

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 1<sup>er</sup> juin 2017

---

Composition : M. PIGUET, président  
M. Métral et M. Gutmann, assesseur  
Greffier : M. Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**A.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Laurent Damond, avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 7, 8 al. 1 et 16 LPGA; 6 al. 1, 18 al. 1, 19 al. 1, 24 al. 1 et 25 al. 1 LAA ; 36 al. 1 et 4 OLAA**

**E n f a i t :**

**A.** A.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], travaillait, depuis le 17 juin 2001 et à plein temps, en qualité d'aide-boulangier auprès de la société L.\_\_\_\_\_, à [...]. Il était assuré à titre obligatoire pour les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 16 novembre 2011, l'assuré a été victime d'un accident de scooter.

Il a été hospitalisé du 16 au 29 novembre 2011 au sein du Service d'orthopédie et de traumatologie du CHUV. En présence d'une fracture du tibia distal et du péroné distal gauches, il a bénéficié d'un alignement sur fixateur externe (Hoffmann II tibio-calcanéen), puis d'une réduction ouverte et ostéosynthèse (cf. le rapport du 2 décembre 2011 des Drs X.\_\_\_\_\_ et S.\_\_\_\_\_ ainsi que les protocoles opératoires des 18 et 29 novembre 2011 en annexe).

Le 16 décembre 2011, la CNA a informé l'assuré qu'elle prenait en charge le traitement médical et allouait des indemnités journalières pour les suites de l'accident du 16 novembre 2011.

Le 26 janvier 2012, l'assuré a notamment déclaré à un inspecteur de la CNA qu'il se déplaçait toujours à l'aide de deux cannes et qu'il pouvait juste poser son pied gauche au sol, sans trop appuyer dessus. Il ne parvenait pas à bouger le pied de haut en bas mais était apte à se déplacer avec les cannes sur une distance de 500 mètres au maximum.

L'assuré a été examiné le 21 mai 2012 par le Dr B.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la CNA, qui a posé les diagnostics de status après fracture de la jambe gauche stabilisée par un fixateur Hoffmann II le 16 novembre 2011, de status après réduction ouverte et ostéosynthèse

par plaque LCDCP du tibia gauche et plaque tiers tube du péroné gauche, de discret syndrome de tunnel tarsien (avec syndrome irritatif de l'insertion proximale du ligament longitudinal de la voûte plantaire gauche) et de suspicion d'une lésion partielle du sciatique poplité externe (SPE) gauche par compression. Dans son appréciation du cas, ce chirurgien relevait subjectivement, la persistance de douleurs du talon à la charge (fourmillements) mais plus au repos, avec une marche qui s'effectuait toujours à l'aide de deux cannes anglaises à l'extérieur et sans moyen auxiliaire à domicile. Objectivement, l'examen clinique était dominé par des douleurs à localisation tibio-tarsienne antérieure gauche ainsi que dans la région sous-malléolaire interne gauche, ce qui correspondait à un syndrome de tunnel tarsien avec Tinel positif associé à un syndrome irritatif de l'insertion proximale du ligament longitudinal de la voûte plante. Sur le plan neurologique, une diminution de motricité associée à une diminution de la sensibilité en L5 suggérait une atteinte partielle du sciatique poplité externe qui pouvait expliquer, en partie, la perte de mobilité du membre inférieur gauche de l'assuré. Le Dr B. \_\_\_\_\_ estimait que l'aspect strictement orthopédique était quant à lui satisfaisant, élément conforté par les radiographies qui attestaient une consolidation avec disparition des traits de fractures et aspect homogène de la structure osseuse au niveau du tibia et du péroné gauches.

L'assuré a séjourné à la Clinique Romande de Réadaptation (CRR), à [...], du 5 septembre au 9 octobre 2012. Dans le rapport de sortie du 7 décembre 2012, les Drs U. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réhabilitation et en médecine du sport, et F. \_\_\_\_\_, médecin-assistant, ont fait état des diagnostics suivants :

#### DIAGNOSTIC PRINCIPAL

- Thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs de la cheville gauche

#### DIAGNOSTICS SUPPLEMENTAIRES

- Accident de la voie publique le 16.11.2011 se soldant par une fracture tibiale distale gauche et du péroné distal gauche nécessitant un traitement temporaire par fixateur externe

- Hoffmann II le 16.11.2011 et une réduction ouverte et ostéosynthèse le 24.11.2011.
- CRPS [Complex regional pain syndrome] type II
  - Atteinte de la partie médiane du nerf péronier superficiel gauche par axonotmésis partielle
  - Fracture de la phalange moyenne de l'auriculaire de la main gauche en 2011 traitée conservativement par attelle.

Dans leur discussion du cas, les spécialistes de la CRR ont constaté une incapacité de travail de l'assuré qui demeurerait totale. A la sortie, l'assuré ne déclarait ne constater aucun changement significatif malgré les traitements prodigués (physiothérapie et médicamenteux). Toutefois, la volonté du patient de donner le maximum était décrite comme étant incertaine par les thérapeutes. Très fixé sur la douleur, l'assuré avait compliqué la mise en place d'un programme de rééducation cohérent. Malgré l'absence de progrès, l'intéressé s'était vu proposer la poursuite de la physiothérapie afin d'assurer le maintien d'un suivi et d'un cadre thérapeutique. Retenant que la situation n'était pas stabilisée malgré l'absence de progrès, les Drs U.\_\_\_\_\_ et F.\_\_\_\_\_ estimaient difficile de statuer sur la possibilité d'un retour au travail ainsi que de définir avec précision d'éventuelles limitations fonctionnelles de l'assuré, compte tenu des auto-limitations observées.

Le 14 janvier 2013, l'assuré a fait part à un inspecteur de la Suva [...] du fait que son pied gauche était toujours bloqué et que sa cheville était encore gonfle. Il a également déclaré ne plus faire de physiothérapie depuis sa sortie de la CRR.

Le 28 janvier 2013, l'assuré a déposé une demande de prestations pour adultes sous la forme de mesures pour une réadaptation professionnelle auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI).

Dans un rapport du 21 mai 2013 consécutif à un examen clinique du même jour, le Dr B.\_\_\_\_\_ a émis les considérations suivantes :

Il s'agit donc d'un patient de 48 ans, aide-boulangier, dont les antécédents sont décrits plus haut et sur lesquels nous ne revenons pas.

Du point de vue **médical**, l'examen de ce jour, émaillé de soupirs chez un patient expressif laisse fortement suspecter la présence de facteurs d'aggravation non organiques. En effet, nous sommes surpris par la discrédance lors de notre examen neurologique entre l'absence de mobilité du gros orteil G [gauche] comparé à un geste parfaitement exécutable lorsque le patient se met en position verticale. A ce sujet, le patient n'émet aucune explication à notre constatation.

Du point de vue strictement **orthopédique**, nous notons que la mobilité de la cheville G reste très diminuée avec une position en léger équin de 10°. Compte tenu de cet élément ainsi que de l'amyotrophie relative du MIG [membre inférieur gauche], il est indispensable que la physiothérapie puisse se poursuivre de manière intensive à raison de 3x/semaine, complétée par le port de l'attelle de Heidelberg et de chaussures adaptées. Cliniquement, nous n'avons aucune évidence de la présence d'une algodystrophie de la cheville G.

[...]

Du point de vue **assécurologique**, la situation n'est pas encore stabilisée. Toutefois, compte tenu de la présence de facteurs non organiques, le pronostic de reprise du travail est sombre tout comme celui concernant une éventuelle reconversion professionnelle.

La situation devra être réévaluée dans un délai de 3 mois.

Le 22 mai 2013, la K.\_\_\_\_\_, assureur responsabilité civile du véhicule responsable de l'accident, a informé la CNA de la mise en œuvre d'une surveillance de l'assuré et lui a transmis le matériel d'observation.

Dans le rapport de sortie du 7 juin 2013 consécutif à un nouveau séjour de l'assuré à la CRR du 16 avril au 8 mai 2013, les Drs U.\_\_\_\_\_ et E.\_\_\_\_\_ ont rappelé les diagnostics précédemment posés en ajoutant celui secondaire, de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée. Les spécialistes ont estimé que les plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquaient partiellement par les lésions objectives, tout en précisant que des facteurs contextuels tels un sentiment d'inutilité, de perte de confiance en soi, chez un patient limité dans la compréhension de sa problématique médicale, se focalisant sur l'idée d'avoir été victime d'une erreur médicale, jouaient un rôle important dans les plaintes et les restrictions fonctionnelles rapportées, de sorte

qu'elles influençaient défavorablement le retour au travail. Malgré les diverses prises en charge durant le séjour, l'évolution n'était pas significative. La participation de l'intéressé aux thérapies avait été considérée moyenne; il restait fortement centré sur ses douleurs, ce qui avait perturbé passablement sa prise en charge en physiothérapie. L'assuré avait auto-évalué ses aptitudes fonctionnelles comme inférieures à sédentaires ou essentiellement assis; la volonté de donner le maximum aux différents tests a été qualifiée d'insuffisante et le niveau de cohérence pendant l'évaluation a été jugé faible. Au terme du séjour, les médecins de la CRR considéraient que la situation était stabilisée d'un point de vue médical avec la précision que la poursuite d'un traitement de physiothérapie pourrait permettre d'améliorer la qualité de vie de l'assuré. Les limitations fonctionnelles définitives suivantes étaient retenues : station debout prolongée, marche prolongée, marche sur terrain irrégulier, port de charges, monter / descendre les escaliers, agenouillements et accroupissements. Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité d'aide-boulangier était défavorable en raison des diagnostics posés et de facteurs non-médicaux (patient frustré et au bagage scolaire très restreint, limité dans la compréhension de sa problématique médicale et se focalisant sur l'idée d'avoir été victime d'une erreur médicale). Le pronostic de réinsertion dans une activité respectant les limitations fonctionnelles était défavorable compte tenu des facteurs non-médicaux mentionnés.

Dans un rapport du 11 juin 2013, les Drs V.\_\_\_\_\_ et I.\_\_\_\_\_, médecins auprès du Service d'orthopédie et de traumatologie du CHUV, ont indiqué que si la fracture était d'un point de vue orthopédique consolidée, un dommage permanent était à attendre sous la forme de douleurs chroniques à la cheville gauche de l'assuré.

Le 22 octobre 2013, l'assuré a bénéficié d'une ablation du matériel d'ostéosynthèse (AMO) au tibia et au péroné gauches, pratiquée par les médecins du CHUV.

L'assuré a été revu le 25 février 2014 par le Dr B.\_\_\_\_\_, dont le rapport d'examen du même jour se terminait comme suit :

#### 5. Appréciation

Il s'agit d'un patient de 49 ans, aide-boulangier licencié, dont les antécédents sont décrits plus haut et sur lesquels nous ne revenons pas.

Du point de vue médical, force est de constater que l'AMO [ablation du matériel d'ostéosynthèse] n'a pas permis une amélioration significative des plaintes de l'assuré.

Sur le plan clinique, nous notons la persistance d'un discret œdème du MIG [membre inférieur gauche] compatible avec un status 4 mois après intervention.

Nous retrouvons également la discrétion constatée en mai 2013 concernant l'atteinte du sciatique poplité externe qui à notre avis, n'est plus d'actualité.

Même si un certain nombre d'éléments nous permettent de considérer que le patient ne montre pas ses pleines capacités, il n'en reste pas moins qu'il se plaint d'une manière récurrente de douleurs du talon. Or, notre examen clinique de ce jour tout comme celui de mai 2013, montrent la présence d'une douleur élective à la palpation de l'insertion proximale du ligament longitudinal de la voûte plantaire. Malgré une prise en charge en milieu universitaire, nous sommes particulièrement étonnés que depuis l'AMO, soit un délai de 4 mois, aucune prescription par exemple d'une talonnette, n'ait été évoquée.

En conséquence et dans le contexte asséculo-logique agité présenté par cet assuré, nous serions reconnaissants au Dr D.\_\_\_\_\_, qui nous lit en copie, de bien vouloir se pencher sur ce cas à la faveur de la prochaine consultation au CHUV, ou si nécessaire en convoquant le patient.

Dans l'attente des éclaircissements du Dr D.\_\_\_\_\_ et à la faveur de l'examen de ce jour, nous reconnaissons à l'assuré une incapacité totale dans la profession exercée.

Dans un rapport du 22 avril 2014, les Drs C.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_, médecins auprès du Service d'orthopédie et de traumatologie du CHUV, ont constaté une évolution défavorable avec la persistance de douleurs chroniques à plus de deux ans du traumatisme. En présence de fractures consolidées, il leur était difficile d'expliquer les douleurs ayant un caractère inflammatoire, voire neurologique et psychogène, par une affection orthopédique. Ces praticiens n'avaient pas de propositions

complémentaires, hormis le port de chaussures orthopédiques. Une reprise de la profession habituelle de boulanger semblait peu probable.

L'assuré a été vu en consultation le 14 mai 2014 par le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Signalant un patient cliniquement très démonstratif, ce spécialiste se disait « dans une impasse complète » avec un porteur d'attelle d'Heidelberg dont la nécessité n'était pas certaine et qui conservait « une grosse jambe » avec une peau un peu luisante, éléments évocateurs d'une potentielle insuffisance veineuse chronique. Afin d'éclaircir la situation, l'assuré avait été adressé auprès du Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, ainsi qu'à la consultation d'angiologie du CHUV.

Dans un rapport du 27 juin 2014 au Dr D.\_\_\_\_\_, le Dr H.\_\_\_\_\_ a fourni l'appréciation suivante :

L'exploration ENMG [électroneuromyographie] du membre inférieur gauche est donc normale, et ne permet pas de confirmer en particulier une atteinte motrice distale. Cliniquement, il existe quelques incohérences avec une innervation inconstante de l'extension du pied, une boiterie d'épargne mais sans steppage, qui semble non influençable par l'utilisation de la canne, ni de l'attelle de Heidelberg, que le patient porte. Les troubles sensitifs sont assez diffus et mal systématisés. Compte tenu de ces éléments, j'ai l'impression qu'il existe soit une boiterie d'épargne sur douleurs résiduelles, sans caractère neuropathique, soit une majoration des symptômes.

Le 14 juillet 2014, le Dr D.\_\_\_\_\_ a répondu au médecin-conseil de la CNA que l'examen neurologique n'avait pas mis en évidence de lésion objective et que le Dr H.\_\_\_\_\_ avait constaté une boiterie ainsi qu'une sous-utilisation du membre qu'il ne s'expliquait par aucun substrat anatomique. L'examen angiologique n'ayant pour sa part pas attesté d'insuffisance veineuse chronique du membre inférieur après traumatisme, aucun geste, chirurgical ou médical ambulatoire, n'était en conséquence susceptible d'améliorer la situation.

Le 24 novembre 2014, la CNA a décidé la prise en charge d'une paire de chaussures orthopédiques.

Le 13 mai 2015, l'assuré a été examiné par le Dr G. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA. Dans son rapport final du même jour, ce chirurgien a indiqué notamment ce qui suit :

[...] Ce jour à l'examen clinique, le patient déclare que la situation ne s'est pas modifiée depuis l'AMO [ablation du matériel d'ostéosynthèse]. Il se plaint d'être réveillé 3-4x/nuit par des douleurs au niveau de la cheville G [gauche]. Durant la journée, il marche toujours avec deux cannes et ceci pour deux raisons : d'une part, il semble qu'il ne puisse pas charger complètement sur le talon G sans ressentir de très fortes douleurs au niveau de ce talon et d'autre part, régulièrement après 300-400 mètres de marche, la cheville G du patient se bloquerait, l'empêchant alors de faire le moindre mouvement. Le patient attend alors 10-15 minutes pour que sa cheville se débloque ; il peut alors à nouveau marcher 300-400 mètres jusqu'au prochain blocage de sa cheville G. M. A. \_\_\_\_\_ se plaint encore d'une sensation constante à la marche de tiraillements sous la plante du pied G. Lorsqu'il ne marche pas, le patient n'a pratiquement pas de douleur au niveau de la cheville G. Il se plaint par contre de douleurs de plus en plus fréquentes au niveau de la hanche G.

Objectivement, à l'examen clinique, marche avec deux cannes avec boiterie de non déroulement du pied G. A la marche à plat pieds-nus sans canne, importante boiterie de non déroulement du pied G, douleurs au niveau de la cheville et du genou D lors du sautillerment unipodal D, sautillerment unipodal G inenvisageable, genuflexion limitée à 90° en raison de douleurs au niveau de la cheville G, de la hanche G et du genou D, marche sur la pointe du pied et sur le talon G impossible, douleurs dans la région du point de Valleix G à la flexion forcée de la hanche G, léger signe du rabot au niveau des deux rotules et légère douleur à la palpation de l'interligne articulaire interne du genou D, douleur à la palpation des régions malléolaires interne et externe de la cheville D, œdème de la jambe G à partir de la TTA [tubérosité tibiale antérieure] jusqu'au niveau du coup du pied, prenant le godet. Cheville G présentant une flexion plantaire spontanée de 35° en décubitus dorsal, le patient déclarant ne pas pouvoir modifier cet angle de flexion plantaire. Passivement, on arrive à obtenir une flexion plantaire de 40°. Toujours passivement, on arrive à réduire la flexion plantaire à 0° mais sans arriver à obtenir une flexion dorsale de cette cheville G. Le tannage de la plante du pied G est légèrement inférieur à celui de la plante du pied D. Le patient décrit une hyposensibilité de la partie distale de la jambe et du pied G. Trophicité musculaire des cuisses symétrique. Diamètre du mollet G plus important que celui du D (œdème du mollet prenant le godet).

Les dernières radiographies du 15.05.2014 mettent en évidence un status après fracture distale du tibia et du péroné G traitée par ostéosynthèse suivie de l'AMO. Les rapports articulaires au niveau de la cheville G sont conservés.

Du point de vue asséculoologique, la situation paraît stabilisée.

La symptomatologie présentée par le patient n'est que partiellement explicable par les lésions objectives séquellaires de l'accident du 16.11.2011. En fonction des lésions séquellaires objectives en relation avec cet accident, le patient a une capacité de travail totale dans une activité respectant les limitations fonctionnelles suivantes : activité de type sédentaire, avec alternance de position debout assis, sans marche fréquente de plus de 100 mètres, sans fréquents escaliers et sans fréquente marche avec port de charge de plus de 15 à 20 Kg. Dans une activité respectant ces limitations fonctionnelles, la capacité de travail de l'assuré est totale.

Reste à la charge de l'assurance[-]accident[s], en vertu de l'art. 21 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20], le traitement à base de Paracétamol et d'AINS [anti-inflammatoires non stéroïdiens]. Tout autre traitement médicamenteux ne peut pas être en relation de causalité pour le moins probable avec les séquelles de l'accident nous concernant. Restent également à la charge de la Suva, si prescrites, jusqu'à 2 x 9 séances de physiothérapie antalgique pour la cheville G par année, en cas de décompensation douloureuse de cette cheville G.

Dans un second rapport du 13 mai 2015 intitulé « Estimation de l'atteinte à l'intégrité », le Dr G.\_\_\_\_\_, après avoir rappelé le résultat des multiples investigations menées et en particulier les dernières radiographies de mai 2014, a estimé l'atteinte à l'intégrité de l'assuré à 5%, compte tenu d'un tout début d'arthrose tibio-tarsienne moyenne.

Le 14 juillet 2015, la CNA a informé l'assuré qu'elle mettrait fin à la prise en charge des soins médicaux avec effet au 31 août 2015, sous réserve du traitement à base de Paracétamol et d'anti-inflammatoires prescrit ainsi qu'éventuellement deux séries de neuf séances de physiothérapie par année sur prescription médicale et moyennant une annonce de rechute. Le versement des indemnités journalières s'était terminé le 1<sup>er</sup> avril 2014 compte tenu d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée (de type sédentaire avec alternance de position debout / assis, sans marche fréquente de plus de 100 mètres ni avec port de charge de plus de 15 à 20 kilos, sans fréquentes montées / descentes d'escaliers) depuis lors. La CNA statuerait ultérieurement sur le droit à la rente et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI).

Par décision du 17 août 2015, la CNA a, d'une part, refusé d'allouer une rente d'invalidité, au motif que le taux d'invalidité, fixé après comparaison des revenus à 8,03%, était insuffisant pour ouvrir le droit à une telle prestation, et d'autre part, octroyé une indemnité pour atteinte à l'intégrité fondée sur une diminution de l'intégrité de 5%.

Les 14 septembre et 16 novembre 2015, l'assuré, par son conseil, s'est opposé à cette décision en concluant à l'octroi d'une rente invalidité et d'une IPAI sur la base d'un taux d'invalidité, respectivement d'une diminution à l'intégrité de 100%. Il contestait être en mesure d'exercer une quelconque activité lucrative « même en portant des charges limitées à 15-20 kg ».

Par décision du 19 novembre 2015, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré formée contre la décision du 17 août 2015.

**B.**           **a)** Par acte déposé le 4 janvier 2016, A.\_\_\_\_\_, représenté par Me Laurent Damond, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision sur opposition précitée, en concluant principalement à sa réforme en ce sens que la CNA est tenue de verser une rente invalidité « liée à une incapacité de gain d'au moi[n]s 50% » ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité « tenant compte d'une diminution de l'intégrité de 15% ». Subsidiairement, il a conclu à l'annulation de la décision querellée et au renvoi de la cause à l'intimée pour complément d'instruction dans le sens des considérants. En lien avec le droit à la rente, il a d'abord reproché à l'intimée de se « réfugier » derrière le rapport de surveillance de la K.\_\_\_\_\_ versé au dossier. Contestant l'évaluation de sa capacité de travail, il a soutenu être obligé de se déplacer avec deux cannes anglaises pour soulager ses douleurs. Il a souligné que l'étude des rapports conduisait à admettre que les affections entravaient toute activité de sa part. Il a également fait valoir l'impossibilité de retenir le revenu d'invalidité indiqué dans la décision (68'159 fr.), rappelant que ses problèmes de santé entravaient la reprise de toute activité lucrative, même avec des charges limitées à 15-20 kilos. S'agissant de l'IPAI, le recourant soutenait que les séquelles étaient

supérieures aux 5% retenus par la CNA, dès lors qu'il ne pouvait plus bouger sa jambe et était contraint de se mouvoir à l'aide de béquilles.

**b)** Dans sa réponse du 12 février 2016 la CNA a conclu au rejet du recours, estimant que les critiques du recourant n'étaient pas susceptibles de modifier sa position.

**c)** Au terme de ses déterminations du 21 avril 2016, le recourant a, compte tenu de l'aggravation de son état de santé, invité la Cour de céans à requérir un rapport médical auprès du Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, qui assurait son suivi au [...] SA.

Dans un rapport de consultation du 10 mai 2016 adressé au médecin-conseil de la CNA, le Dr W.\_\_\_\_\_ a, après avoir posé le diagnostic de douleurs chroniques cheville et pied gauches, status post fracture ouverte jambe distale en 2011, fourni l'appréciation suivante :

Au vu de l'histoire du patient, je propose une neurolyse du nerf tibial gauche dans un premier temps. Intervention qui s'effectuera avec votre accord sous régime de chirurgie ambulatoire.

Dans un deuxième temps et selon l'évolution la neurolyse du nerf péronier commun sera planifiée avec votre accord.

Les conséquences et complications de cette chirurgie ont été discutées avec le patient, qui reste motivé pour pouvoir améliorer sa situation algique difficilement gérable.

**d)** Dans sa correspondance du 17 août 2016, la CNA a indiqué que le rapport du Dr W.\_\_\_\_\_ ne démontrait pas, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'existence d'un lien de causalité entre les douleurs chroniques et l'accident de novembre 2011. L'intimée a joint en annexe une appréciation neurologique du 14 juillet 2016 au terme de laquelle le Dr E.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie de la Division Médecine des assurances de la CNA, précisait que l'intervention préconisée par le Dr W.\_\_\_\_\_ n'était pas indiquée.

**e)** Dans des déterminations du 6 septembre 2016, le recourant a indiqué maintenir les conclusions prises à l'appui de son recours du 4 janvier 2016.

**f)** Le 6 février 2017, la CNA a produit à la demande de la Cour de céans un rapport d'examen du 28 avril 2016 du Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, à l'intention du Dr W.\_\_\_\_\_, dont on extrait ce qui suit :

**APPRECIATION :**

Sur la base de l'ensemble de ces éléments, hormis l'absence de réponse sensitive pour le tronc musculo-cutané, au niveau du membre inférieur gauche, tous les paramètres moteurs sont intacts distalement tant pour les troncs SPE que SPI. Il y a de discrets signes en faveur d'une atteinte neurogène d'allure subaiguë à chronique au niveau du pédiex gauche avec une activité motrice maintenue.

Je n'ai par ailleurs aucun élément évocateur d'une souffrance d'origine radiculaire ou plexulaire.

Je pense que ces données doivent être comparées avec celles qui ont été probablement effectuées au décours des séjours à la CRR avant d'envisager une sanction chirurgicale.

Je n'ai par contre pas les compétences pour me prononcer en ce qui concerne la problématique orthopédique pure. [...]

Une copie de ce courrier et son annexe a été transmise au recourant pour son information.

**E n d r o i t :**

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents sous réserve de dérogations expresses (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 (art. 56 al. 1 LPGA). Le tribunal des assurances compétent est celui du

canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

**b)** En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile compte tenu des fériés d'hiver (cf. art. 38 al. 4 let. c LPGA) et devant le tribunal compétent, respecte les autres conditions de forme prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

**2. a)** La contestation porte en l'espèce sur le droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

**b)** On précisera que les modifications introduites par la nouvelle du 25 septembre 2015, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2017 (cf. ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification [RO 2016 4388]) ne sont pas applicables au cas d'espèce (cf. aussi ATF 136 V 24 consid. 4.3 ; 130 V 445 consid. 1.2.1 ; 129 V 1 consid. 1.2 ; TF 9C\_446/2013 du 21 mars 2014 consid. 4.2).

**3. a)** 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.

Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (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, fut-ce au prix d'un effort important (ATF 117 V 394 consid. 4b et 115 V 38 consid. 3b/bb; RAMA 1996, p. 37 consid. 3d).

**b)** 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 et les autres références citées). 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. 2c et 105 V 156 consid. 1; TFA I 274/2005 du 21 mars 2006 consid. 1.2 et I 562/2006 du 25 juillet 2007 consid. 2.1).

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b et 125 V 351 consid. 3a; TF 9C\_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, 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 également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a et 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à

prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis du médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et qu'il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4). Ainsi selon la jurisprudence, les rapports des médecins des assureurs peuvent également se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permette de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et les références citées ; TF 8C\_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2 et 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**4.** En l'espèce, le recourant conteste en premier lieu l'évaluation de son état de santé, respectivement l'existence d'une capacité résiduelle de travail à 100% dans l'exercice d'une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

**a)** En l'occurrence, la CNA a fait sienne l'appréciation finale du Dr G.\_\_\_\_\_, selon laquelle le recourant présentait une situation stabilisée avec un status après fracture distale du tibia et du péroné gauches traitée par ostéosynthèse suivie de l'ablation du matériel d'ostéosynthèse, avec des rapports articulaires conservés au niveau de la cheville gauche. Ce praticien considérait que le recourant bénéficiait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, de type sédentaire, avec alternance de position (debout / assis), sans marche fréquente de plus de 100 mètres, sans fréquents escaliers et sans fréquente marche

avec port de charge de plus de 15 à 20 kilos. Il observait notamment que la symptomatologie n'était que partiellement explicable par les lésions objectives séquellaires de l'accident du 16 novembre 2011.

**b)** Le point de vue du Dr G.\_\_\_\_\_, selon lequel la symptomatologie du recourant n'est que partiellement objectivée par les lésions séquellaires de l'accident, est corroborée par les constatations versées au dossier. Lors de son premier examen du 21 mai 2012, le Dr B.\_\_\_\_\_ observait déjà, d'un point de vue strictement orthopédique, un aspect global de la jambe gauche tout à fait satisfaisant, élément conforté par les radiographies qui montraient une consolidation avec disparition des traits de fracture et un aspect homogène de la structure osseuse au niveau du tibia et du péroné. Seule une atteinte du sciatique poplité externe, finalement écartée par le médecin d'arrondissement de la CNA le 25 février 2014, était alors envisagée pour étayer, en partie, la perte de mobilité du membre inférieur gauche du recourant. Au terme de son premier séjour à la CRR, il est apparu que le programme d'imagerie motrice initialement prescrit en ergothérapie n'avait pas pu être effectué en raison de réticences et d'incohérences remarquées, de la non-compréhension de la signification des exercices et du manque de maîtrise de la langue française. En physiothérapie, les thérapeutes avaient relevé des grimaces, soupirs, gémissements de la part du recourant à chaque fois qu'il faisait un exercice léger. Sa fixation sur la douleur avait rendu difficile la mise en place d'un programme de rééducation cohérent, suscitant ainsi le doute sur sa volonté de donner le maximum durant les thérapies. Partant, les Drs U.\_\_\_\_\_ et F.\_\_\_\_\_ s'avouaient dans l'impossibilité de se prononcer sur un retour éventuel au travail du recourant et de définir avec précision d'éventuelles limitations fonctionnelles, compte tenu des autolimitations observées. Lors de son examen du 21 mai 2013, le Dr B.\_\_\_\_\_ a également suspecté la présence de facteurs d'aggravation non organiques (« l'examen de ce jour, émaillé de soupirs chez un patient expressif laisse fortement suspecter la présence de facteur d'aggravation non organiques »). Il s'est dit en particulier surpris par la discrédance observée lors de son examen neurologique. Au terme du second séjour à la CRR, les Drs U.\_\_\_\_\_ et E.\_\_\_\_\_ ont indiqué que les plaintes et

limitations fonctionnelles s'expliquaient partiellement par les lésions objectives, soulignant en revanche que des facteurs contextuels jouaient un rôle important et influençaient défavorablement le retour au travail; ils ont également mis en exergue la participation moyenne du recourant aux thérapies. De même, le 25 février 2014, le Dr B.\_\_\_\_\_ a noté qu'« un certain nombre d'éléments nous permettent de considérer que le patient ne montre pas ses pleines capacités [...] ». Dans leur rapport du 22 avril 2014, les Drs C.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_ ont confirmé qu'en présence de fractures consolidées, les douleurs alléguées pouvaient difficilement s'expliquer par une affection orthopédique. Dans son rapport du 14 juillet 2014, le Dr D.\_\_\_\_\_ a quant à lui indiqué que l'examen neurologique n'avait pas mis en évidence de lésion objective et l'examen angiologique n'avait pas montré d'insuffisance veineuse chronique. Quant au Dr H.\_\_\_\_\_, il a souligné, dans son rapport du 27 juin 2014 que les troubles sensitifs étaient assez diffus et mal systématisés; il existait à son avis soit une boiterie d'épargne sur douleurs résiduelles, soit une majoration des symptômes.

Le recourant se réfère à l'avis du Dr W.\_\_\_\_\_ faisant état d'une situation algique « difficilement gérable » malgré sa volonté d'améliorer sa situation. Dans son rapport de consultation du 10 mai 2016, ce médecin retient le diagnostic de douleurs chroniques à la cheville et au pied gauches. Il ne soutient toutefois pas qu'aucune activité professionnelle ne serait exigible du recourant puisqu'il ne pose aucune constatation relative à la capacité résiduelle de travail de son patient. Il propose uniquement l'option thérapeutique d'une neurolyse du nerf tibial gauche dans un premier temps, puis du nerf péronier commun, dans le but d'améliorer la situation algique. Or les options thérapeutiques du Dr W.\_\_\_\_\_ ont été mises à mal par le neurologue M.\_\_\_\_\_. En l'absence d'élément évocateur d'une souffrance radiculaire ou plexulaire et en présence de discrets signes d'une atteinte neurogène d'allure subaiguë à chronique au niveau du pédieux gauche avec une activité motrice maintenue, ce médecin suggérerait de comparer ces données avec celles effectuées au décours des séjours à la CRR avant d'envisager une sanction

chirurgicale. Le 14 juillet 2016, le Dr E. \_\_\_\_\_ confirmait à cet égard que l'intervention préconisée par le Dr W. \_\_\_\_\_ n'était pas indiquée.

**c)** Compte tenu des lésions objectives séquellaires en relation avec l'accident subi (en particulier en l'absence de séquelles orthopédiques, neurologiques ou vasculaires), et malgré les douleurs évoquées, force est donc de retenir sur le plan médical, une capacité de travail du recourant à 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

**5.** Le recourant conteste également le revenu d'invalidé pris en compte dans la comparaison des revenus effectuée par l'intimée. Le revenu déterminé sur la base des données salariales résultant de cinq descriptions de postes de travail (DPT) ne pouvait être retenu, compte tenu de ses problèmes de santé et des limitations qu'ils entraînaient.

**a)** 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. Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. 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 (ATF 130 V 343 consid. 3.4 et 128 V 29 consid. 1; TF 8C\_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1).

**b)** Pour fixer le revenu d'invalidé, on prendra en compte le revenu effectivement réalisé par l'assuré après la survenance de l'atteinte à la santé si cette activité est stable, met pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle et lui procure un gain correspondant au travail effectivement fourni, sans contenir d'élément de salaire social (ATF

129 V 472 consid. 4.2.1 et 126 V 75 consid. 3b/aa; TF 8C\_748/2008 du 10 juin 2009 consid. 2.1; FRÉSARD/MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, *in* : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit 3ème éd., Bâle 2016, n. 233 p. 978). Il s'agira en revanche de se fonder sur un revenu hypothétique lorsque l'assuré ne met pas - ou pas pleinement - à profit sa capacité de travail après l'accident (FRÉSARD/MOSER-SZELESS, *op. cit.*, n. 234 p. 978). Dans ce cas, la jurisprudence a dégagé deux méthodes d'évaluation du revenu d'invalidé, entre lesquelles le Tribunal fédéral a renoncé à donner la préférence; la première se fonde sur les données salariales publiées par l'Office fédéral de la statistique (OFS) dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) qui est publiée sur un rythme bisannuel, tandis que la seconde repose sur les données salariales résultant de descriptions de postes de travail (DPT) récoltées par la CNA (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 et les références citées; FRÉSARD/MOSER-SZELESS, *op. cit.*, n. 236 à 241 p. 978 - 980).

**c)** L'intimée a fait application en l'occurrence de la seconde méthode d'évaluation, à savoir celle des données salariales résultant de cinq DPT et a ainsi retenu un revenu exigible en 2015 de 68'159 francs. Les cinq DPT auxquelles la CNA fait référence - à savoir, le poste de « collaborateur de production » (DPT 796620), de « collaborateur de production » (DPT 5821), d'« opérateur sur machines » (DPT 1114), de « collaborateur de production » (DPT 5786) et de « mécanicien-modeleur » (DPT 3592) - sont toutes des activités professionnelles du domaine de l'industrie légère. Elles permettent de travailler en position alternée assis/debout, avec de très courts déplacements (jusqu'à 50 mètres) en terrain plat. Elles n'impliquent pas l'utilisation d'escaliers et le port de charges est nettement inférieur à 15-20 kg. Contrairement à ce que soutient le recourant, lequel n'a d'ailleurs pas étayé ses critiques, ces activités respectent les limitations fonctionnelles mises en évidence sur le plan médical.

**d)** Ainsi, il n'y a pas lieu de s'écarter du taux d'invalidité de 8,03% retenu par l'intimée. Le recourant présente un taux d'invalidité

inférieur à celui de 10% requis pour lui ouvrir droit à une rente d'invalidité (cf. art. 18 al. 1 LAA), de sorte que la décision querellée ne s'avère pas critiquable en ce qu'elle lui refuse le droit à la rente d'invalidité LAA.

**6.** Le recourant reproche en dernier lieu à l'intimée une estimation incorrecte de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Il prétend avoir droit à une indemnité supérieure à celle de 5% accordée en l'espèce. Il relève à cet effet ne plus pouvoir bouger sa jambe et être contraint de se mouvoir à l'aide de béquilles.

**a)** Selon l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique par suite de l'accident a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. Selon l'art. 36 al. 1 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202), une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie. Elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave. A teneur de l'art. 25 al. 1 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestations en capital. Elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité.

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité a pour but de compenser le dommage subi par un assuré du fait d'une atteinte grave à son intégrité corporelle ou mentale due à un accident (cf. Message du Conseil fédéral à l'appui d'un projet de loi sur l'assurance-accidents, du 18 août 1976, *in* : FF 1976 III p. 171). Elle ne sert pas à réparer les conséquences économiques de l'atteinte, qui sont indemnisées au moyen d'une rente d'invalidité, mais joue le rôle d'une réparation morale. Elle vise à compenser le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence, etc.) qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant (cf. ATF 133 V 224 consid. 5.1 et

les références). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel (cf. FRÉSARD/MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, *in* : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit 3ème éd., Bâle 2016, n. 311 p. 998). Cela signifie que pour tous les assurés présentant un status médical identique, l'atteinte à l'intégrité est la même (cf. TF 8C\_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.1 et les références citées).

Une atteinte à l'intégrité au sens de l'art. 24 al. 1 LAA consiste généralement en un déficit corporel (anatomique ou fonctionnel), mental ou psychique. La gravité de l'atteinte, dont dépend le montant de l'indemnité, se détermine uniquement d'après les constatations médicales. L'évaluation incombe donc avant tout aux médecins, qui doivent, d'une part, constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et, d'autre part, estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (cf. TF 8C\_703/2008 précité consid. 5.2 avec les références citées).

L'annexe 3 de l'OLAA comporte un barème - reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 124 V 29 consid. 1b, 209 consid. 4a/bb et 113 V 218 consid. 2a) - des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent. L'indemnité allouée pour ces lésions s'élève, en règle générale, au pourcentage indiqué du montant maximum du gain assuré (ch. 1 al. 1). Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, compte tenu de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2). La Division médicale de la CNA a établi des tables d'indemnisation en vue d'une évaluation plus affinée de certaines atteintes (Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA). Ces tables n'ont pas de valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Toutefois, dans la mesure où il s'agit de valeurs indicatives, destinées à faire assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 de l'OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc; cf. TF 8C\_195/2013 du 15 octobre 2013 consid. 6.1 et les références citées).

**b)** En l'espèce, les dernières radiographies de mai 2014 mettaient en évidence un status après fracture distale du tibia et du péroné gauches traitée par ostéosynthèse suivie de l'ablation du matériel d'ostéosynthèse ainsi que des rapports articulaires de la cheville gauche conservés; elles montraient tout au plus un début d'arthrose tibio-tarsienne moyenne. Selon la table 5 d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA, le taux d'atteinte à l'intégrité résultant d'arthroses tibio-tarsiennes se situait entre 5 et 15%. Dans la mesure où a été mis en évidence le tout début d'une arthrose tibio-tarsienne moyenne, le Dr G.\_\_\_\_\_ n'a nullement abusé de son pouvoir d'appréciation en retenant que le recourant pouvait prétendre à une indemnité pour atteinte à l'intégrité fondée sur un taux de 5%. Il n'y a pas lieu de s'écarter de la décision attaquée sur ce point également.

**c)** Aux termes de l'art. 36 al. 4 OLAA, il sera équitablement tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité; une révision n'est possible qu'en cas exceptionnel, si l'aggravation est importante et n'était pas prévisible. Cette règle ne vise toutefois que les aggravations dont la survenance est vraisemblable et l'importance quantifiable (RAMA 1998 no U 320 p. 602 consid. 3b et la référence). Dès lors, à supposer que la survenance d'une future aggravation de l'atteinte à la santé puisse être considérée comme une circonstance établie, cette aggravation n'en est pour autant pas quantifiable, si bien qu'elle ne peut être prise en considération (TFA U 173/00 du 22 septembre 2000 consid. 2).

L'estimation faite dans le cas d'espèce n'exclut donc pas une indemnité complémentaire à celle de 5% allouée si, à l'avenir, l'atteinte à l'intégrité venait à s'aggraver de façon importante et durable.

**7.** Vu ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

**a)** Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (cf. art. 61 let. a LPGA).

**b)** Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA *a contrario* ; art. 55 LPA-VD).

**c)** Par décision du 6 janvier 2016, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire à compter du 4 janvier 2016 et a obtenu à ce titre la commission d'un avocat d'office en la personne de Me Laurent Damond.

Conformément à l'art. 2 al. 1 RAJ (règlement vaudois sur l'assistance judiciaire en matière civile du 7 décembre 2010 ; RSV 211.02.3), le conseil juridique commis d'office a droit au remboursement de ses débours et à un défraiement équitable, qui est fixé en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office ; à cet égard, le juge apprécie l'étendue des opérations nécessaires pour la conduite du procès.

Sur la base de la liste des opérations du 16 février 2017 produite, il convient d'arrêter à 2'700 fr. l'indemnité de Me Damond, correspondant à quinze heures de travail, sur la base d'un tarif horaire de 180 fr., somme à laquelle s'ajoutent les débours par 16 fr. 10 et la TVA au taux de 8 %, ce qui représente un montant total de 2'933 fr. 40 pour l'ensemble de l'activité déployée dans la présente cause.

Le recourant est rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser le montant pris en charge par le canton dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272]). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ).

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

- I.** Le recours est rejeté.
  
- II.** La décision sur opposition rendue le 19 novembre 2015 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
  
- III.** Il n'est pas perçu de frais de justice.
  
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.
  
- V.** L'indemnité d'office de Me Laurent Damond, conseil du recourant, est arrêtée à 2'933 fr. 40 (deux mille neuf cent trente-trois francs et quarante centimes), débours et TVA compris.
  
- VI.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement de l'indemnité du conseil d'office mise à la charge de l'Etat.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Laurent Damond (pour A. \_\_\_\_\_),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP),

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :