constatations du Dr S.\_\_\_\_\_ rejoignent entièrement celles du Dr F.\_\_\_\_\_. Par ailleurs, si le Dr L.\_\_\_\_\_ considère qu'une partie des douleurs peut être soulagée par un stimulateur médullaire, il ne soutient pas que le recourant présenterait une incapacité de travail dans une activité adaptée, telle que décrite successivement par les Drs P.\_\_\_\_\_, F.\_\_\_\_\_ et S.\_\_\_\_\_ (hormis pendant une période post-opératoire, ce que l'intimée ne conteste pas). Sur le plan somatique, on voit d'ailleurs mal sur quoi exactement reposerait l'incapacité de travail alléguée, dans une activité sans port de charges ni longs déplacements ou marche en terrain irrégulier, essentiellement en position assise mais permettant l'alternance des positions. Enfin, l'avis exprimé le 14 janvier 2011 par le Dr Z.\_\_\_\_\_, ainsi que le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, posé par le Dr X.\_\_\_\_\_ et le psychologue R.\_\_\_\_\_ dans leur rapport du 22 mai 2011, viennent encore corroborer les constatations du Dr S.\_\_\_\_\_. L'intimée était fondée à considérer que sur le plan somatique en tout cas, l'état de santé du recourant était stabilisé, au plus tard le 30 novembre 2010, et que de nouvelles mesures thérapeutiques n'étaient pas de nature à améliorer ou permettre de conserver la capacité de travail résiduelle du recourant.

**c)** Le recourant se réfère notamment à un rapport du Dr M.\_\_\_\_\_ du 13 décembre 2010, d'après lequel "la pathologie posttraumatique de l'assuré n'est pas encore consolidée", et qui propose de retirer le stimulateur médullaire et de réaliser une arthrolyse de

l'articulation sous-astragaliennne. Cet avis est isolé et n'a pas été suivi, notamment par le Dr L.\_\_\_\_\_, qui a au contraire proposé de replacer le stimulateur médullaire qu'il avait posé. Le Dr Z.\_\_\_\_\_, après avoir notamment pris connaissance du dossier radiologique du recourant, a nié, de manière probante, l'indication à une arthrodèse sous-astragaliennne, dans sa détermination du 14 janvier 2011.

**d)** A l'appui de son recours, N.\_\_\_\_\_ a demandé que plusieurs médecins soient entendus et qu'une expertise médicale pluridisciplinaire soit réalisée. Il a également requis qu'un délai lui soit imparti pour compléter son recours, au motif qu'il entendait consulter à nouveau les Drs F.\_\_\_\_\_, M.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_. Or, malgré le délai de réplique qui lui a été imparti, puis prolongé, le recourant n'a produit aucun certificat des Drs F.\_\_\_\_\_, M.\_\_\_\_\_ ou L.\_\_\_\_\_ qui contredirait la capacité résiduelle de travail constatée par l'intimée. Au regard des pièces médicales probantes déjà au dossier, il n'est pas nécessaire d'entendre ces médecins comme témoins, ni d'ailleurs d'ordonner l'expertise requise pour constater les faits pertinents relatifs à son état de santé physique, ainsi qu'à sa capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée.

**5. a)** Le recourant demande que la cause soit instruite pour établir une éventuelle atteinte à sa santé psychique et, cas échéant, l'influence d'une telle atteinte sur sa capacité résiduelle de travail. Toutefois, le rapport du 22 mai 2011 du Dr X.\_\_\_\_\_ et du psychologue R.\_\_\_\_\_ fait état d'un syndrome douloureux somatoforme persistant et ne se prononcent pas quant à la question d'une éventuelle incapacité de travail. La jurisprudence considère qu'une telle atteinte n'est en règle générale pas de nature à entraîner une invalidité (ATF 136 V 279, 132 V 65, 130 V 352), sous réserve de circonstances particulières qui ne semblent pas réunies en l'espèce. La question peut toutefois demeurer ouverte, pour les motifs exposés ci-après.

**b)** 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 p. 406, 119 V 335 consid. 1 p. 337, 118 V 286 consid. 1b p. 289 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).

La jurisprudence a posé plusieurs critères en vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et les troubles d'ordre psychique développés ensuite par la victime. Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par ex. une chute banale), les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même. L'existence d'un lien de causalité adéquate entre un accident insignifiant ou de peu de gravité et des troubles psychiques consécutifs à l'accident doit, en règle générale, être niée d'emblée, tandis qu'elle doit être admise en cas d'accident grave. En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident;
- la gravité ou la nature particulière des lésions physiques compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques;
- la durée anormalement longue du traitement médical;

- les douleurs physiques persistantes;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident;
- les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa, 403 consid. 5c/aa).

**c)** En l'espèce, le recourant a été victime d'une chute banale qui constitue un accident de peu de gravité, quand bien même il a eu pour conséquence une fracture tri-malléolaire de la cheville. La gravité de l'accident ne doit en effet pas être déterminée en fonction de celle de l'atteinte à la santé constatée. Pour ce motif, déjà, le rapport de causalité adéquate entre l'accident subi et les troubles psychiques dont font état le Dr X. \_\_\_\_\_ et le psychologue R. \_\_\_\_\_ doit être nié. Il n'en irait pas différemment si l'on devait considérer que l'accident subi est de gravité moyenne, à la limite d'un accident de peu de gravité. En effet, l'accident ne s'est pas déroulé dans des circonstances impressionnantes ni dramatiques. Le traitement de la fracture tri-malléolaire subie n'a pas été émaillé d'erreur médicale - quoi qu'en pense le recourant - ni anormalement long. Certes, une arthodèse de la cheville gauche a été nécessaire et une limitation fonctionnelle de l'articulation sous-astragalienne persiste. Les atteintes à la santé physique subies peuvent par ailleurs expliquer une partie des douleurs persistantes, mais pas dans toute la mesure alléguée par le recourant. Enfin, si le recourant ne peut plus pratiquer sa profession antérieure à l'accident, il n'en reste pas moins

qu'il a, dans un premier temps, pu reprendre son ancienne activité à 50 %, du 10 avril 2006 au 16 janvier 2007 et qu'il dispose encore, d'un point de vue somatique, d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, depuis le mois de juin 2007 au plus tard. Cette capacité de travail a été entrecoupée de périodes d'incapacité, après l'arthrodèse pratiquée le 11 mars 2008, puis après l'ablation du matériel d'ostéosynthèse le 7 avril 2009 et la pose d'un stimulateur médullaire en 2010. Les critères des douleurs physiques persistantes, des difficultés apparues au cours de la guérison sont donc remplis, sans toutefois revêtir une intensité particulière. Même en y ajoutant l'incapacité de travail constatée en raison des lésions physiques, jusqu'en juin 2007, puis après les opérations mentionnées, cela ne suffit pas, en l'occurrence, à admettre un rapport de causalité adéquate entre les troubles psychiques constatés et l'accident.

**6. a)** Vu ce qui précède, l'intimée a considéré à juste titre qu'il n'y avait plus à attendre de la continuation du traitement médical une amélioration notable de l'état de santé du recourant, de nature à maintenir ou améliorer sa capacité résiduelle de travail, dès le 30 novembre 2010 au plus tard. Elle a donc examiné à juste titre si le recourant avait droit à une rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> décembre 2010, ainsi qu'à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Dans ce contexte, elle s'est fondée sur des rapports médicaux probants pour fonder sa constatation relative à une pleine capacité de travail du recourant dans une activité adaptée. Une telle activité ne doit pas comporter de longs déplacements, de port de lourdes charges, de marche en terrain irrégulier, et doit pouvoir être effectuée principalement en position assise, mais permettant l'alternance des positions.

**b)** En tenant compte de cette capacité résiduelle de travail, l'intimée a considéré que le recourant aurait pu réaliser, en 2010, un revenu de 55'549 fr. Elle s'est fondée sur des descriptions de poste de travail tirées de sa base de donnée interne, qu'elle a versées au dossier. L'intimée a par ailleurs constaté que sans séquelle accidentelle, le recourant aurait pu réaliser un revenu de 74'606 fr., en se référant aux renseignements communiqués par B. \_\_\_\_\_ SA. Il en résulte un taux

d'invalidité de 26 %. Ces bases de calcul ne prêtent pas flanc à la critique. Le seul grief soulevé par le recourant à leur encontre est que la description du poste de travail dans l'entreprise [...] AG (DPT no 1138) ne correspondrait pas à un emploi adapté, dès lors que "les employés doivent avoir une certaine polyvalence et passer d'une machine à l'autre". Il ressort toutefois du descriptif du poste de travail en question, en page 2, qu'aucun long déplacement n'est requis (déplacement jusqu'à 50 mètres : rarement) et que l'activité est exercée essentiellement en position assise. Le poste est donc adapté aux limitations dont souffre le recourant en raison des séquelles de l'accident. Au demeurant, l'intimée a procédé plusieurs fois au calcul du taux d'invalidité du recourant, en se référant précédemment à de nombreuses autres descriptions de postes de travail adaptés au recourant. On n'aboutirait pas à un taux d'invalidité plus élevé si l'on s'y référait.

**7. a)** Aux termes de l'art. 24 al. 1 LAA, 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'atteinte est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie (art. 36 al. 1, 1ère phrase, OLAA). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous la forme d'une prestation en capital. Elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain assuré à l'époque de l'accident et est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité (art. 25 al. 1 LAA). L'annexe 3 à l'OLAA contient un barème des atteintes caractéristiques à l'intégrité. Pour les atteintes n'y figurant pas, on l'applique par analogie en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1 de l'annexe 3). La division médicale de la CNA a cependant élaboré des tables complémentaires destinées à une évaluation plus affinée de certaines atteintes à l'intégrité. Ces tables ne lient pas le juge, mais donnent des valeurs indicatives, destinées à assurer autant que possible l'égalité de traitement entre les assurés (Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in Ulrich Meyer [édit.], Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], vol. XIV, Soziale Sicherheit, 2ème éd., 2007, n. 236 p. 917).

**b)** Les Drs P. \_\_\_\_\_ et S. \_\_\_\_\_ ont proposé de fixer à 20 % le taux d'atteinte à l'intégrité en raison d'une arthrodèse de l'articulation tibio-tarsienne et d'une arthrose débutante de l'articulation sous-astragalienne. Ils ont précisé que la seule arthrodèse de l'articulation tibio-tarsienne justifierait de fixer le taux d'atteinte à l'intégrité à 15 %. Cette évaluation correspond au taux prévu pour une articulation tibio-tarsienne bloquée à angle droit, d'après la table 2 d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA (Atteinte à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres inférieurs), éditée par la CNA. Aucune constatation médicale au dossier ne justifie de s'en écarter. En particulier, contrairement à ce que soutient le recourant, il n'y a pas lieu d'attendre qu'une arthrodèse de l'articulation sous-astragalienne soit réalisée. Sur ce point, le Dr Z. \_\_\_\_\_ a pris position de manière claire et probante en indiquant, le 14 janvier 2011, après avoir eu notamment connaissance du dossier radiographique du recourant, que cette arthrodèse n'était pas indiquée en l'état. Le recourant ne demande d'ailleurs pas dans son recours que l'intimée soit condamnée à prendre en charge une telle intervention. Cas échéant, si elle devait être pratiquée ultérieurement, la CNA pourrait être amenée à réévaluer le taux d'atteinte à l'intégrité.

**8. a)** Vu ce qui précède, le recours est mal fondé, tant en ce qui concerne les conclusions relatives au paiement d'indemnités journalières postérieurement au 30 novembre 2010 que les conclusions subsidiaires relatives à l'octroi d'une rente et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité plus élevées que celles déjà allouées par l'intimée.

**b)** Le recourant ne peut prétendre de dépens à la charge de l'intimée (art. 61 let. g LPGa). Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGa).

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

- I. Le recours est rejeté.
  
- II. La décision sur opposition rendue le 24 février 2011 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
  
- III. Il n'est pas perçu de frais de justice, ni alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Me Corinne Monnard Séchaud (pour le recourant), avocate à Lausanne,
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, à Lucerne,
- Office fédéral de la santé publique, à Berne,

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 :