

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 29 janvier 2014

Présidence de M. NEU
Juges : M. Métral et Mme Magnin, juge suppléante
Greffier : M. Addor

* * * * *

Cause pendante entre :

C. _____, à Bussigny-près-Lausanne, recourant, représenté par Me Yvan Guichard, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 7, 8 al. 1 et 16 LPGA; 6 al. 1, 18 al. 1 et 19 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. C._____ (ci-après: l'assuré), né en 1984, travaillait depuis 2002 comme employé polyvalent au centre de tri de l'entreprise T._____ SA à S._____. Il était à ce titre assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: l'assurance; la CNA) lorsqu'il a été victime d'un accident sur son lieu de travail.

Selon le rapport de police du 17 septembre 2008 et la déclaration de sinistre du 18 septembre 2008, l'assuré a eu le « pied écrasé entre une plate-forme élévatrice et une dalle en béton ». Plus précisément, « M. C._____ s'est trop avancé et a placé son pied gauche sous le rail de la benne qui était à la phase descendante. Malgré des chaussures de sécurité, le pied gauche de M. C._____ a été entraîné par la benne et ses quatre doigts de pied ont été sectionnés ».

Selon le protocole opératoire du 17 septembre 2008 de l'Hôpital G._____, l'assuré y a subi un débridement des 1^{er} au 4^{ème} orteils à gauche (hormis le petit doigt) avec confection d'une attelle plâtrée jambière postérieure. Le 25 septembre 2008, il a subi une seconde opération avec débridement et fermeture secondaire par lambeaux pédiculés locaux.

En janvier 2009, l'assuré a déclaré à la CNA ne pas pouvoir poser le pied au sol à cause des douleurs que cela provoquait. Il a indiqué qu'à certains moments de la journée, il ressentait des migraines, des vertiges et se sentait au bord de l'évanouissement. L'assuré a réitéré les plaintes évoquées en janvier lors de son entretien du 25 février 2009 avec son gestionnaire CNA, lequel a préconisé une évaluation par le médecin d'arrondissement de l'assurance.

Suite à l'examen de l'assuré du 4 mars 2009 effectué par le Dr B._____, médecin d'arrondissement de la CNA, l'assuré a séjourné du 18

mars au 22 avril 2009 à la Clinique F._____ pour une évaluation multidisciplinaire.

Il ressort ce qui suit du rapport final du 18 mai 2009 de la Clinique F._____ établi par les Drs L._____ et A._____, de l'examen neurologique du 14 avril 2009 du Dr Y._____ et du consilium psychiatrique de la Dresse M._____ du 23 avril 2009, du rapport de physiothérapie du 20 avril 2009 (M. I._____) et du rapport d'ergothérapie (Mme O._____) du 24 avril 2009:

A l'examen neurologique (ENMG):

« M. C._____ présente à la suite du traumatisme subi en septembre d'importantes douleurs, dont certains aspects peuvent faire suspecter une composante neurogène. Il n'y a cependant pas d'hypersensibilité rapportée et l'examen clinique ne montre pas d'allodynie. [...] Je retiens donc dans ce cas une neuropathie du nerf péronier gauche au décours. [...] Quoi qu'il en soit, l'atteinte est mineure, et ne devrait pas interférer avec la récupération. Il est cependant possible qu'une composante neurogène existe aux douleurs. »

Au terme de son examen, le Dr Y._____ a envisagé pour seul traitement un traitement médicamenteux antiépileptique.

Sous l'angle psychiatrique, le rapport final de la Clinique F._____ fait état de ce qui suit:

« L'évaluation psychiatrique actuelle met en évidence un trouble de l'adaptation caractérisé par une perturbation des émotions avec irritabilité au premier plan, agitation intérieure, cauchemars, désinvestissement social et relationnel. [...]

La perte d'intégrité physique que représente l'amputation engendre une détresse importante chez un jeune homme disposant de ressources adaptatives limitées. Cette souffrance est à l'origine d'attentes et de demandes de réparation démesurées, qui s'expriment au travers d'un comportement mal adapté, démonstratif et revendicateur. »

Du point de vue psychiatrique, la Dresse M._____ a posé le diagnostic de « Trouble de l'adaptation avec prédominance de la

perturbation d'autres émotions (F43.23). Elle a en outre indiqué ce qui suit:

« Il [l'assuré] ne présente pas de troubles attentionnels ou mnésiques. [...] Je ne relève pas d'éléments en faveur d'un trouble psychotique ou d'un trouble manifeste de la personnalité. [...] L'atteinte à son intégrité physique est vécue très péniblement par ce jeune homme, au moment où il investissait beaucoup d'espoir dans un meilleur avenir professionnel. [...] Avec l'introduction du Remeron, le sommeil du patient est légèrement amélioré et les cauchemars ont disparu. Il rapporte une diminution des douleurs de la cicatrice. Le diagnostic de PTSD est écarté lors d'une investigation détaillée. »

En ce qui concerne les résultats en matière de physiothérapie et d'ergothérapie:

« Objectivement, le thérapeute observe que le patient peut marcher sans canne plus de 300 mètres avec une boiterie variable. [...] Les activités réalisées sont faites sans gêne majeure. [...] Il est toutefois nécessaire de préciser que chaque fois qu'il vient aux ateliers, il a un comportement dolent et cela, y compris dans des activités ne sollicitant pas son membre inférieur gauche. Il se déplace avec sa béquille uniquement sur les longs parcours. En effet, lorsqu'il se déplace sur des trajets plus courts, il ne s'aide pas de sa béquille. M. C. _____ a modérément collaboré aux activités proposées au sein des ateliers professionnels et a adopté un comportement dolent pour chacune d'entre elles. Cette observation donne à penser, en raison des discordances et de la variabilité de l'implication, que ce sont des facteurs non lésionnels, en particulier comportementaux, qui créent un obstacle au retour à une activité professionnelle ».

Les Drs L. _____ et A. _____ concluent ainsi leur rapport final:

« Du point de vue médical, le patient garde des limitations sur les longs déplacements, ou les déplacements en terrain accidenté ainsi que le port de charges lourdes. Par contre, nous estimons sa capacité de travail complète dans une activité adaptée, respectant ses limitations et ce, dans un délai de 2 mois maximum. Le patient exprime son désaccord sur une capacité de travail dans une activité adaptée, mettant en avant les douleurs. Plusieurs facteurs médicaux ou non (comorbidité psychiatrique, comportement inadapté, attentes d'une rente) vont cependant rendre un retour dans une activité professionnelle difficile. »

Au terme du séjour de l'assuré à la Clinique F. _____, les Drs L. _____ et A. _____ préconisèrent un réentraînement à la marche, des

exercices de désensibilisation et la prescription de médicaments (Lyrica 50 mg et Reméron 30 mg).

L'assuré a repris une activité à 40% dans un autre poste le 22 juin 2009, activité qu'il a cessée le 2 juillet suivant, invoquant des douleurs et des difficultés de concentration à cause des médicaments (rapport d'entretien du 4 septembre 2009 avec le gestionnaire CNA).

Le Dr P._____, chef de clinique à l'Unité de chirurgie plastique et reconstructive de l'Hôpital G._____, a adressé l'assuré le 15 juillet 2009 au Dr D._____, médecin-adjoint du Service d'orthopédie et de traumatologie de l'Hôpital G._____. Il a notamment indiqué à son confrère que son patient « ne présentait pas de problème concernant la reconstruction chirurgicale » mais « des difficultés à la marche » et que « la palpation du nerf péroné gauche ne montrait pas de suspicion clinique pour une neuropathie de ce nerf ».

Le Dr D._____ a examiné l'assuré les 3 août et 7 septembre 2009. Il a modifié la médication, instauré un traitement de physiothérapie plus intense et demandé à ce que de nouvelles chaussures orthopédiques soient confectionnées. En août 2009, le spécialiste a relevé que « le moignon est globalement hyperalgique mais il n'y a pas un vrai névrome à réviser pour l'instant ». En septembre 2009, il a indiqué que « le moignon paraissait plus calme » et que « la situation de son patient a évolué favorablement et « qu'il faut maintenant l'encourager à augmenter son périmètre de marche et sa résistance à l'effort et organiser une reprise progressive thérapeutique ».

L'assuré a repris le travail du 23 novembre au 4 décembre 2009 dans une activité adaptée. Il ressort du rapport d'entretien du 8 décembre 2009 du gestionnaire CNA que l'assuré a assuré un taux de présence de 25% durant cette période de travail. Son employeur a considéré que durant ses heures de présence, sa capacité de travail était entière. Le gestionnaire de la CNA a également indiqué que « nous n'avons pas l'impression qu'il [l'assuré] mette tout en œuvre pour mener à

bien cette reprise progressive. Sans mettre en doute les troubles dont il se plaint, il nous semble quand même que faire 1 h 30 de travail par jour est en dessous de ses possibilités et ne démontre pas une grande motivation et collaboration ». L'assuré a poursuivi l'activité précitée à 30% jusqu'en février 2011, date à laquelle il l'a interrompue en raison de douleurs persistantes (lettre du Dr D. _____ du 16 août 2011 au conseil de l'assuré).

L'assuré a souhaité revoir le Dr D. _____, lequel a constaté dans son rapport du 30 décembre 2009 que, au contraire des affirmations de l'assuré, son patient allait mieux, qu'il s'agisse de sa marche ou de son sommeil et qu'il avait repris la conduite de voitures automatiques. Le médecin a indiqué qu'anamnestiquement, son patient avait des sensations de fatigabilité, était gêné quand il faisait froid et avait des espèces de douleurs dans les moignons. Le Dr D. _____ lui a expliqué ce qui pourrait être envisagé si les plaintes persistaient, à savoir une amputation transmétatarsienne. L'assuré s'est déclaré « moyennement décidé pour une réintervention ».

Le Dr B. _____ ne s'est pas déclaré favorable à une telle opération (note CNA du 15 janvier 2010).

Le Dr D. _____ a sollicité le 28 avril 2010 l'avis du Dr B. _____ et il lui a notamment indiqué ce qui suit:

« Il [l'assuré] reste algique, avec un mauvais déroulement du pas. Il est toujours dépendant de médicaments importants. [...] Le patient a déclaré ne pas vouloir une nouvelle amputation. [...] Le médecin de famille est plutôt favorable. [...] Actuellement, je ne vois pas de perspective pour améliorer la capacité de travail. »

Le Dr B. _____ a examiné une nouvelle fois l'assuré le 22 juillet 2010. Il ressort de son rapport ce qui suit:

« Actuellement, le patient dit que ça ne va pas. Il a des douleurs importantes qui l'empêchent de dérouler le pas. Il n'est pas acquis à l'idée de se faire réopérer comme le Dr D. _____ le lui a proposé. Il craint que les douleurs persistent et que son pied soit encore plus déséquilibré. A l'examen clinique, la marche s'effectue toujours en décharge du bord interne du pied avec une tendance à la supination

de l'avant-pied, même lorsque le patient est chaussé. Objectivement, on retrouve un status après amputation de la quasi-totalité des 4 premiers orteils. Le pied gauche reste légèrement plus froid que le droit mais il a globalement une bonne trophicité. L'avant-pied est complètement fermé avec des téguments d'assez bonne qualité quoiqu'un peu mince et tendus en regard des orteils médians. L'avant-pied est sensible à la palpation, notamment ce qui reste du 1^{er} orteil, mais il n'y a pas de franche allodynie. L'impression qui prévaut est finalement celle d'un trouble fonctionnel que les séquelles objectivables de l'accident, au demeurant modérées, peinent à expliquer. Dans ce contexte, une amputation trans-métatarsienne, solution théoriquement séduisante visant à obtenir un moignon plus harmonieux, mieux étoffé et plus facile à appareiller, risque d'avoir un résultat catastrophique du point de vue subjectif. Si la reprise de l'activité antérieure paraît difficilement envisageable, en tout cas à 100%, il est clair que le patient conserve une pleine capacité de travail dans une activité légère, de type industriel, largement sédentaire et autorisant des positions alternées. Si l'on se réfère à la table 4 du barème de l'indemnisation de l'atteinte à l'intégrité selon la LAA détail N° 2870/4.f-2003, un taux de 12,5% peut être retenu, la situation paraissant intermédiaire entre la figure 5 et la figure 6 de la table. »

Il ressort de la note de la CNA du 22 juillet 2010 que le médecin d'arrondissement a estimé le cas comme médicalement stabilisé, les médecins étant « très partagés quant à l'indication d'une amputation plus franche » et l'assuré ne souhaitant pas se faire réopérer.

Selon la note d'entretien de la CNA du 16 septembre 2010, l'assuré a indiqué que « l'opération envisagée par le Dr D._____ ne va pas être réalisée, car il n'y a aucune garantie de résultat et qu'il ne souhaitait pas être amputé davantage ».

Il ressort du rapport médical intermédiaire du 11 février 2011 établi par le Dr J._____, de la consultation d'antalgie de l'Hôpital G._____, que l'assuré souffre de « douleurs mixtes (mécaniques et neurogènes) et qu'il existe de clairs signes d'activation sympathique du membre inférieur gauche ». Le médecin a proposé une évaluation par le psychiatre du centre d'antalgie.

Dans son courrier du 11 mars 2011 au Dr J._____, le Dr D._____ a indiqué ce qui suit:

« La situation du point de vue psychologique et global est délicate. [...] A l'examen clinique, il n'y a pas de modification de l'aspect du pied. Il se plaint de douleurs à la cheville que l'on n'arrive pas vraiment à reproduire par la mobilisation en flexion-extension de la cheville. En palpant la région péritrochantérienne, il a un tout petit peu mal mais il n'y a rien de très substantiel. [...] D'un point de vue strictement technique de chirurgie orthopédique et chaussage, on aurait à nouveau envie de lui proposer une transmétatarsienne la plus courte possible pour amener de la peau plantaire en zone de charge et dorsale et profiter de cette intervention pour réviser les nerfs du 1^{er}, du 2^e et du 3^e et les enfouir, afin de diminuer l'aspect hyperélectrique de ce moignon. Ceci est réalisable techniquement. Ce qu'on doit en attendre du point de vue du comportement global du patient et de son amélioration fonctionnelle reste difficile à évaluer. Le patient commence à envisager une réintervention chirurgicale mais n'est pas encore complètement décidé ».

Le Dr B. _____ a revu l'assuré une dernière fois le 27 mai 2011. Il a constaté ce qui suit:

« Objectivement, je retrouve un avant-pied complètement fermé avec des téguments d'assez bonne qualité, quoiqu'un peu minces et tendus en regard des orteils médians. Tout l'avant-pied est sensible à la palpation, sans plus. Surtout, je relève l'absence totale d'amyotrophie du mollet gauche, la persistance de callosités plantaires dans toute la région métatarsienne et une usure assez harmonieuse du soulier. Je soupçonne donc Monsieur C. _____ de marcher beaucoup plus normalement lorsqu'il n'est pas observé. Dans ce contexte, une amputation trans-métatarsienne me semble déraisonnable ».

L'assuré lui a déclaré souhaiter un second avis médical.

Lors de l'entretien final du 27 mai 2011 ayant eu lieu auprès de la CNA, le gestionnaire du dossier a expliqué à l'assuré qu'il continuait à exister une divergence d'opinion fondamentale entre l'assurance et lui [l'assuré, réd.] concernant sa capacité de travail résiduelle, la CNA considérant que l'assuré était capable de travailler à 100% dans une activité adaptée.

Dans une note adressée au gestionnaire du dossier CNA du 29 juin 2011, le Dr B. _____ a considéré que la situation médicale était stabilisée.

Le 16 août 2011, le Dr D. _____ a indiqué au mandataire de l'assuré ce qui suit:

« Les plaintes du patient sont en partie difficiles à comprendre. D'autre part, on a une situation orthopédique qui pourrait justifier une reprise chirurgicale mais nous ne sommes pas sûrs que cette dernière pourrait faciliter le déroulement du pas et améliorer la situation du patient au niveau des douleurs. Par conséquent, sauf si le patient est très demandeur, on n'est pas enclin à lui imposer une opération ».

B. Par décision du 23 septembre 2011, la CNA a alloué à l'assuré une rente d'invalidité fondée sur une incapacité de gain de 13% à compter du 1^{er} septembre 2011, ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 12,5%, correspondant à un montant de 15'750 fr. La CNA a notamment considéré que sur le plan médical, l'assuré était à même d'exercer une activité légère dans différents secteurs de l'industrie, à condition qu'il puisse travailler essentiellement en position sédentaire. L'assurance a estimé qu'une telle activité était exigible durant toute la journée et lui permettrait de réaliser un revenu de 4'375 fr. par mois (part du 13^e salaire comprise). Comparé au gain de 5'039 fr. réalisable sans accident, il en résultait une perte de 13%.

Le 26 septembre 2011, l'assuré a formé opposition contre la décision précitée. Il a soutenu que la décision du 23 septembre 2011 était prématurée. Il a réfuté être en mesure d'exercer une activité légère dans différents secteurs de l'industrie et donc être à même de réaliser le revenu indiqué. Il a dès lors contesté la fixation à 13% de l'incapacité de gain.

La CNA a confirmé sa décision du 23 septembre 2011 par décision sur opposition du 10 octobre 2011. Elle a considéré qu'il y avait lieu de se référer aux conclusions médicales et de recourir à la méthode générale de comparaison des revenus pour déterminer le degré d'invalidité puisque l'assuré n'exerçait plus d'activité lucrative. A cet égard, elle a relevé que, son médecin d'arrondissement, le Dr B. _____ avait jugé que la situation médicale de l'assuré était stabilisée en juillet 2010 et que l'assuré conservait l'exercice en plein d'une activité légère de type industriel, largement sédentaire. Par ailleurs, la CNA s'est également

référé aux conclusions des Drs L._____ et A._____ dans leur rapport du 18 mai 2009, selon lesquelles l'assuré disposait à cette époque déjà d'une capacité de travail complète dans une activité adaptée. Cela étant, la CNA a exposé que la comparaison entre le revenu présumable sans invalidité de 5'039 fr. (part du 13^e salaire comprise) en tant qu'employé auprès de l'entreprise T._____ SA et un revenu exigible moyen de l'ordre de 4'375 fr. - établi sur la base de cinq descriptions de postes de travail (DPT) adaptés au handicap de l'assuré et versées au dossier en conformité avec la jurisprudence - laissait apparaître une perte de gain de 13,1%, équivalant au taux de la rente d'invalidité de 13%.

Suite au rapport du 11 février 2011 du Dr J._____ préconisant une évaluation psychiatrique de l'assuré, le Dr Z._____, psychiatre rattaché au Centre d'antalgie de l'Hôpital G._____, a vu l'assuré et a posé le 9 novembre 2011 le diagnostic suivant: « Etat dépressif moyen à sévère (diagnostic différentiel: état de stress post-traumatique), traits de personnalité de type borderline ou explosif ».

Il a en outre constaté ce qui suit:

« Sur le plan psychiatrique, M. C._____ relate une tristesse importante avec un sentiment d'insécurité, un sentiment de honte et la présence d'idéation noire-suicidaire, sans scénario. Il relate aussi un sentiment de colère très important vis-à-vis du manque de reconnaissance de la part de ses employeurs et de leur responsabilité. [...]. Le patient relate également la présence de cauchemars et des épisodes de réminiscence du traumatisme qui sont très mal vécus et participeraient aussi à l'aggravation des crises de la symptomatologie douloureuse. Il affirme avoir peur de devenir « fou », donc de perdre le contrôle et de devenir impulsif. Un sentiment d'impuissance global est verbalisé par le patient. M. C._____ relate aussi une absence de vie sociale de plus en plus importante, conséquence de l'amputation. [...] On relève un sentiment de colère très important aussi contre les assurances. On ne relève pas de symptôme psychotique ni d'éléments délirants. [...]

M. C._____ est un patient de 27 ans qui a été victime en 2008 d'un grave accident du travail qui lui a causé l'amputation de 4 orteils du pied gauche. Suite à cet accident, M. C._____ manifeste une symptomatologie marquée par l'impossibilité de reprendre une vie professionnelle, des projets de vie et s'émanciper de sa famille. On peut aussi mettre en évidence un état dépressif réactionnel marqué par un sentiment de tristesse et d'impuissance et par un sentiment d'échec. On peut également mettre en évidence actuellement une impossibilité d'accepter la perte avec un sentiment de colère très

fort et des revendications envers le corps médical, ses employeurs et surtout les assurances.

Sa symptomatologie dépressive est également mélangée à une symptomatologie douloureuse persistante avec des pics de crises et une mauvaise tolérance à la frustration avec un sentiment de perte de contrôle et de « peur d'exploser ». Nous avons donc introduit un traitement psychiatrique intégré avec antidépresseurs [...]. Le bénéfice clinique reste pour l'instant partiel. L'approche psychothérapeutique est finalisée à la gestion de la composante algique et à une meilleure acceptation du traumatisme ».

C. Par acte du 11 novembre 2011, C._____ a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du Canton de Vaud contre la décision sur opposition du 10 octobre 2011. Il a conclu à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi du dossier à l'intimée pour nouvelle décision. Il a invoqué le fait que l'état de son pied gauche n'était pas suffisamment stabilisé en septembre 2011, ne permettant ainsi pas à l'intimée de rendre une décision sur son cas. Le recourant a d'une part affirmé souffrir encore de douleurs importantes et, d'autre part, il a signalé la possibilité d'une opération (amputation transmétatarsienne) susceptible selon lui d'améliorer sa situation médicale. Le recourant a par ailleurs fait le grief à l'intimée de ne s'être basée que sur des troubles somatiques sans prendre en considération son état de santé psychique et il a requis de l'intimée un complément d'instruction concernant les troubles psychiques dont il dit souffrir consécutivement à l'accident. Il n'a pas contesté l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

Dans sa réponse du 8 février 2012, l'intimée a conclu au rejet du recours en invoquant en substance que la situation médicale était suffisamment stabilisée au moment de la décision attaquée. La CNA relève que les appréciations des médecins font part de séquelles objectivables qualifiées de modérées malgré les dénégations du recourant et qu'il n'était pas certain, selon les spécialistes, que l'amputation métatarsienne envisagée ait été susceptible d'améliorer significativement la capacité de travail du recourant. Pour ce qui est des problèmes psychiques allégués par le recourant, la CNA a considéré qu'ils n'étaient pas en relation de causalité adéquate avec l'accident du 17 septembre 2008. La CNA a

également invoqué le fait que le recourant n'avait pas tout mis en œuvre pour atténuer les conséquences de son accident.

Invité à répliquer, le recourant a confirmé le 15 mai 2012 les conclusions prises dans son mémoire de recours. Outre le grief relatif à l'impact de l'accident sur sa santé psychique, il a invoqué l'importance des douleurs dont il souffrait encore, raison selon le recourant, de la proposition d'une nouvelle intervention chirurgicale (amputation transmétatarsienne).

Dans sa duplique du 11 septembre 2012, l'intimée a maintenu sa position, niant l'existence d'un lien de causalité entre les troubles psychiques dont le recourant pouvait souffrir et l'accident du 17 septembre 2008.

Dans ses déterminations du 3 octobre 2012 sur duplique, le recourant a confirmé les conclusions prises dans son mémoire de recours du 11 novembre 2011.

E n d r o i t :

1. Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours devant le tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le

domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile (art. 60 LPGGA) devant le tribunal compétent, respecte les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c p. 417; ATF 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53, confirmés par TF 9C_441/2008 du 10 juin 2009 consid. 2.1).

b) Le litige est circonscrit à la question de l'ouverture du droit à une rente d'invalidité LAA, singulièrement celle du taux de l'invalidité présentée par le recourant suite à l'accident du 17 septembre 2008, respectivement de la quotité (13%) de la rente d'invalidité allouée à compter du 1^{er} septembre 2011 par la CNA à l'assuré suite à l'accident du 17 septembre 2008. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité (12,5%) n'est pas litigieuse.

3. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGGA).

a) Si l'assuré est invalide à 10% au moins par suite d'un 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 à 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 cessant dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA).

Conformément à l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 7 al. 1 LPGA, toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité est réputée incapacité de gain, 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. L'art. 7 al. 2 LPGA précise que seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain et qu'en outre, il y a incapacité de gain uniquement si celle-ci n'est pas objectivement surmontable. Pour établir si on peut raisonnablement exiger de l'assuré qu'il surmonte par ses propres efforts les répercussions négatives de ses problèmes de santé et exerce une activité lucrative et, partant, réalise un revenu, il faut se placer d'un point de vue objectif. L'élément déterminant n'est donc pas la perception subjective de l'intéressé, mais de savoir si on peut objectivement attendre de lui qu'il surmonte ses limitations et exerce une activité lucrative en dépit de ses problèmes de santé (ATF 135 V 215 consid. 7.2 et les références citées).

En matière de capacité de gain, le droit des assurances sociales prévoit l'obligation de limiter le préjudice subi. Ce principe implique pour l'assuré qu'il est tenu de mettre en œuvre tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer les conséquences de son accident, fût-ce au prix d'un effort important (ATF 117 V 400; ATF 115 V 53; RAMA 1996, p. 37 consid. 3d).

Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration (en cas de recours, le tribunal) se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c; 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.1).

Chez les assurés actifs – soit les assurés qui, sans atteinte à la santé, exerceraient une activité lucrative à plein temps –, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; 104 V 135 consid. 2a et 2b).

Lorsqu'un assuré n'exerce plus d'activité lucrative, une stricte comparaison des revenus au sens de l'art. 16 LPGA est impossible. Dans ce cas, le degré d'invalidité doit être déterminé à partir des données médicales et selon la méthode générale de comparaison des revenus, par simple comparaison approximative et sommaire de deux revenus hypothétiques. Selon la pratique en vigueur, l'appréciation par le médecin de la question de savoir jusqu'à quel point la capacité de rendement de l'assuré est limitée par suite de l'accident revêt ici une grande importance,

notamment pour ce qui est du rendement au travail encore exigible (ATF 114 V 310). L'appréciation de la question de l'exigibilité donnée par le médecin permet de déterminer les activités qui entrent encore en considération pour l'assuré malgré les limitations dues à l'accident. Ensuite, il y a lieu d'évaluer le gain que l'assuré pourrait encore réaliser en exerçant une telle activité (revenu d'invalidé). Ce revenu doit être comparé avec celui que l'assuré aurait pu réaliser sans handicap (revenu sans invalidité), afin d'obtenir le degré d'invalidité.

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré requiert que l'événement dommageable de caractère accidentel soit dans un rapport de causalité avec l'atteinte à la santé.

aa) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, 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. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé: il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et 402 consid. 4.3.1; 119 V 335 consid. 1). Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration, le cas échéant le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans le droit des assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références; TF 8C_433/2008 du 11 mars 2009 consid. 3.1). Lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut être qualifiée de probable dans le cas

particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (TF 8C_513/2007 du 22 avril 2008 consid. 3.1 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'événement accidentel et l'atteinte à la santé. La causalité doit être considérée comme adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait en cause 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 précité consid. 3.2; ATF 125 V 456 consid. 5a et les références; TF 8C_710/2008 du 28 avril 2009 consid. 2).

bb) En tant que principe répondant à la nécessité de fixer une limite raisonnable à la responsabilité de l'assureur-accidents social, la causalité adéquate n'a pratiquement aucune incidence en présence d'une atteinte à la santé physique en relation de causalité naturelle avec l'accident, du moment que dans ce cas l'assureur répond aussi des atteintes qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références). En revanche, pour parer aux incertitudes liées aux nombreux cas d'espèce et au risque d'inégalité de traitement, la jurisprudence a dégagé des critères objectifs en vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et des 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 exemple 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 (ATF 129 V 402, consid. 4.4.1; TF 8C_262/2008 du 11 février 2009 consid. 3.1; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], vol. XIV, 2^e éd. 2007, n. 89 s.).

Ainsi, selon la jurisprudence, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre un accident insignifiant ou de peu de gravité et des troubles psychiques doit, en règle générale, être niée d'emblée, tandis qu'elle doit être admise en cas d'accident grave; pour admettre le rapport de causalité adéquate entre un accident de gravité moyenne et des troubles psychiques, 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 129 V 402 consid. 4.4.1; 115 V 133 consid. 6c/aa; 403 consid. 5c/aa; Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n. 91).

c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des

règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3; cf. TF 9C_22/2011 du 16 mai 2011 consid. 5). Une valeur probante doit également être accordée aux appréciations émises par les médecins de la CNA car, selon la jurisprudence, cette institution n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; Pratique VSI 2001 p. 106 consid. 3b; TFA I 554/01 du 19 avril 2002 consid. 2a), bien qu'un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se

trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur (TF 9C_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 5.2).

4. a) Dans le cas d'espèce, le recourant soutient tout d'abord que l'état de son pied gauche n'était pas suffisamment stabilisé au moment où l'intimée a rendu sa décision en septembre 2011.

Les médecins interpellés en procédure administrative ont décrit une évolution favorable sur les plans orthopédique, clinique et fonctionnel. Lors du séjour du recourant à la Clinique F. _____ du 18 mars au 22 avril 2009, le Dr Y. _____ a certes constaté une neuropathie du nerf péronier gauche au décours mais il a considéré l'atteinte comme mineure et ne devant pas interférer avec la récupération. Au terme de son examen, le spécialiste a envisagé pour seul traitement un traitement médicamenteux antiépileptique (cf. rapport du 14 avril 2009). Les résultats en matière de physiothérapie et d'ergothérapie ont été probants, malgré les autolimitations, les plaintes du recourant et sa coopération qualifiée de moyenne, ce qui a fait dire aux thérapeutes qu'au vu de ces discordances et de la variabilité de l'implication de l'intéressé, il s'agissait plutôt de facteurs non lésionnels, en particulier comportementaux, qui créaient un obstacle au retour à une activité professionnelle (cf. les rapports des 20 et 24 avril 2009). Dans leur rapport final du 18 mai 2009, les Drs L. _____ et A. _____ ont considéré la capacité de travail du recourant comme complète dans une activité adaptée. Ils n'ont préconisé comme suivi qu'un réentraînement à la marche, des exercices de désensibilisation et la prescription de médicaments (Lyrica 50 mg et Reméron 30 mg). Ils n'ont suggéré aucune autre mesure médicale ou chirurgicale.

Le Dr P. _____ a indiqué en juillet 2009 que son patient ne présentait pas de problème concernant la reconstruction chirurgicale mais uniquement des difficultés à la marche et que la palpation du nerf péroné gauche ne montrait pas de suspicion clinique pour une neuropathie de ce nerf. Le Dr D. _____ a estimé en août 2009 que si le moignon était globalement hyperalgique il n'y avait pas de névrome à réviser pour

l'instant et en septembre, que le moignon paraissait plus calme. Il a également indiqué que la situation de son patient avait évolué favorablement et qu'il fallait l'encourager à augmenter son périmètre de marche et sa résistance à l'effort et organiser une reprise d'activité progressive thérapeutique. En décembre 2009, le même spécialiste a considéré, au contraire des dires de son patient, que ce dernier allait mieux depuis le dernier contrôle; il lui a expliqué ce qui pourrait être envisagé si les plaintes persistaient, soit une amputation transmétatarsienne, opération pour laquelle le recourant s'est déclaré « moyennement décidé ». En avril 2010, le recourant a déclaré au Dr D. _____ « ne pas vouloir une nouvelle amputation ».

Dans son rapport du 22 juillet 2010, le Dr B. _____ a relevé qu'il avait l'impression que le recourant souffrait d'un « trouble fonctionnel que les séquelles objectivables de l'accident, au demeurant modérées, peinent à expliquer ». Ce spécialiste a également considéré que le recourant conservait une pleine capacité de travail dans une activité légère et qu'il considérait le cas comme médicalement stabilisé. Le recourant lui a affirmé « ne pas être acquis à l'idée de se faire réopérer » et qu'il craignait « que les douleurs persistent et que son pied soit encore plus déséquilibré ». Le spécialiste ne s'est dès lors pas déclaré favorable à une nouvelle opération, ne pouvant mesurer l'effet psychologique d'une nouvelle amputation sur le recourant, ce dernier n'y étant d'ailleurs pas favorable. Il résulte de ce qui précède qu'en été 2010 déjà l'intimée aurait été médicalement fondée à considérer que l'état du pied gauche du recourant était consolidé et que des mesures chirurgicales n'étaient plus nécessaires.

En février 2011, le Dr J. _____ a fait état de douleurs mixtes (mécaniques et neurogènes) et de l'existence de clairs signes d'activation sympathique du membre inférieur gauche. Il ne suggérait néanmoins aucune mesure thérapeutique, notamment aucun traitement, et renvoyait uniquement à une évaluation psychiatrique.

En mars 2011, à l'examen clinique, le Dr D._____ a indiqué ceci: « il n'y a pas de modification de l'aspect du pied. Il se plaint de douleurs à la cheville que l'on n'arrive pas vraiment à reproduire par la mobilisation en flexion-extension de la cheville. En palpant la région périrochantérienne, il a un tout petit peu mal mais il n'y a rien de très substantiel. »

En mai 2011, le Dr B._____ a revu une dernière fois l'assuré et il a constaté que l'avant-pied était complètement fermé avec des téguments d'assez bonne qualité. Sur la base de ses observations, il a par ailleurs soupçonné le recourant de marcher beaucoup plus normalement que lorsqu'il n'est pas observé. Il a déclaré qu'au vu de ce contexte, une amputation transmétatarsienne lui semblait déraisonnable. L'assuré lui a déclaré souhaiter un second avis médical.

En juin 2011, le recourant a réaffirmé au Dr D._____ qu'il ne souhaitait pas d'opération. En août 2011, ce même spécialiste a affirmé que « les plaintes du patient sont en partie difficiles à comprendre. [...] On a une situation orthopédique qui pourrait justifier une reprise chirurgicale mais nous ne sommes pas sûrs que cette dernière puisse faciliter le déroulement du pas et améliorer la situation du patient au niveau des douleurs. Par conséquent, sauf si le patient est très demandeur, on n'est pas enclin à lui imposer une opération ».

En conclusion, en mai 2009 déjà, les Drs L._____ et A._____ avaient considéré que l'état de santé du recourant lui permettait l'exercice en plein d'une activité légère. Le Dr B._____, se basant sur son examen clinique et sur le rapport des médecins précités, est arrivé à la même conclusion en juillet 2010 et ce n'est qu'en septembre 2011 que l'intimée, après un dernier examen clinique du recourant par son médecin d'arrondissement, a rendu sa décision sur la base d'un status stabilisé sur le plan médical, en ce sens qu'il n'y avait plus lieu d'admettre de la continuation du traitement médical une amélioration sensible de l'état de santé. En ce qui concerne l'éventualité d'une nouvelle intervention (amputation transmétatarsienne), c'est à juste

titre qu'elle ne pouvait être considérée comme un traitement exigible à même d'améliorer la santé du recourant. En effet, les opinions des médecins étaient très partagées quant à une nouvelle amputation plus franche et l'assuré a, à plusieurs reprises, manifesté sa volonté de ne pas se faire opérer, ou à tout le moins son indécision quant à une opération dont les spécialistes ne savaient si elle était susceptible d'améliorer significativement sa capacité de travail. En présence d'un status stabilisé sur le plan médical, l'intimée était en droit de statuer sur les prétentions de l'assuré sous forme de rente d'invalidité sans plus attendre (art. 19 al. 1 LAA). Si des mesures de reclassement professionnel devaient être mises sur pied par l'assurance-invalidité, il faudrait alors considérer la rente comme transitoire au sens de l'art. 30 OLAA (ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents; RS 832.202).

La question de l'exigibilité sur le plan médical a été examinée lors du séjour de quatre semaines à la Clinique F._____, puis à l'occasion d'examens complémentaires effectués par plusieurs médecins de l'Hôpital G._____ et lors de trois consultations auprès du médecin d'arrondissement de la CNA, le Dr B._____. Les rapports et avis médicaux ainsi produits, au vu de leur contenu et de leur nombre, rendent compte d'une étude circonstanciée et complète de l'évolution de l'état du recourant sous l'angle médical. Par ailleurs, on constate que le recourant n'a pas apporté d'éléments médicaux objectifs déterminants permettant de douter du bien-fondé des appréciations médicales émises par les médecins consultés. Le seul fait qu'il se plaigne de douleurs ne permet pas de remettre en cause l'exigibilité médicale telle que documentée. Du reste, dites douleurs sont difficilement objectivables, comme cela ressort du rapport motivé du Dr B._____ du 22 juillet 2010. Le Dr D._____ a quant à lui fait état en mars 2011 de « douleurs à la cheville que l'on arrive difficilement à reproduire par la mobilisation [...], il a un tout petit peu mal mais il n'y a rien de très substantiel ». Le même spécialiste a indiqué en août 2011 que « les plaintes du patient sont en partie difficiles à comprendre ». Finalement, le rapport du Dr Z._____ produit par l'intéressé à l'appui de son recours ne fait pas état de constatations nouvelles par rapport à celles décrites dans les autres documents

médicaux versés au dossier concernant la question de la stabilisation du status médical.

En définitive, on ne saurait considérer que le recourant a apporté des éléments médicaux objectifs déterminants permettant de douter du bien-fondé des appréciations médicales émises par le Dr B._____, le Prof. L._____ et la Dresse A._____, quant à l'exigibilité médico-théorique qu'ils ont retenue au regard de tout ce qu'on peut raisonnablement attendre d'un assuré pour atténuer les conséquences de son accident, fut-ce au prix d'un effort important, en adoptant un comportement compliant adéquat.

L'instruction étant ainsi réputée complète sur le plan médical, il n'y a pas lieu de donner suite à la requête du recourant tendant à la mise en œuvre d'une expertise ou de plus amples mesures d'instruction, mais bien de retenir que l'état de santé du recourant, stabilisé sur le plan somatique, justifiait l'ouverture du droit à une rente (art. 19 al. 1 LAA).

b) Le recourant soutient ensuite que les troubles psychiques dont il souffre sont en rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'accident du 17 septembre 2008. L'intimée ne nie pas l'existence de troubles psychiques. Elle ne reconnaît cependant pas l'existence d'un rapport de causalité adéquate entre ces troubles psychiques et l'accident.

aa) Invoquée pour la première fois à l'appui du recours du 11 novembre 2011, la problématique psychique a été examinée en avril 2009 par la Dresse M._____, laquelle a retenu le diagnostic de trouble de l'adaptation avec prédominance de la perturbation d'autres émotions (F43.23). Elle n'a pas retenu de troubles attentionnels ou mnésiques, ni n'a relevé d'éléments en faveur d'un trouble psychotique ou d'un trouble manifeste de la personnalité. Elle a également écarté le diagnostic de PTSD (syndrome de stress post-traumatique, réd.). Selon le rapport final de la Clinique F._____, l'amputation constituait une détresse importante pour l'assuré mais cette souffrance était également à l'origine d'attentes

et de demandes de réparation démesurées, qui s'expriment au travers d'un comportement mal adapté, démonstratif et revendicateur.

Quant au rapport de novembre 2011 du Dr Z._____, consulté par le recourant, il n'aborde pour ainsi dire pas la question de la causalité entre les troubles psychiques du recourant et l'accident du 17 septembre 2008, si ce n'est pour indiquer « un état dépressif réactionnel marqué par un sentiment de tristesse et d'impuissance et par un sentiment d'échec. On peut également mettre en évidence actuellement une impossibilité d'accepter la perte avec un sentiment de colère très fort et des revendications envers le corps médical, ses employeurs et surtout les assurances ».

Ainsi, la problématique psychique a fait l'objet en 2009 d'un examen consciencieux et d'un rapport complet, motivé et exempt de contradiction, satisfaisant aux conditions posées par la jurisprudence en matière de force probante, à la différence du rapport du Dr Z._____ dont se prévaut le recourant, compte tenu de l'absence de motivation relative à d'éventuelles répercussions des troubles psychiques sur la capacité de travail de l'intéressé. Au demeurant, il convient de rappeler que, selon la jurisprudence, l'avis du médecin traitant doit être admis avec réserve (cf. consid. 3 let. c supra).

Cela étant, comme retenu par le Tribunal fédéral (TFA U 19/06 du 18 octobre 2006 consid. 2), la question de la causalité naturelle peut demeurer ouverte si une réponse négative doit être apportée à celle de la causalité adéquate. La question de savoir si les troubles psychiques allégués par le recourant sont en lien de causalité naturelle avec l'accident peut ainsi demeurer indécise, l'existence d'un lien de causalité adéquate devant de toute manière être niée, comme démontré ci-dessous.

bb) S'agissant de l'examen de la causalité adéquate entre l'accident du 17 septembre 2008 et les troubles psychiques du recourant, il y a lieu d'examiner dans un premier temps si l'accident peut être considéré comme étant de gravité moyenne, ainsi que le prétend le

recourant. Il sied à cet égard de rappeler que pour procéder à cette qualification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a vécu l'événement et géré les suites du choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement lui-même.

En l'occurrence, le recourant a eu le pied écrasé entre une plate-forme élévatrice et une dalle en béton. Il s'est trop avancé en plaçant son pied gauche sous le rail de la benne qui était à la phase descendante et, malgré les chaussures de sécurité, son pied gauche a été entraîné par la benne et ses quatre doigts de pied (hormis le petit doigt) ont été sectionnés.

Le Tribunal de céans est d'avis que les circonstances concomitantes et le déroulement de l'événement du 17 septembre 2008 ne sont pas tels qu'il faille retenir, dans le cas particulier, l'existence d'un accident de gravité moyenne au sens de la jurisprudence rappelée ci-dessus. On ne peut dénier un caractère impressionnant à l'événement accidentel, mais on ne saurait retenir que ce critère revêt en l'espèce une intensité telle qu'il suffirait à lui seul pour reconnaître le lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques présentés par le recourant et l'accident. On ne peut associer le cas d'espèce à celui d'une personne qui verrait une partie de son pied se détacher de son corps, perdre connaissance ou encore saigner abondamment. Et même s'il fallait considérer que l'accident survenu le 17 septembre 2008 se trouve à la limite des accidents graves, la causalité adéquate ne pourrait quoi qu'il en soit pas être admise au vu des considérations qui suivent, dès lors que les autres critères déterminants que sont la gravité des lésions subies, la durée anormalement longue du traitement médical, les douleurs physiques persistantes ainsi que la durée de l'incapacité de travail dues aux seules atteintes à la santé physique font, en l'occurrence, défaut.

En ce qui concerne la gravité et la nature particulière des lésions, on ne saurait, s'agissant des troubles psychiques, assimiler une atteinte au pied (plus précisément aux orteils), comme celle subie par le recourant, à une atteinte à la main, comme le fait ce dernier en se

référant dans sa réplique à la jurisprudence applicable en la matière (pour une vue d'ensemble de la casuistique, voir le considérant 4.1.2 de l'arrêt 8C_77/2009 du 4 juin 2009). En effet, la main est un organe qualifié par le Tribunal fédéral d' « important », auquel « l'homme attache normalement une importance subjective particulière » (TFA U 25/99 du 22 novembre 2001 et également dans ce sens Murer/Kind/Binder: Kriterien zur Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhanges bei erlebnisreaktives (psychogenen) Störungen nach Unfällen, in SZS 1993, p. 142). Si l'amputation de quatre doigts de pied constitue une atteinte importante, elle ne saurait pour autant être qualifiée de grave dans ses conséquences éventuelles sur la santé psychique du recourant. A la sortie de la Clinique F._____ en avril 2009, soit six mois après l'accident, les médecins ont considéré sa capacité de travail comme pleine et entière dans une activité tenant compte de ses limitations, soit, les longs déplacements, les déplacements en terrain accidenté et le port de charges lourdes. Cette appréciation a été corroborée par son employeur en décembre 2009 alors que le recourant avait repris une activité adaptée puis par le Dr B._____ en juillet 2010. Ce même spécialiste a également indiqué que les « séquelles objectivables de l'accident étaient modérées ».

S'agissant de la durée du traitement, le recourant a subi deux opérations immédiatement après l'accident de septembre 2008. A sa sortie de la Clinique F._____ en avril 2009, les médecins ne lui ont prescrit qu'un réentraînement à la marche, des exercices de désensibilisation et la prise de médicaments. Sous l'angle neurologique, seul un traitement médicamenteux antiépileptique a été prescrit. En septembre 2009, le Dr D._____ a également considéré que la situation de son patient avait évolué favorablement et qu'il fallait « maintenant un peu l'encourager à augmenter son périmètre de marche et sa résistance à l'effort et organiser (...) une reprise [du travail] progressive thérapeutique ». On peut dès lors estimer la durée du traitement des lésions du recourant à environ une année, laquelle ne peut être qualifiée d'anormalement longue.

Quant aux plaintes du recourant relatives à ses douleurs physiques, le Dr Y._____ a bien relevé en avril 2009 une possible composante neurogène, mais considéré que l'atteinte était mineure et ne devrait pas interférer avec la récupération. Le Dr P._____ a considéré que la palpation du nerf péroné gauche ne montrait pas de suspicion clinique pour une neuropathie de ce nerf en juillet 2009. Finalement, le Dr B._____ a relevé en juillet 2010 que l'impression qui prévalait « est finalement celle d'un trouble fonctionnel que les séquelles objectivables de l'accident, au demeurant modérées, peinent à expliquer ». Au vu de ce qui précède, on ne peut attribuer la persistance des douleurs dont se plaint le recourant à l'événement accidentel que dans une faible mesure, ce qui n'est pas suffisant pour remplir le critère jurisprudentiel des douleurs persistantes. Les spécialistes ont par ailleurs tous évoqué d'autres facteurs, non liés à l'accident, comme étant probablement à l'origine de la persistance des plaintes. Il en va de même pour le critère de la durée de l'incapacité de travail. En avril 2009, soit six mois après l'accident, les médecins de la Clinique F._____ avaient déjà considéré la capacité de travail du recourant comme pleine et entière dans une activité adaptée. En juillet 2010, le Dr B._____ était parvenu à la même conclusion, retenant par ailleurs que des facteurs comportementaux rendraient la reprise dans une activité professionnelle difficile. Force est donc de constater que ni le critère des douleurs persistantes ni celui d'une incapacité de travail anormalement longue ne sont remplis. Enfin, il n'y a eu ni erreur médicale ni complication importante au cours du traitement.

Par conséquent, eu égard à l'ensemble des circonstances du cas, aucun des critères examinés ne peut être considéré comme réalisé à un degré suffisant, au regard de la jurisprudence.

Au vu de ce qui précède, en l'absence de rapport de causalité adéquate entre les troubles psychiques présentés par le recourant et l'accident assuré, l'intimée était fondée à considérer que seules les séquelles somatiques découlant de l'accident donnaient droit à une rente d'invalidité.

c) S'agissant des descriptions de poste de travail (DPT) retenues par l'intimée pour procéder au calcul de la perte de gain et du degré d'invalidité, le recourant se borne à les contester, sans indiquer en quoi les activités retenues seraient inadaptées à son état de santé. Les Drs L._____ et A._____ ont indiqué dans leur rapport final que leur patient gardait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée s'il était tenu compte de ses limitations sur les longs déplacements, les déplacements en terrain accidenté et le port de charges lourdes. Le Dr B._____ a confirmé cette appréciation et la CNA s'est référée à ces conclusions médicales dans sa décision du 23 septembre 2011 et sa décision sur opposition du 10 octobre 2011. Les cinq DPT sélectionnées tiennent compte de ces limitations, dans le sens où il s'agit d'activités légères, de type industriel, largement sédentaires et autorisant les positions alternées. L'exercice des activités décrites par ces DPT étant ainsi exigibles, il convient de considérer, à l'instar de la CNA, qu'elles sont adaptées aux limitations fonctionnelles du recourant. Par conséquent, c'est à bon droit que la CNA s'est basée sur la moyenne des revenus de ces cinq activités pour déterminer le revenu d'invalidé, soit le revenu mensuel moyen de 4'375 fr. Compte tenu d'un revenu présumable sans invalidité de 5'039 fr. (part du 13^{ème} salaire comprise) en tant qu'employé auprès de l'entreprise T._____ SA, la perte de gain s'élève à 13,1%. C'est donc à juste titre que l'intimée a retenu un degré d'invalidité de 13% pour fixer le droit à la rente du recourant.

5. Des considérants qui précèdent, il résulte que le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée. La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'est pas perçu de frais de justice, ni alloué de dépens dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue le 10 octobre 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 :

Le greffier :

Du

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

- Me Yvan Guichard, avocat (pour C. _____),
- Me Didier Elsig, avocat (pour la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents),
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :