

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 10 septembre 2019

---

Composition : Mme BERBERAT, présidente  
Mme Röthenbacher, juge, et M. Bonard, assesseur  
Greffière : Mme Parel

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**W.**\_\_\_\_\_, à [...] (France), recourant, représenté par Me Bénédicte Fontanet, avocat à Genève,

et

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

---

**Art. 4, 7 al. 1, 8 al. 1 et 16 LPGA ; 6 al. 1 et 2, 10, 15, 16, 18 al. 1, 19 al. 1 et 20 LAA ; 9 al. 2, 22 al. 2, 24 al. 2 et 28 al. 4 OLAA**

**E n f a i t :**

**A.**            **a)** W.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1958, de nationalité française, au bénéfice d'un permis poids-lourds et d'un permis de transport en commun, travaillait depuis le 15 juin 1995 pour l'entreprise G.\_\_\_\_\_ à [...] en qualité de chauffeur poids-lourds à 100%, activité impliquant la conduite d'un semi-remorque (semi-automatique) et le chargement et déchargement de camions. A ce titre, il était assuré contre le risque d'accidents auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA, la SUVA ou l'intimée).

L'assuré a chuté d'une échelle le 27 juin 2009 entraînant une fracture malléolaire de la cheville droite, intéressant surtout la malléole interne avec suspicion d'extension antérieure à l'épiphyse tibiale, avec possible lésion proximale du péroné. A la suite d'un traitement conservateur, l'intéressé a repris son activité à 100% le 8 février 2010.

Dans un rapport médical intermédiaire du 22 mars 2010, le Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, a qualifié d'excellente la consolidation osseuse et a confirmé la reprise du travail à 100%.

Le 26 mars 2010, l'assuré a été victime d'une entorse à la cheville droite en supination en marchant sur une botte de ferraille et a reçu un coup de barre de fer contre la malléole interne droite entraînant un nouvel arrêt de travail dès la date précitée en raison d'une recrudescence importante des symptômes algiques (radiologiquement : développement d'une arthrose talo-crurale médiane droite) et de difficultés fonctionnelles (boiterie à la marche).

L'assuré a séjourné du 31 août au 6 octobre 2010 à la Clinique romande de réadaptation (CRR) pour la mise en œuvre de thérapies physiques et fonctionnelles en raison de douleurs mécaniques antéro-externes persistantes depuis l'événement du 26 mars 2010. Dans un rapport de synthèse du 14 décembre 2010, les Drs C.\_\_\_\_\_ et

K.\_\_\_\_\_, respectivement spécialiste en médecine physique et réhabilitation et chirurgie orthopédique et médecin assistant, ont considéré que la situation était stabilisée faute d'autres propositions thérapeutiques, médicale ou chirurgicale, en faveur des douleurs attribuées à des lésions cartilagineuses de la cheville.

Le contrat de travail de l'assuré a été résilié pour le 31 janvier 2011.

Dans un rapport du 18 mars 2011, le Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA, a procédé à un examen médical final dont les conclusions sont les suivantes :

**« APPRECIATION DU CAS :**

Nous nous trouvons à 21 mois d'une fracture de la cheville D [réd. : droite] et à 12 mois d'une entorse de cette même cheville. La situation peut être considérée comme stabilisée, avec subjectivement, douleurs à la moindre sollicitation de cette cheville.

Cliniquement, boiterie à la marche et limitations antalgiques de la fonction de la cheville D.

Radiologiquement, développement d'une arthrose talo-crurale médiane D.

Du point de vue asséculoologique, la situation peut être considérée comme stabilisée. Le patient n'a plus aucune exigibilité dans son activité habituelle de chauffeur poids-lourds. Par contre, dans une activité adaptée, de type sédentaire, sans longue marche, sans marche en terrain irrégulier, en terrain en pente et sans escaliers, le patient a une capacité de travail de 100%.

Reste à la charge de la Suva, le traitement antalgique et anti-inflammatoire de la cheville D ainsi qu'au minimum une consultation orthopédique/année. Restent également à la charge de la Suva, les chaussures de type Künzli stabilisantes adaptées.

La détermination de l'IPAI fait l'objet d'une appréciation séparée ».

Le 18 mars 2011, le Dr M.\_\_\_\_\_ a procédé à l'estimation de l'atteinte à l'intégrité fondée sur la table 5 (atteinte résultant d'arthrose) des barèmes d'indemnisation pour atteinte à l'intégrité selon la LAA, qui prévoit un taux de de 5% à 15% pour une arthrose tibio-tarsienne moyenne. Qualifiant en l'occurrence l'arthrose de moyenne débutante, le Dr M.\_\_\_\_\_ a fixé le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-

après : IPAI) à 5%, précisant qu'en cas d'arthrodèse de l'articulation tibio-tarsienne, le taux devrait être réajusté.

Par décision sur opposition du 19 décembre 2011, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré à l'encontre de la décision du 31 août 2011 lui allouant une IPAI de 5%, d'un montant de à 6'300 francs.

Par courrier du 25 septembre 2013 à la CNA, G. \_\_\_\_\_ a indiqué que les salaires de l'intéressé auraient été les suivants :

« -2011 : salaire de base annuel = 64'599 fr. 60 (y compris 13<sup>ème</sup> salaire)  
-2012 : salaire de base annuel = 65'245 fr. 60 (y compris 13<sup>ème</sup> salaire)  
-2013 : salaire de base annuel = 64'898 fr. 05 (y compris 13<sup>ème</sup> salaire)  
L'horaire de travail moyen hebdomadaire était de 42 heures sans pause. »

Dans le cadre d'une procédure entre l'assuré et son ancien employeur G. \_\_\_\_\_, le Tribunal d'arrondissement de Lausanne a mis en œuvre une expertise orthopédique. Dans un rapport du 23 novembre 2013, le Dr D. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, a estimé que la capacité de travail dans une activité de chauffeur poids-lourds était compromise, alors que dans une activité adaptée, soit respectant les restrictions dues à l'état de la cheville, elle était de 100%.

**b)** Dans l'intervalle, soit en date du 5 avril 2011, l'assuré a déposé une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI). Dans ce cadre, il a bénéficié d'une mesure de reclassement professionnel du 2 avril 2012 au 29 septembre 2013 auprès de l'ORIF de [...] en qualité de polisseur en horlogerie (obtention du certificat de formation ; rapport de formation du 23 septembre 2013 de l'Orif) ; l'intéressé estimait toutefois que cette activité ne lui convenait pas en raison d'une atteinte à l'épaule droite, de cervicalgies et de lombalgies. Par la suite, l'assuré a commencé un stage dans une entreprise à [...], qu'il a interrompu en raison de son état de santé, respectivement des douleurs que lui causaient ces activités. Dès la

fin de la prise en charge par l'OAI, soit dès le 30 septembre 2013, la CNA a repris le versement des indemnités journalières.

Mandaté par l'OAI afin de déterminer la capacité de travail de l'assuré en tant que polisseur en horlogerie notamment en lien avec une atteinte à l'épaule droite, le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a rendu son rapport d'expertise le 6 juin 2014. Il a estimé que la capacité de travail médico-théorique et les limitations fonctionnelles de l'assuré étaient identiques à celles énoncées par le Dr D.\_\_\_\_\_ et ce, jusqu'en janvier 2014. La capacité de travail en tant que polisseur était pleine et entière, car adaptée aux limitations fonctionnelles de la cheville. L'expert relevait que, dès janvier 2014, l'assuré avait présenté une symptomatologie de l'épaule droite en raison d'un traumatisme non déclaré (chute de sa hauteur le 11 janvier 2014), en précisant que le Dr T.\_\_\_\_\_, médecin traitant, avait certifié le 23 septembre 2013 l'existence de douleurs à l'épaule droite en raison d'une omarthrose mais que tel n'était plus le cas dans son rapport du 29 novembre 2013, élément confirmé par l'assuré. L'expert estimait que la capacité de travail dès le 1<sup>er</sup> février 2014 - laquelle tient compte des atteintes à la cheville droite, à l'épaule droite (lésion sévère de la coiffe des rotateurs droite, avec rupture du tendon sus-épineux, du sous-épineux, du sous-scapulaire et du biceps brachial droit), aux genoux, aux douleurs digitales à droite (traumatisme non déclaré d'octobre 2012) et au rachis cervical (traumatisme non déclaré ; chute dans les escaliers le 1<sup>er</sup> avril 2014 avec réception sur le coccyx et rachis cervical) - était de 100% sans diminution de rendement. Le Dr F.\_\_\_\_\_ a notamment préconisé un travail sédentaire strict en position assise à une table de hauteur usuelle, l'établi horloger étant interdit en raison de la pathologie de l'épaule droite, avec une pause de 20 minutes au bout de deux heures afin de permettre une mobilisation de la cheville droite et des deux genoux, étant précisé que le membre supérieur droit ne pouvait être utilisé en raison de la pathologie de la coiffe des rotateurs et des douleurs digitales droites.

**c)** Dans un courrier du 26 septembre 2014 à la CNA, le conseil de l'assuré a précisé qu'en date du 11 janvier 2014, ce dernier avait ressenti une douleur lancinante dans la cheville, avait perdu l'équilibre et était tombé avec son bras sur une palissade en bois. Dans un certificat médical du 1<sup>er</sup> avril 2014, le Dr T.\_\_\_\_\_ a indiqué que la chute du mois de janvier 2014 avait entraîné une rupture tendineuse bicipitale droite et un remaniement du tubercule majeur de l'humérus droit entraînant une douleur de son épaule droite. Une arthro-IRM de l'épaule droite, ainsi que de la physiothérapie étaient en cours.

Une radiographie de l'épaule droite pratiquée le 28 mars 2014 a conclu à l'aspect évocateur d'une rupture de la jonction myo-tendineuse du long biceps, avec dégénérescence du tendon, à un syndrome de coiffe, avec pincement de l'espace sous-acromial marqué traduisant une lésion du supra-épineux, associé à un remaniement de la face supérieure du tubercule majeur, d'origine certainement traumatique, et de calcification de la bourse sous-acromio-deltaïdienne latéro-humérale postérieure.

Une arthro-IRM de l'épaule droite pratiquée le 18 avril 2014 a mis en évidence les éléments suivants :

« Résultats :

Passage spontané de produit de contraste de l'espace articulaire vers la bourse sous-acromio-deltaïdienne à mettre en rapport avec une rupture tranxifiante complète des tendons sous-épineux et sous scapulaire avec des moignons tendineux qui semblent rétractés en regard de l'interligne gléno-huméral (stade III-IV) avec une amyotrophie avancée des corps musculaires de la coiffe des rotateurs et une dégénérescence graisseuse de grade III-IV.

Le taux d'occupation de la fosse sus-épineuse, sur la coupe de référence est de l'ordre de 40%.

Rupture du tendon du long biceps.

Aspect préservé du tendon petit rond.

Les labrums antérieur et postérieur restent sans particularité.

Pas d'anomalie du signal osseux sous-chondral.

Atteinte dégénérative de l'acromio claviculaire, sans signe de poussée congestive ».

Dans un courrier du 2 juin 2014 adressé au médecin traitant, le DrR.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique du membre

supérieur, a estimé que le bilan récent faisait état d'une rupture complexe de la coiffe des rotateurs avec une rétraction stade 3 voire plus et une dégénérescence musculo-graisseuse. Il n'y avait plus aucune indication de réinsertion de cette coiffe atteinte depuis bien trop longtemps. Il a dès lors préconisé un traitement conservateur avec une infiltration d'une dose de corticoïdes et une rééducation adéquate.

Par avis médical du 6 octobre 2014, le Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement à la CNA, a estimé qu'il n'y avait pas de lien de causalité entre les lésions de l'épaule droite et les événements de mars 2010 ou janvier 2014. A la suite de l'accident de 2010, l'assuré avait séjourné à la CRR du 31 août au 6 octobre 2010 et il avait été vu par le DrV.\_\_\_\_\_, en juin 2010, ainsi que le Dr D.\_\_\_\_\_ en novembre 2013. Aucune mention de douleurs à l'épaule droite à l'époque. En janvier 2014, l'assuré avait chuté sur son épaule droite sans déclarer l'accident. Il n'avait au demeurant pas consulté de médecin avant trois mois. L'examen IRM de l'épaule du 11 avril 2014 avait révélé d'anciennes lésions des tendons de la coiffe des rotateurs avec rétractation tendineuse et dégénérescence graisseuse de la musculature. Ces lésions apparaissaient après une évolution de plusieurs mois, voire des années. L'assuré présentait des lésions de plusieurs tendons de la coiffe, y compris des tendons antagonistes, qui ne peuvent pas être blessés simultanément lors d'un accident.

Dans une appréciation médicale du 19 février 2015, le Dr H.\_\_\_\_\_ a conclu que les déchirures des tendons de la coiffe des rotateurs étaient très anciennes. L'examen arthro-IRM d'avril 2014 avait révélé des déchirures transfixiantes complètes des tendons sous-épineux, sus-épineux et sous-scapulaire et LCB avec déjà des tendons rétractés en regard de l'interligne gléno-huméral (stade III-IV), associés à une dégénérescence graisseuse de la musculature grade III et IV. Tant la rétractation tendineuse que la dégénérescence graisseuse apparaissaient après plusieurs mois, voire des années après une rupture tendineuse. Ce praticien a en outre ajouté qu'il n'était pas possible que suite à la chute survenue le 11 janvier 2014, des lésions des tendons de la coiffe des

rotateurs de l'épaule droite soient survenues. Ces lésions étaient clairement préexistantes et très probablement dues à la dégénérescence naturelle de ces tendons.

Par décision du 13 mars 2015, la CNA a mis fin au versement de ses prestations au 30 avril 2015, précisant que les factures de traitement relatives à l'événement du 11 janvier 2014 avaient été acceptées à bien plaisir. S'agissant de l'événement du 26 mars 2010, l'examen médical de l'assuré démontrait qu'il n'avait plus besoin de traitement.

Le 30 avril 2015, l'assuré, par son conseil Me Bénédicte Fontanet, avocat à Genève, a formé opposition à la décision précitée.

En réponse à une demande du 5 mai 2015 de la CNA, l'ancien employeur de l'assuré a indiqué que le salaire de base, y compris le 13<sup>ème</sup> salaire, aurait été de 63'960 fr. en 2014 et 2015.

Par décision du 22 mai 2015, la CNA a octroyé à l'assuré dès le 1<sup>er</sup> mai 2015 une rente d'invalidité de 16%, d'un montant mensuel de 754 fr. 75, basée sur un gain annuel assuré de 70'756 francs.

Le 26 juin 2015, l'assuré, par son conseil, a également formé opposition à la décision précitée.

Faisant suite aux demandes de la CNA des 8 juillet et 8 octobre 2015, l'ex-employeur a précisé que chaque chauffeur recevait une prime en mars de 1'000 francs au maximum (courrier du 14 juillet 2015). S'agissant des heures supplémentaires, elles étaient compensées durant l'année et un paiement d'heures n'avait généralement pas lieu (courrier du 10 novembre 2015).

Par courriel du 18 décembre 2015 à la CNA, l'ex-employeur a encore indiqué que la participation au résultat avait été fixée à 1'350 fr. en 2013 et à 1'500 francs en 2014.

Par décision sur opposition du 21 décembre 2015, la CNA a rejeté l'opposition contre sa décision du 13 mars 2015, en considérant qu'il n'y avait pas lieu de prendre en charge les troubles à l'épaule droite dès lors qu'il n'était pas possible que les lésions des tendons de la coiffe soient survenues à la suite de la chute de janvier 2014. Par ailleurs, la situation au niveau de la cheville droite étant stabilisée, il y avait lieu de mettre un terme au versement de l'indemnité journalière et d'examiner le droit à la rente. La CNA a par contre admis partiellement l'opposition à sa décision du 22 mai 2015, dès lors que la comparaison des revenus sans invalidité (66'844 fr.) et avec invalidité (53'996 fr.) laissait apparaître une perte de gain de 19.09%, raison pour laquelle la rente d'invalidité devait être fixée à 19% en lieu et place de 16%. S'agissant du gain assuré déterminant pour le calcul du montant de la rente, la CNA a retenu que l'assuré avait réalisé un salaire de 69'389 fr. l'année ayant précédé le premier accident (période du 27 juin 2008 au 26 juin 2009) et un salaire de 66'660 fr. l'année ayant précédé le deuxième accident (période du 26 mars 2009 au 25 mars 2010), soit, après l'évolution nominale des salaires au sens de l'art. 22 al. 4 OLAA, de respectivement 70'756 fr. et 67'594 francs. Même si l'incapacité de gain était davantage due au second accident, la CNA a retenu le gain le plus favorable à l'assuré soit 70'756 francs.

**d)** Par projet de décision du 27 juillet 2015, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré tendant à l'octroi d'une rente d'invalidité. Pour déterminer le préjudice économique, l'office précité a comparé le revenu que l'assuré aurait pu réaliser s'il était en bonne santé, soit 64'599 fr. 60, avec le revenu d'invalidé de 52'635 fr. 93 (lequel tient compte d'un abattement de 15%), correspondant à un degré d'invalidité de 18.51%, taux insuffisant pour ouvrir le droit à la rente.

**B.** Par acte de son conseil du 1<sup>er</sup> février 2016, W.\_\_\_\_\_ a recouru contre la décision sur opposition du 21 décembre 2015 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois, en

concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision précitée, principalement à la reprise du versement des indemnités journalières, à la prise en charge des traitements médicaux requis avec effet rétroactif au 1<sup>er</sup> mai 2015 et à la mise en œuvre d'une expertise médicale, subsidiairement à l'octroi d'une rente mensuelle d'invalidité de 100%, d'un montant de 5'028 fr. 88, avec effet au 1<sup>er</sup> mai 2015 et à la prise en charge des frais médicaux nécessaires, tout tiers étant débouté de toutes autres ou contraires conclusions. Le recourant critique l'appréciation du DrH.\_\_\_\_\_ et reproche à l'intimée ne pas avoir tenu compte des autres avis médicaux figurant au dossier. Il fait valoir par ailleurs que l'activité de polisseur n'est pas exigible au vu de l'atteinte à l'épaule droite. Les mesures de réadaptation n'ayant pas été menées à terme, les indemnités journalières en relation avec la cheville et le traitement médical lié à l'atteinte à l'épaule droite doivent continuer, étant précisé que l'expert F.\_\_\_\_\_ a expressément préconisé leur nécessité et soulevé le caractère évolutif de la lésion à l'épaule. En outre, le recourant soutient que si, par impossible, il fallait considérer que les éventuelles mesures de réadaptation de l'AI avaient été menées à terme, il importe alors d'examiner le taux d'invalidité et le gain annuel assuré dans le cadre de l'octroi d'une rente d'invalidité. Il allègue qu'étant dans l'incapacité d'utiliser son membre supérieur droit, il ne peut dès lors pas travailler à un établi, ni se consacrer à d'autres activités sédentaires requérant l'usage des deux membres supérieurs. Compte tenu des nombreuses atteintes qu'il présente, il estime qu'il est concrètement impossible qu'il retrouve un emploi, raison pour laquelle une rente entière d'invalidité doit lui être versée. Le recourant soutient encore que le revenu sans invalidité est de 75'433 fr. 26, montant qui tient compte du salaire réalisé de 69'389 fr., des heures supplémentaires par 4'586 fr. 90 et de l'évolution nominale des salaires. Compte tenu de son incapacité de gain totale et du gain annuel assuré, le montant de la rente s'élève à 5'028 fr. 88, lequel doit être versé à titre rétroactif au 1<sup>er</sup> mai 2015. Le recourant a produit un lot de pièces sous bordereau.

Dans sa réponse du 21 avril 2016, l'intimée conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée.

Le dossier AI du recourant a été versé au dossier le 24 mai 2016.

Dans sa réplique du 8 juin 2016, le recourant confirme les conclusions prises dans le cadre de son recours, tout en requérant son audition et celle de son épouse, ainsi que la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. Il a produit un lot de pièces sous bordereau complémentaire, notamment une déclaration d'accident LAA du 22 novembre 2012 relative à un accident du 13 septembre 2012 ayant entraîné une luxation des doigts et une incapacité de travail jusqu'au 25 novembre 2012.

Dans sa duplique du 6 septembre 2016, l'intimée conclut au rejet du recours et à la confirmation des conclusions prises dans le cadre de sa réponse.

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

**1. a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours 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 (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1, 131 V 164 consid. 2.1 et 125 V 413 consid. 2c).

**b)** En l'espèce, le litige porte sur le point de savoir si l'intimée était fondée, par sa décision sur opposition du 21 décembre 2015, à estimer que l'état de santé de l'assuré était stabilisé et à mettre fin au versement des prestations d'assurance avec effet au 30 avril 2015, respectivement à octroyer une rente d'invalidité de 19% à compter du 1<sup>er</sup> mai 2015. Le taux de l'IPAI, fixé à 5%, n'est pas litigieux.

**c)** On précisera que les modifications de la LAA introduites par la novelle du 25 septembre 2015 (RO 2016 4375), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2017, ne sont pas applicables au cas d'espèce. En vertu du ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification (RO 2016 4388), les prestations d'assurances allouées pour les accidents qui sont survenus avant l'entrée en vigueur de la modification du 25 septembre 2015 et pour les maladies professionnelles qui se sont déclarées avant cette date sont en effet régies par l'ancien droit.

**3. a)** En vertu de l'art. 4 LPGA, est réputée 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. 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.

**b/a)** Le droit aux prestations suppose en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée 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 que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée à la lumière de la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 142 V 435 consid. 1 et réf. cit.). Ainsi, 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\_511/2010 du 22 mars 2011 consid. 2 et réf. cit.).

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (non-application du raisonnement « post hoc, ergo propter hoc » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C\_347/2013 du 18 février 2014 consid. 2.2).

**b/b)** En second lieu, le droit à des prestations de l'assurance-accidents implique 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 consid. 3.2 et 125 V 456 consid. 5a et réf. cit. ; TF 8C\_710/2008 du 28 avril

2009 consid. 2). L'existence d'un rapport de causalité adéquate est une question de droit ; elle doit être appréciée sous l'angle juridique et tranchée par l'administration ou le juge, et non par des experts médicaux (ATF 107 V 173 consid. 4b ; TF U 493/06 du 5 novembre 2007 consid. 3.2).

En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle et qu'il n'y a pas lieu d'examiner séparément ces deux liens de causalité (ATF 138 V 248 consid. 4 ; 127 V 102 consid. 5b/bb ; 118 V 286 consid. 3a ; 117 V 359 consid. 5d/bb ; TF 8C\_220/2016 du 10 février 2017 consid. 7.3 ; 8C\_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1).

**b/c)** Il en va différemment lorsqu'il convient de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique, la jurisprudence ayant dégagé des critères objectifs pour juger d'un tel lien (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 ; TF 8C\_464/2014 du 17 juillet 2015 consid. 5.1 ; 8C\_651/2014 du 31 août 2015 consid. 6.1).

**c)** Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA, le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. En vertu de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 9 al. 2 OLAA (ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982; RS 832.202), qui prévoit que certaines lésions corporelles sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. Ces lésions corporelles sont les suivantes :

- a. Les fractures ;
- b. Les déboîtements d'articulations ;
- c. Les déchirures du ménisque ;
- d. Les déchirures de muscles ;

- e. Les élongations de muscles ;
- f. Les déchirures de tendons ;
- g. Les lésions de ligaments ;
- h. Les lésions du tympan.

Cette liste est exhaustive (ATF 116 V 136 consid. 4a ; 116 V 145 consid. 2b).

La notion de lésion corporelle assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. Aussi les assureurs-accidents LAA doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait souvent être couvert par l'assurance-maladie. Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA sont assimilées à un accident même si elles ont, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 129 V 466 ; 123 V 43 consid. 2b; 116 V 145 consid. 2c ; 114 V 298 consid. 3c). Il faut qu'un facteur extérieur soit une cause possible de la lésion, au moins à titre partiel, pour qu'une lésion assimilée à un accident soit admise.

Le droit aux prestations pour une lésion assimilée à un accident prend fin lorsque le retour à un *statu quo ante* ou à un *statu quo sine* est établi. Toutefois, de telles lésions seront assimilées à un accident aussi longtemps que leur origine malade ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, n'est pas clairement établie. On ne se fondera donc pas simplement sur le degré de vraisemblance prépondérante pour admettre l'évolution d'une telle atteinte vers un *statu quo sine*. Sinon, on se trouverait à nouveau confronté, immédiatement après avoir admis l'existence d'une lésion assimilée à un accident, à la difficulté de distinguer entre l'origine accidentelle et malade de cette atteinte (TF 8C\_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 4.2 ; 8C\_551/2007 du 8 août 2008 consid. 4.1.2 ; 8C\_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 2).

Ces règles sont également applicables lorsqu'une des lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA est survenue lors d'un événement répondant à la définition de l'accident au sens de l'art. 6 al. 1 LAA. En effet, si l'influence d'un facteur extérieur, soudain et involontaire suffit pour ouvrir droit à des prestations de l'assureur-accidents pour les suites d'une lésion corporelle mentionnée à l'art. 9 al. 2 OLAA, on ne voit pas, a fortiori, que cette réglementation spécifique ne doive pas trouver application dans l'éventualité où ce facteur revêt un caractère extraordinaire. Il faut néanmoins que la lésion corporelle (assimilée) puisse être rattachée à l'accident en cause car, à défaut d'un événement particulier à l'origine de l'atteinte à la santé, il y a lieu de conclure à une lésion exclusivement malade ou dégénérative (TF 8C\_357/2007 précité consid. 3.2).

**d/a)** L'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA) et à une indemnité journalière s'il est totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident (art. 16 al. 1 LAA).

**d/b)** 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). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA).

A teneur de l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente d'invalidité prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré - ce par

quoi il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; TF 8C\_735/2010 du 10 août 2011 consid. 2.2) - et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente.

**4.** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux 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 exprimées par 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 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

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, une 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 p. 353 et les références citées ; TF 8C \_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**5. a)** En l'occurrence, il n'est pas contesté que le recourant présente des atteintes à la cheville droite d'origine accidentelle, lesquelles ont été prises en charge par l'intimée. Le recourant a été victime d'un accident non professionnel (chute d'une échelle) le 27 juin 2009 entraînant une atteinte à la cheville droite traitée conservativement, puis une arthrose talo-crurale médiale séquellaire. La présence ou non d'une fracture malléolaire est difficile à établir faute de documents radiographiques *lege artis* (rapport du Dr F. \_\_\_\_\_ du 3 juin 2014, p. 35). Cet élément n'est pas décisif, dès lors que l'intéressé a repris son activité à 100% dès février 2010 et que les douleurs séquellaires de la cheville droite sont dues à un accident professionnel du 26 mars 2010, lors duquel l'assuré a subi une entorse à la cheville droite avec un choc direct sur la malléole interne par une barre métallique. Par la suite, l'intéressé a développé un syndrome du tunnel tarsien droit traité par infiltration, lequel n'était plus apparent lors du séjour à la CRR du 31 août au 6 octobre 2010 (pas de troubles sensitifs au niveau de la plante des pieds), ni lors de l'examen clinique du 18 mars 2011 pratiqué par le Dr M. \_\_\_\_\_ (pas de déficit sensitivo-moteur au niveau des membres inférieurs sauf des paresthésies à l'effleurement de la malléole externe). C'est dans ce contexte que l'assuré a bénéficié d'un reclassement professionnel du 2 avril 2012 au 29 septembre 2013 auprès de l'ORIF de [...] en qualité de polisseur en horlogerie, puis qu'il a commencé un stage dans une entreprise à [...], interrompu en raison d'une atteinte à l'épaule droite, étant précisé que dès la fin de la prise en charge par l'AI, soit dès le 30 septembre 2013, l'intimée a repris le versement des indemnités journalières. S'agissant des suites des accidents des 27 juin 2009 et 26 mars 2010, il convient ainsi de retenir que la situation est stabilisée faute d'autres propositions thérapeutiques, médicale ou chirurgicale, en faveur d'une amélioration sensible de l'état de la cheville (rapports du 14 décembre 2010 des Drs C. \_\_\_\_\_ et K. \_\_\_\_\_ et du 18 mars 2011 du Dr M. \_\_\_\_\_). L'expert F. \_\_\_\_\_ a émis l'hypothèse que les douleurs liées à

cette pathologie étaient dues à une anomalie rotatoire de positionnement de la fibula distale droite dans son canal tibial (rapport du 3 juin 2014, p. 36). On retiendra toutefois que l'éventuelle anomalie rotatoire n'a pas empêché l'assuré de suivre une réadaptation professionnelle pendant plusieurs mois, l'intéressé n'ayant au demeurant pas fait état depuis l'expertise du Dr F. \_\_\_\_\_ d'un traitement médical ou d'une éventuelle intervention chirurgicale. Par ailleurs, les mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme, l'OAI ayant, par projet de décision du 27 juillet 2015, rejeté la demande de prestations de l'assuré tendant à l'octroi d'une rente d'invalidité.

**b/a)** En ce qui concerne l'atteinte à l'épaule droite, la radiographie de l'épaule droite face trois rotations profil pratiquée le 13 septembre 2013 a mis en évidence une nette ascension de la tête humérale, des remaniements dégénératifs marqués de la partie haute de la tête humérale en regard des calcifications d'origine acromiale et une omarthrose (cf. rapport 13 septembre 2013 : pièce 134 dossier AI). Lors de l'examen clinique pratiqué par le Dr F. \_\_\_\_\_ le 3 juin 2014, l'assuré a indiqué avoir chuté de sa hauteur le 11 janvier 2014 en se réceptionnant sur l'épaule droite, mais n'avoir consulté un médecin qu'à la fin mars 2014 et n'avoir procédé à aucune déclaration d'accident ; il a répété à l'expert qu'il voulait d'abord attendre et voir et que de toute manière, il n'aimait pas trop fréquenter les médecins. L'intimée n'a eu connaissance de cet événement qu'à la lecture du rapport du 6 juin 2014 du Dr F. \_\_\_\_\_, dont l'expertise a été mise en œuvre par l'OAI. L'expert F. \_\_\_\_\_ s'est dit interpellé que, malgré les effroyables douleurs alléguées par l'assuré, le traitement antalgique était réduit à un anti-inflammatoire et à du paracétamol au jour de l'expertise et que le motif de non-consultation d'un médecin résidait dans le fait que l'intéressé « *veut d'abord voir et attendre* ». Or, au sens de la jurisprudence, le fait que l'assuré consulte un médecin tardivement ne permet pas de retenir, conformément à la règle de la vraisemblance prépondérante, que les troubles soient en relation avec l'événement incriminé (TFA U 179/04 du 13 juillet 2005), étant précisé que, dans le cas d'espèce, l'événement de 2014 n'a pas été formellement annoncé à l'intimée. Pour ce motif déjà, le lien de causalité

entre la lésion à l'épaule droite et l'événement du 11 janvier 2014 doit être nié.

**b/b)** Par avis du 6 octobre 2014 et appréciation médicale du 6 février 2015, le Dr H.\_\_\_\_\_ a nié l'origine accidentelle des lésions constatées expliquant que l'IRM de l'épaule droite du 11 avril 2014 avait révélé de très anciennes lésions des tendons de la coiffe des rotateurs avec rétractation tendineuse et dégénérescence graisseuse de la musculature, point de vue confirmé par le Dr R.\_\_\_\_\_ dans son courrier du 2 juin 2014, lequel – se référant au rapport relatif à une arthro-IRM du 18 avril 2014 concluant à une rupture complexe de la coiffe des rotateurs avec une rétractation stade 3 voire plus et une dégénérescence musculo-graisseuse –, a retenu qu'il n'y avait « *plus aucune indication de réinsertion de cette coiffe qui était atteinte depuis bien trop longtemps* ». Expliquant que de telles lésions apparaissaient après une évolution de plusieurs mois voire des années après une rupture tendineuse, le Dr H.\_\_\_\_\_ a ajouté que le mécanisme accidentel n'avait pas pu objectivement causer l'ensemble desdites lésions, dès lors que les lésions concernaient plusieurs tendons antagonistes de la coiffe, qui ne pouvaient être blessés simultanément lors d'un même accident. Il ressort en outre de la littérature médicale qu'en cas de rupture avec notion traumatique, le délai moyen entre le début des symptômes et l'apparition d'une infiltration graisseuse de stade 2 est de 35 mois pour le supra-épineux (58 mois pour les stades 3-4), de 31 mois pour l'infra-épineux (46 mois pour les stades 3-4) et de 31 mois pour le sub scapulaire (39 mois pour les stades 3-4) (<https://www.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/20216.pdf>). Dans ce contexte, le rapport de radiographie et d'échographie brachiale droite du 28 mars 2014 concluant à une origine certainement traumatique doit être écarté, dès lors que les rapports ultérieurs d'IRM du 11 avril 2014 et d'arthro-IRM du 18 avril 2014 ont conclu à une atteinte dégénérative de l'acromio-claviculaire. Enfin, contrairement à l'opinion du recourant, l'expert F.\_\_\_\_\_ ne s'est nullement prononcé sur le rapport de causalité entre la lésion à l'épaule droite et l'événement du 11 janvier 2014, dès lors que, mandaté par l'assurance-invalidité, il n'avait pas à examiner cet aspect. S'il s'est référé à l'anamnèse du recourant pour illustrer son

propos, son analyse à cet égard revient à se fonder sur un raisonnement « *post hoc ergo propter hoc* », lequel – comme cela a été rappelé plus haut – n'est pas pertinent dans l'examen de la question de la causalité en matière d'assurance-accident.

**b/c)** Dès lors, compte tenu de ce qui vient d'être exposé, notamment l'absence de plaintes immédiates suite à « l'événement du 11 janvier 2014 » et de déclaration d'accident, ainsi que l'origine non traumatique des lésions, l'intimée a, conformément aux avis du Dr H. \_\_\_\_\_, considéré à juste titre que l'impotence fonctionnelle alléguée à l'épaule droite n'était pas en lien de causalité avec l'événement du 11 janvier 2014, ni avec des accidents antérieurs, raison pour laquelle il n'y a pas lieu de la prendre en compte dans l'évaluation de la capacité de travail de l'assuré, ni de retenir des limitations fonctionnelles supplémentaires.

**c)** Dans le cadre de sa réplique du 8 juin 2016, l'assuré a produit une déclaration d'accident LAA du 22 novembre 2012 relative à un accident du 13 septembre 2012 intervenu au cours de son stage de polisseur à l'ORIF. Il a allégué qu'il éprouvait des difficultés à utiliser la main droite, en particulier son 3<sup>ème</sup> doigt, et qu'en cas de forte sollicitation, ses doigts gonflaient, l'empêchant d'ouvrir et de refermer sa main. Il ressort toutefois du dossier que le recourant n'a pas été empêché de poursuivre sa formation de polisseur pendant plus d'un an après l'événement de 2012 (cf. rapport de formation du 23 septembre 2013 de l'ORIF à l'OAI, résumé des absences de l'assuré durant sa formation, p. 2). S'il est mentionné une visite médicale sans plus de précision à la date du 14 septembre 2012, l'ORIF n'a pas signalé d'absences de longue durée. Sur le plan médical, l'institution a uniquement fait état de plaintes de l'assuré au niveau de sa cheville droite, de son épaule droite et de ses genoux. Aucune lésion digitale n'a été évoquée, pas plus qu'un accident à l'atelier. Au contraire, l'ORIF a exposé que l'assuré avait effectué un travail de bonne qualité et qu'il était en outre minutieux et précis. Le certificat médical du Dr T. \_\_\_\_\_ du 23 septembre 2013 ne fait aucunement état de douleurs digitales. En outre, dans le cadre de son examen clinique, le

recourant a indiqué à l'expert F.\_\_\_\_\_ qu'il n'était pas utile de s'occuper de ce problème. L'expert a ainsi constaté l'absence de bilan médical depuis l'année 2012, de prise en charge médicale et d'instabilité clinique. Il s'expliquait par ailleurs mal les lésions cutanées pulpaire digitales droites, identiques au controlatéral, chez un assuré déclarant être incapable de tenir une simple feuille de papier de la main droite. Dans ce contexte, l'expert F.\_\_\_\_\_ a considéré que le diagnostic de lésion des 2<sup>ème</sup> doigt gauche et 3<sup>ème</sup> doigt droit n'avait aucune influence sur la capacité de travail de l'intéressé (rapport du 3 juin 2014, p. 33).

**d)** S'agissant du genou gauche, aucun examen clinique, ni document radiographique n'a démontré de lésion particulière. Contrairement à l'avis des médecins traitants qui considèrent que le genou a été surmené par la marche en décharge du membre inférieur droit avec deux cannes, le Dr D.\_\_\_\_\_ a écarté toute pathologie au genou gauche, respectivement tout lien avec l'accident de la cheville droite, expliquant que l'on pouvait marcher en décharge du membre opposé sans qu'un surmenage articulaire ne survienne (rapport du 12 novembre 2013, p. 21). Quant à l'expert F.\_\_\_\_\_ (rapport du 6 juin 2014, p. 38), rappelant que l'imagerie du 21 juin 2011 faisait état d'une gonarthrose débutante bilatérale modeste sans composante patellaire, il a retenu que le syndrome fémoropatellaire mis en évidence lors de son examen clinique était dû à une insuffisance musculaire.

**e)** Sur le vu de ce qui précède, l'intimée était fondée à mettre un terme à ses prestations au 30 avril 2015, soit plus de cinq ans après l'événement du 26 mars 2010. Les griefs du recourant sont ainsi mal fondés et doivent être rejetés.

**7.** Il n'est pas contesté que, suite aux séquelles à la cheville droite, l'activité habituelle de chauffeur poids-lourds ne peut plus être exercée. Toutefois, au regard des limitations fonctionnelles mises en évidence dans les documents figurant au dossier, il n'apparaît nullement déraisonnable, d'après l'expérience générale de la vie, de considérer que le recourant pourrait exercer une activité à plein temps, pour autant que

celle-ci ménage sa cheville droite. Sa capacité de travail est dès lors entière dans une activité de type sédentaire, sans longue marche, sans marche en terrain irrégulier, en terrain en pente et sans escaliers (rapports médicaux du Dr M. \_\_\_\_\_ des 18 mars 2011 et 4 février 2014), étant précisé que les limitations précitées correspondent à celles reconnues par les experts D. \_\_\_\_\_ et F. \_\_\_\_\_, sous réserve des diagnostics sans lien de causalité avec l'accident. On rappellera que l'activité de polisseur est exigible, dès lors que seule la pathologie de l'épaule droite - qui n'est pas du ressort de l'assureur-accidents -, justifierait qu'elle ne le soit pas (rapport d'expertise du Dr F. \_\_\_\_\_ du 3 juin 2014, p. 43, point 2.3).

Par conséquent, l'intimée était fondée à retenir que le recourant avait retrouvé une pleine capacité de travail dans une activité adaptée et à procéder au calcul de son taux d'invalidité sur cette base.

**8.** Il convient dès lors de vérifier le degré d'invalidité présenté par le recourant, compte tenu de sa capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée. Le recourant critique le revenu d'invalidé pris en compte par l'intimée, soutenant qu'elle s'est fondée sur des DPT ne prenant pas en considération sa situation actuelle (âge et formation limitée à celle de chauffeur poids-lourds). Par ailleurs, s'agissant du revenu sans invalidité, il reproche à l'intimée de ne pas avoir tenu compte des heures supplémentaires, ainsi qu'un forfait journalier chauffeur, une prime pour chauffeur et un bonus annuel.

**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). La notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents et d'assurance-invalidité, où elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entre en ligne de compte pour l'assuré (art. 7 et 8 LPGA) ; l'uniformité de la notion d'invalidité n'a cependant pas pour conséquence de libérer chacune de ces assurances de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à

l'évaluation de l'invalidité (ATF 131 V 362 consid. 2.2.1, 126 V 288 consid. 2a et 2d et 119 V 471 consid. 4a ; VSI 2004 p. 185 consid. 3 ; TFA I 766/04 du 7 juin 2005 consid. 4). D'un autre côté, une évaluation entérinée par une décision entrée en force d'un assureur ne peut pas rester simplement ignorée par un autre assureur, qui ne peut s'en écarter que s'il existe des motifs suffisants. Peuvent constituer de tels motifs le fait qu'une évaluation repose sur une erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable, qu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré ou de mesures d'instruction extrêmement limitées ou superficielles, ou encore qu'elle n'est pas du tout convaincante ou entachée d'inobjectivité (ATF 126 V 288 consid. 2d ; TFA I 766/04 du 7 juin 2005 consid. 4). Il faut en outre tenir compte du fait que l'assureur-accidents ne répond que des conséquences des atteintes à la santé qui sont en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident assuré ; c'est pourquoi l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-accidents n'a pas de force contraignante absolue pour l'assurance-invalidité, et vice-versa (ATF 133 V 549 consid. 6.2 et 6.4 et 131 V 362 consid. 2.2.1 et 2.2.2).

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). Par ailleurs, pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente (cf. ATF 129 V 222 ; cf. TF 9C\_254/2010 du 29 octobre 2010 consid.

4.2), étant précisé qu'en l'occurrence, le moment déterminant pour procéder à cette analyse est l'année 2015.

Pour fixer le revenu d'invalidé, on se fondera sur un revenu hypothétique lorsque l'assuré ne met pas - ou pas pleinement - à profit sa capacité de travail après l'accident. 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), tandis que la seconde repose sur les données salariales résultant de descriptions de postes de travail (DPT) récoltées par la CNA (ATF 135 V 297 consid. 5.2 ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 et les références citées). Selon la jurisprudence, la détermination du revenu d'invalidé sur la base des données salariales résultant des DPT suppose, en sus de la production d'au moins cinq DPT, la communication du nombre total des postes de travail pouvant entrer en considération d'après le type de handicap, ainsi que du salaire le plus haut, du salaire le plus bas, et du salaire moyen du groupe auquel il est fait référence (ATF 129 V 472 consid. 4.2.2).

**b)** Selon l'art. 28 al. 4 OLAA, si, en raison de son âge, l'assuré ne reprend pas d'activité lucrative après l'accident ou si la diminution de la capacité de gain est due essentiellement à son âge avancé, les revenus de l'activité lucrative déterminants pour l'évaluation du degré d'invalidité sont ceux qu'un assuré d'âge moyen dont la santé a subi une atteinte de même gravité pourrait réaliser. Autrement dit, la comparaison doit être établie avec une personne ayant les mêmes aptitudes professionnelles et personnelles que la personne assurée et dont l'âge se situe entre 40 et 45 ans (ATF 122 V 418 consid. 1b). En effet, il convient de tenir compte qu'une rente d'invalidité de l'assurance-accidents est versée, à la différence d'une rente d'invalidité de l'assurance-invalidité, jusqu'au décès de la personne assurée (art. 19 al. 2 LAA) et qu'elle n'est plus susceptible d'être révisée à compter du mois au cours duquel l'ayant droit perçoit une rente de vieillesse de l'AVS (art. 22 LAA). Cette réglementation a pour objectif d'empêcher l'allocation d'une rente d'invalidité qui comporterait,

en fait, une composante de prestations de vieillesse (voir également ALFRED MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, Berne 1985, p. 361).

**c)** En l'espèce, l'intimée a listé plus de 150 DPT et en a sélectionné cinq, à savoir employé au découpage, préparateur de commandes, serveur aux presses, câbleur et affûteur. Le bien-fondé du choix des DPT opéré par l'intimée devant être examiné uniquement à la lumière des lésions à la cheville, il convient de constater que la CNA a pris en compte la nécessité d'une activité sédentaire et les limitations fonctionnelles y relatives. Le revenu d'invalidé de 53'996 fr. 60 (4'499 fr. x 12 [13<sup>ème</sup> salaire inclus]) ne prête ainsi pas le flanc à la critique. Il sied de rappeler que le recourant est également au bénéfice d'une formation de polisseur, activité adaptée à son atteinte à la cheville. En tout état de cause, il ressort des cinq DPT retenues par l'intimée que les activités proposées ne réclament ni formation ni expérience, la seule exigence requise pour l'accomplissement de certaines tâches retenues étant une formation interne. Par ailleurs, il n'y a pas lieu de procéder à un abattement en cas de recours à des DPT, car celles-ci prennent déjà en considération la situation particulière de l'assuré. Plus précisément, lorsque le revenu d'invalidé est déterminé sur la base des DPT, une réduction du salaire, eu égard au système même des DPT, n'est ni justifié ni admissible (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3 p. 481 s.).

Quant au revenu sans invalidité de 66'844 fr., la CNA l'a fixé correctement en tenant compte des informations transmises par l'ancien employeur du recourant. Ainsi, l'assuré percevait un salaire mensuel de 4'920 fr. (x 13), soit un montant de 63'960 francs. Outre l'indexation, il convient d'ajouter une prime pour chauffeur non-accident de 1'000 fr. et une participation au résultat de 1'500 fr. (en 2014), soit un total de 66'844 francs. Il n'y pas lieu de tenir compte d'heures supplémentaires, dès lors que cette pratique n'a pas continué après l'accident (dans ce sens TF 8C\_744/2012 du 20 décembre 2012, consid. 3). En effet, par courriers des 14 juillet et 10 novembre 2015 faisant suite à deux demandes précises de l'intimée, l'ex-employeur a indiqué que s'il était courant que les

collaborateurs engagés en qualité de chauffeurs effectuent des heures supplémentaires durant la période de haute production, soit en moyenne de mai à octobre, ils devaient compenser les heures supplémentaires dans le délai d'une année. L'ex-employeur a ajouté qu'aucune compensation financière n'était en principe versée. Ce faisant, étant donné leur fréquence et leur nombre aléatoire (75h33 en 2006 ; 175h45 en 2007 ; 166h17 en 2008 ; 90h45 en 2009 et 3h50 en 2010 ; bordereau I, pièce 6), il n'apparaît pas, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'intéressé aurait obtenu le paiement d'heures supplémentaires en 2015. En tout état de cause, le recourant n'a pas exposé en quoi les indications de l'ancien employeur ne refléteraient pas la rémunération qu'il aurait perçue en 2015 sans la survenance de l'atteinte à la santé.

**d)** Il résulte de la comparaison du revenu d'invalidé avec celui que l'assuré aurait pu obtenir sans invalidité un préjudice économique de 19.09%, de sorte que l'intimée était fondée à retenir un taux d'invalidité de 19%. On relèvera par surabondance que, dans son projet de décision du 27 juillet 2015, l'OAI a retenu un degré d'invalidité de 18.51% sur la base des tables ESS, taux fixé en tenant compte de l'atteinte à l'épaule droite non prise en charge par l'assureur-accidents.

**9. a)** Dans un dernier moyen, le recourant soutient que le gain assuré doit être fixé à 75'433 fr. 26 en lieu et place du montant de 70'756 fr. retenu par l'intimée.

**b)** Le gain assuré et le revenu sans invalidité sont deux notions distinctes. Le revenu sans invalidité représente le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide ; il permet calculer le taux d'invalidité selon la méthode générale de la comparaison des revenus et, partant, de déterminer le droit ou non d'un assuré à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 et 2 LAA). Le gain assuré, lui, sert de base au calcul du montant proprement dit de cette rente (art. 20 al. 1 LAA). La fixation de l'un et de l'autre sont soumis à des règles différentes.

Selon l'art. 15 LAA, les indemnités journalières et les rentes sont calculées d'après le gain assuré (al. 1); est déterminant pour le calcul des rentes le salaire que l'assuré a gagné durant l'année qui a précédé l'accident (al. 2, deuxième phrase). Sous réserve de diverses dérogations qui ne concernent pas le présent cas, est réputé gain assuré le salaire déterminant au sens de la législation sur l'assurance-vieillesse et survivants (art. 22 al. 2 OLAA). Lorsque le droit à la rente naît plus de cinq ans après l'accident ou l'apparition de la maladie professionnelle, le salaire déterminant est celui que l'assuré aurait reçu, pendant l'année qui précède l'ouverture du droit à la rente, s'il n'avait pas été victime de l'accident ou de la maladie professionnelle, à condition toutefois que ce salaire soit plus élevé que celui qu'il touchait juste avant la survenance de l'accident ou l'apparition de la maladie professionnelle (art. 24 al. 2 OLAA).

**c)** Contrairement à l'opinion du recourant, l'intimée a non seulement pris en considération le gain annuel perçu par le recourant avant l'accident de 2009 (plus favorable que 2010), lequel prend en compte les salaires versés (y compris le 13<sup>ème</sup> salaire) par 62'975 fr., mais également les heures supplémentaires par 3'363 fr. 65, ainsi que le bonus annuel et la prime chauffeur par 3'050 fr., soit au total 69'388 fr. 65 sans indexation (doc. 92).

Cela étant, le montant annuel du gain assuré, fixé par l'intimée à 70'756 fr., ne prête pas le flanc à la critique, dès lors qu'il tient compte de l'évolution des salaires nominaux dans le domaine d'activité antérieur (+0.6% de 2009 à 2010, puis +1.4% de 2010 à 2014 dans la branche des transports et communications) (doc. 93).

**10.** L'instruction du dossier permettant de statuer en toute connaissance de cause, on ne voit pas, dans ce contexte, ce qu'une nouvelle évaluation pourrait apporter de plus, si ce n'est une appréciation médicale supplémentaire. L'audition du recourant, ainsi que celle de son épouse n'apparaissent pas non plus nécessaires. En effet, l'autorité peut renoncer à accomplir certains actes d'instruction si, en se fondant sur une

appréciation consciencieuse des preuves, elle est convaincue que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne peuvent plus modifier cette appréciation (appréciation anticipée des preuves ; ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

**11. a)** En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition attaquée confirmée.

**b)** La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'est pas perçu de frais judiciaires.

Le recourant, qui n'obtient pas gain de cause, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

**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 21 décembre 2015 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Bénédicte Fontanet, avocat à Genève (pour le recourant),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, à Lucerne,
- Office fédéral de la santé publique, à Berne,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :