

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 21 décembre 2018

Composition : M. PIGUET, président
M. Métral et Mme Durussel, juges
Greffière : Mme Chaboudez

Cause pendante entre :

A. _____, à [...], recourant, représenté par Me Jeton Kryeziu, avocat à Lausanne,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à Lucerne, intimée, représentée par Me Olivier Derivaz, avocat à Monthey.

Art. 18 al. 1 et 24 LAA

E n f a i t :

A. A._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1960, travaillait comme vendeur-réceptionniste pour l'entreprise K._____ SA et était, à ce titre, assuré contre les accidents professionnels et non professionnels ainsi que contre les maladies professionnelles auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 3 septembre 2008, il a été heurté à la jambe droite par un camion qui reculait et son pied a été écrasé par la roue du véhicule. Il a présenté d'importantes contusions du pied et de la cheville droite avec une fracture de la base du 5^e métatarsien. Les suites de cet accident ont été prises en charge par la CNA.

Dans la déclaration de sinistre, K._____ SA a mentionné que le salaire mensuel de l'assuré était de 4'500 francs. Dans une attestation du 16 septembre 2008, l'employeur a précisé que ce salaire était versé douze fois l'an.

Le 22 décembre 2008, le Dr F._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a procédé à une cure de pseudarthrose et à une ostéosynthèse. L'ablation du matériel d'ostéosynthèse a été faite le 24 juin 2009. L'assuré a pu reprendre son emploi à 50 % dès mars 2009 et à 100 % dès le 1^{er} août 2009.

Le 11 avril 2011, son médecin traitant, le Dr L._____, spécialiste en médecine interne générale, a fait état de douleurs persistantes, principalement lors de travaux lourds ou de marches prolongées. Il a prescrit à l'assuré des supports plantaires.

Dans un rapport médical du 5 septembre 2011, le Dr F._____ a indiqué qu'une IRM avait montré un status post-opératoire

radiologiquement normal, sans pathologie tendineuse, et des minimes troubles dégénératifs dans l'articulation du Chopart.

Un examen scintigraphique réalisé le 18 juin 2012 a mis en évidence la présence d'une souffrance osseuse de la base du 5^e métatarsien du pied droit, concordant avec la présence d'une minime irrégularité de surface articulaire et d'une géode sous-chondrale sur le versant cuboïdien, pour évoquer la présence de lésions dégénératives secondaires débutantes.

L'assuré s'est retrouvé en totale incapacité de travailler à partir du 21 juin 2012.

Dans un rapport médical du 10 juillet 2012, les Drs J._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et B._____, médecin assistant, ont diagnostiqué une névralgie du nerf sural.

Le 10 octobre 2012, le Dr V._____, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, a procédé à une excision du névrome du nerf sural et à un stripping du nerf. L'évolution post-opératoire a été favorable avec une disparition des douleurs neuropathiques, mais avec la persistance de douleurs en fin de journée.

L'assuré a pu reprendre progressivement son travail à temps partiel à partir du 10 janvier 2013.

Par courriel du 6 novembre 2012, K._____, SA a indiqué à la CNA que le salaire de l'assuré était de 8'000 fr. mensuels, versés douze fois l'an.

Dans un rapport médical du 3 juin 2014, le Dr S._____, spécialiste en médecine interne générale, a fait état de douleurs neurogènes persistantes de la face externe de la jambe et du pied droit. Il a attesté une incapacité de travail de 50 % depuis le 1^{er} mai 2014.

Le 12 août 2014, l'assuré a fait une chute dans les escaliers et s'est blessé à la cheville gauche, ce qui a entraîné un nouvel arrêt de travail. Cet accident a également été annoncé et pris en charge par la CNA.

Selon le rapport médical établi le 29 septembre 2014 par le Dr W._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, l'assuré a présenté une entorse sévère de la cheville gauche avec fracture in situ du talus et contusion. Il souffrait en outre toujours de douleurs en regard de la base du 5^e métatarse du pied droit et une nouvelle imagerie avait mis en évidence une arthrose cuboïdo-M5.

Dans un rapport médical du 23 octobre 2014, le Dr N._____, spécialiste en neurologie, a conclu à des douleurs neuropathiques et à des troubles sensitifs séquellaires à l'opération du nerf sural.

L'assuré a pu reprendre son activité à 40 % dès le 4 février 2015, puis à 50 % dès juin 2015.

Dans un rapport médical du 29 mai 2015, le Dr S._____ a fait savoir qu'une infiltration avait permis une amélioration des douleurs neuropathiques, mais que les douleurs du métatarsien dues à la pseudarthrose persistaient, ce qui motivait une intervention chirurgicale.

L'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) le 8 septembre 2015. Dans l'attestation remplie le 30 septembre 2015, K._____ SA a indiqué que le salaire mensuel de l'assuré était de 8'000 fr. depuis octobre 2010.

Le 18 septembre 2015, l'assuré a subi une arthroplastie d'interposition cuboïdo-M5 par du TFL (muscle tenseur du fascia lata)

prélevé sur la cuisse homolatérale à droite et une névrectomie du nerf sural jusqu'à son émergence entre les gastrocnémiens à droite.

L'assuré a pu reprendre son travail à 50 % à partir du 4 janvier 2016, dans une activité adaptée où il effectuait principalement de l'administratif et de la logistique, en évitant la station debout prolongée et le port de charges lourdes.

L'assuré a séjourné du 26 avril au 24 mai 2016 à la M. _____ (ci-après : M. _____). Dans leur rapport du 9 juin 2016, les Drs Q. _____ et T. _____ ont posé comme diagnostic principal des thérapies physiques et fonctionnelles pour des douleurs et limitations fonctionnelles du pied droit et, comme diagnostics supplémentaires, un traumatisme du pied droit avec fracture de la base du 5^e métatarsien et une tendinopathie du long fibulaire de la cheville droite. Ils ont relevé que des facteurs contextuels influençaient négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par le patient, tels qu'une kinésiophobie et une tendance à la catastrophisation chez un patient avec des traits de personnalité anxieuse, un comportement douloureux et d'importantes autolimitations. Ils ont retenu comme limitations fonctionnelles provisoires le port de charges lourdes, la marche prolongée, la marche en terrain irrégulier, la montée et descente d'escaliers et d'échelles ainsi que les positions contraignantes pour la cheville (position accroupie). Ils prévoient une stabilisation de l'état de santé d'ici deux mois. Ils ont fixé la capacité de travail de l'assuré à 50 % dès le 24 mai 2016 avec une augmentation progressive jusqu'à récupérer une pleine capacité de travail dès le 11 juillet 2016.

Selon un rapport médical du Dr S. _____ du 14 juin 2016, l'opération du 18 septembre 2015 avait permis une nette amélioration des douleurs neuropathiques, mais des douleurs persistaient sous la malléole externe droite. Le médecin traitant a prolongé l'incapacité de travail à un taux de 50 %.

Dans un rapport médical du 11 août 2016, le Dr W. _____ a indiqué que les douleurs neurogènes sur le nerf sural avaient disparu,

mais que le patient présentait un syndrome douloureux chronique au membre inférieur droit.

Lors d'un entretien avec un collaborateur de la CNA, l'assuré a fait savoir qu'il avait tenté d'augmenter son taux de travail à 70 % dès le 13 juin 2016, mais n'avait tenu que quelques jours et avait dû redescendre à 50 % en raison des douleurs.

Selon un rapport médical établi le 8 décembre 2016 par le Dr G._____, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, il y avait une rémission quasi complète des douleurs neuropathiques et il n'y avait pas de traitement chirurgical à envisager au niveau des nerfs périphériques. Des douleurs mécaniques persistaient en revanche.

Dans un rapport médical du 13 janvier 2017, le Dr J._____ a estimé qu'une nouvelle opération n'était pas recommandée et qu'un travail aménagé avec des activités essentiellement sédentaires permettrait à l'assuré de travailler à 100 %.

Le Dr S._____ a indiqué, dans un rapport médical du 31 janvier 2017, que l'assuré ne pouvait pas rester debout plus de 15 à 20 minutes ni marcher plus de 10 minutes.

L'assuré a été examiné le 13 février 2017 par le Dr P._____, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA, qui a fait l'appréciation suivante :

[...] Du point de vue thérapeutique, pour le pied D [droit], il faut sûrement en rester là sur le plan chirurgical.

Dans le cadre d'un traitement conservateur, la poursuite de la physiothérapie peut se concevoir encore quelque temps.

A G [gauche], les séquelles sont minimales et le traitement est terminé.

Les limitations fonctionnelles sont les charges lourdes, la station debout prolongée et surtout les longs trajets.

A cet égard, M. A._____ peut rencontrer des difficultés dans son activité habituelle.

En revanche, il ne fait aucun doute qu'il a une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

Si on se réfère à la table 5 du barème de l'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA, détail N° 2870/5.f-2000, un taux de 5 % peut être retenu en présence d'une arthrose débutante du tiers externe du Lisfranc à D.

A ces 5 %, il convient d'ajouter 2,5 % en raison d'un status après névrectomie du nerf sural et 2,5 % prenant en compte de légères séquelles douloureuses à la cheville G ainsi que la bilatéralité des lésions.

L'atteinte à l'intégrité totale se monte ainsi à 10 % dont 2,5 % sont à mettre sur le compte de l'accident du 12.08.2014 ([...]).

Elle est pondérée au sens de l'art. 36 al. 3 OLAA.

Lors d'un entretien téléphonique du 25 avril 2017, un collaborateur de l'OAI a fait savoir à la CNA que le revenu sans invalidité de l'assuré était en cours d'examen, étant donné que le dernier salaire annoncé, soit 8'000 fr. par mois, était particulièrement élevé par rapport à ce qu'il gagnait quelques années avant. Il ressort des copies des décisions de taxation fiscales transmises par l'assuré à l'OAI qu'il a déclaré un revenu net de 86'664 fr. en 2011, 89'234 fr. en 2012, 87'780 fr. en 2013, 88'996 fr. en 2014 et de 99'890 fr. en 2015.

Selon le rapport initial des spécialistes en réinsertion de l'OAI du 22 mai 2017, aucune mesure de réinsertion professionnelle n'était envisagée puisque l'assuré, travaillant dans l'entreprise familiale, souhaitait garder son poste, qui avait déjà été adapté.

Le 18 juillet 2017, la CNA a informé l'assuré qu'elle mettrait fin au versement de l'indemnité journalière au 31 août 2018 [recte : 2017].

Par courrier du 9 octobre 2017, l'assuré a contesté la fin du versement de l'indemnité journalière et produit un rapport médical du Dr S._____ du 9 juin 2017, qui attestait une capacité de travail de 50 % tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée et précisait que l'assuré serait inapte à garder son poste à long terme chez un autre employeur, étant donné l'absentéisme dû à des arrêts intermittents de un

ou deux jours. Le médecin traitant expliquait que même dans un travail adapté (alternance de positions assise et debout), les douleurs augmentaient en cours de journée et devenaient insupportables l'après-midi, malgré les antalgiques.

Par décision du 25 octobre 2017, la CNA a octroyé à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10 %, à savoir 7,5 % pour l'accident du 3 septembre 2008 et 2,5 % pour celui du 12 août 2014. Elle a en revanche refusé de lui accorder une rente d'invalidité, en l'absence de diminution notable de sa capacité de gain. La CNA a considéré que l'assuré était en mesure d'exercer une activité à plein temps sans port de charges lourdes, sans travail debout prolongé et sans déplacement sur de longs trajets. Se basant sur les données salariales résultant des descriptions des postes de travail (ci-après : DPT), la CNA a estimé que l'assuré pourrait réaliser un salaire annuel de 61'635 fr., qu'elle a comparé au gain de 61'800 fr. réalisable sans accident, chiffre recueilli auprès de différentes entreprises de démolition.

L'assuré a interjeté une opposition contre cette décision le 21 novembre 2017.

Par décision sur opposition du 22 décembre 2017, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré en avançant notamment les motifs suivants :

Il faut [...] observer que le Dr S. _____ a fixé une incapacité de travail de 50% en prenant en considération les douleurs exprimées par son patient (rapport du 14.06.2016). Au 31 janvier 2017, ce médecin a exprimé l'impression que l'activité professionnelle de 50% correspondait bien aux capacités physiques de M. A. _____; il n'a pas jugé souhaitable un reclassement professionnel dans la mesure où il était probable qu'un autre employeur ne serait pas aussi arrangeant par rapport à l'organisation que le patient avait pu mettre en place pour son pied droit.

Si les motifs exprimés par le médecin traitant ne sont pas dénués de logique, ils font fi de l'obligation, impartie aux assurés sociaux, de limiter le dommage. D'ailleurs, le PD Dr J. _____ a, certes, admis une capacité de 50% dans l'activité exercée par M. A. _____, mais également reconnu une pleine capacité de travail dans un emploi à vocation essentiellement sédentaire. Il ne faut pas non plus perdre de vue le fait que l'assuré a démontré une propension à la

catastrophisation, des traits de personnalité anxieuse, un comportement douloureux ainsi que d'importantes autolimitations, facteurs qui ne sauraient être pris en considération par la Suva. Enfin, il sied de rappeler que les DPT sélectionnées par la Suva décrivent précisément des emplois n'impliquant pas de longs déplacements et privilégiant la position assise ou alternée assise-debout.

Si le service de comptabilité de l'entreprise K._____ S.A. a, le 6 novembre 2012, communiqué à la Suva un revenu annuel de Fr. 96'000.-, il faut remarquer que l'Extrait du compte individuel de la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS ne met en exergue une telle rémunération que sur une courte durée. Surtout, le gain de Fr. 96'000.- n'apparaît pas crédible à long terme au regard des rémunérations ressortant de [...] S.A. (Fr. 61'800.-) et [...] (Fr. 60'000.-), de sorte qu'il y a lieu de tenir compte des salaires usuels de la branche. Il faut, en outre, garder à l'esprit que la rémunération de Fr. 96'000.- comprend des tâches de gestion et d'administration qui peuvent continuer à être exécutées par l'opposant : elles n'ont dès lors été prises en compte ni dans le revenu de valide ni dans celui d'invalidé.

La CNA a par ailleurs accordé une entière valeur probante aux conclusions du Dr P._____ relatives à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

B. A._____ a recouru contre cette décision sur opposition auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte de son mandataire du 1^{er} février 2018, concluant à l'octroi de prestations d'assurance dès le 1^{er} septembre 2017, notamment à une rente d'invalidité de 51,8 % avec intérêts à 5 % l'an, subsidiairement à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à l'intimée. Il a fait valoir qu'en raison des douleurs, il rencontrait des difficultés même à exercer une activité adaptée à mi-temps et qu'il n'était pas réaliste de considérer qu'il pourrait être engagé par un autre employeur. Il a reproché à l'intimée de ne pas avoir examiné s'il souffrait de troubles somatoformes douloureux, lesquels étaient évoqués dans le rapport de la M._____, et a proposé que cette question soit examinée, et sa capacité de travail établie, au moyen d'une expertise judiciaire. Il a contesté les DPT retenues ainsi que le calcul de son taux d'invalidité, estimant qu'il y avait lieu d'appliquer un abattement de 25 % sur son revenu d'invalidé compte tenu de son lourd handicap, de son manque de formation, de ses connaissances linguistiques et de son âge. Il a soutenu qu'il était arbitraire de ne pas

tenir compte de son salaire de 8'000 fr., qui s'expliquait par la position de cadre qu'il occupait et son expérience dans la direction d'une entreprise, alors que les revenus communiqués par les autres entreprises concernaient des ouvriers.

Dans sa réponse du 7 mars 2018, la CNA a maintenu sa position. Selon elle, il n'était pas établi que le revenu de 96'000 fr. correspondait à l'activité occupée avant l'accident, que le recourant ne pouvait plus exercer, et le fait que ses plaintes et limitations fonctionnelles ne s'expliquaient qu'en partie par les lésions objectives constatées ne voulait pas dire qu'on était en présence de troubles somatoformes douloureux.

Avec sa réplique du 4 juin 2018, le recourant a annoncé avoir tenté en vain de reprendre le travail à 100 % dès le 30 avril 2018 et que les infiltrations qu'il avait reçues n'avaient fait effet que quelques jours. Il a demandé la réalisation d'une expertise judiciaire, un nouveau calcul de son taux d'invalidité et de son indemnité pour atteinte à l'intégrité. Il a produit des certificats et un rapport médical du 25 avril 2018 de son nouveau médecin traitant, le Dr R._____, médecin praticien, qui a attesté une totale incapacité de travail du 3 janvier au 28 mars 2018, puis une capacité de travail de 50 % et indiqué qu'en raison des douleurs chroniques au niveau de la cicatrice et de l'œdème au niveau du pied, l'assuré devait se mettre au repos toutes les 20 à 30 minutes. Il a également versé en cause un rapport médical établi le 6 février 2018 par les Drs C._____ et H._____, spécialistes en anesthésiologie au D._____ (ci-après : D._____), qui faisaient état de douleurs importantes aux mouvements et à la palpation.

Dans sa détermination du 27 juin 2018, la CNA a précisé que les documents médicaux déposés ne se prononçaient pas sur l'exigibilité d'une activité respectant les limitations fonctionnelles du recourant et a relevé que l'assuré avait déclaré travailler à 100 % lors de sa consultation au D._____.

A la demande du juge instructeur, le dossier de l'assuré auprès de l'OAI a été versé à la procédure.

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 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 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 compte tenu des fêtes auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36] et art. 38 al. 4 let. c LPGA) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. **a)** Le litige porte sur le point de savoir si l'intimée était fondée, par sa décision sur opposition du 22 décembre 2017, à refuser d'octroyer une rente d'invalidité au recourant et à fixer à 10 % l'indemnité pour atteinte à l'intégrité qui lui a été accordée.

b) On précisera que les modifications introduites par la novelle du 25 septembre 2015, entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2017 et modifiant diverses dispositions de la LAA, ne sont pas applicables au cas d'espèce, vu la date des accidents assurés (cf. ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification).

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 à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). L'invalidité est définie comme 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).

Pour évaluer le taux d'invalidité, et ainsi le montant de la rente, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé à celui que l'assuré devenu invalide par suite d'un accident pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de traitements et de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail (art. 16 LPGA, auquel renvoie implicitement l'art. 18 al. 2 LAA ; TF 8C_778/2017 du 25 avril 2018 consid. 3).

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_202/2017 du 21 février 2018 consid. 3) - 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.

b) 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).

4. **a)** A titre préliminaire, il convient de constater que la décision de la CNA de mettre fin au versement de l'indemnité journalière au 31 août 2017 et d'examiner le droit du recourant à une éventuelle rente d'invalidité n'est pas critiquable. Il ressort en effet des différents rapports médicaux que son état de santé est stabilisé. Ainsi, dans son examen final du 13 février 2017, le Dr P._____ a estimé que du point de vue thérapeutique, il était préférable de ne pas prévoir de nouvelle intervention chirurgicale pour le pied droit et que seule la poursuite de la physiothérapie pouvait se concevoir encore quelque temps. Il a en outre constaté que le traitement était terminé pour la cheville gauche. Dans le même sens, le Dr J._____ a indiqué qu'une nouvelle opération n'était pas recommandée dans son rapport médical du 13 janvier 2017 et le Dr G._____ a considéré qu'il n'y avait pas de traitement chirurgical à envisager au niveau des nerfs périphériques dans son rapport du 8 décembre 2016. Il ressort en outre de la note de l'OAI du 22 mai 2017

qu'aucune mesure professionnelle n'était envisagée puisque l'assuré souhaitait garder son poste dans l'entreprise familiale.

b) La CNA conclut à l'existence d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée tandis que le recourant allègue qu'en raison des douleurs, il rencontre des difficultés même à exercer une activité adaptée à mi-temps.

Dans leur rapport du 9 juin 2016, les médecins de la M. _____ ont préconisé une reprise progressive de l'activité jusqu'à atteindre un plein temps dès le 11 juillet 2016 et ont retenu, comme limitations fonctionnelles provisoires, d'éviter le port de charges lourdes, la marche prolongée, la marche en terrain irrégulier, la montée et descente d'escaliers et d'échelles ainsi que les positions contraignantes pour la cheville (position accroupie). Dans son rapport médical du 13 janvier 2017, le Dr J. _____ considère qu'un travail aménagé avec des activités essentiellement sédentaires permettrait à l'assuré de travailler à 100 %. Dans son examen final du 13 février 2017, le Dr P. _____ conclut à l'existence d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, sans port de charges lourdes, ni station debout prolongée, ni longs trajets. De son côté, le Dr S. _____ estime que la capacité de travail du recourant est de 50 % tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée et précise qu'il ne peut pas rester debout plus de 15 à 20 minutes ni marcher plus de 10 minutes, et que même dans un travail adapté (alternance de positions assise et debout), les douleurs augmentent en cours de journée et deviennent insupportables l'après-midi, malgré les antalgiques (cf. rapports médicaux des 14 juin 2016, 31 janvier 2017 et 9 juin 2017). De même, dans son rapport du 25 avril 2018 (certes postérieur à la décision attaquée, cf. à ce sujet ATF 131 V 242 consid. 2.1), le Dr R. _____ retient une capacité de travail de 50 % et indique qu'en raison des douleurs chroniques au niveau de la cicatrice et de l'œdème au niveau du pied, l'assuré doit se mettre au repos toutes les 20 à 30 minutes.

Il apparaît ainsi qu'en dehors des deux médecins traitants, les autres médecins consultés reconnaissent l'existence d'une pleine capacité

de travail dans une activité adaptée. S'agissant du Dr S._____, il faut constater que dans ses rapports médicaux, il se base sur les douleurs exprimées par le patient et non sur des éléments médicaux objectifs pour justifier l'incapacité de travail partielle qu'il retient dans toute activité. Or, compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs (en l'absence d'observation médicale concluante sur le plan somatique ou psychiatrique), les simples plaintes subjectives de la personne assurée ne sauraient suffire pour justifier une invalidité entière ou partielle. Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit en effet être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation du droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement entre assurés (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 ; TF 9C_7/2014 du 27 mars 2014 consid. 4.2.2). Quant au Dr R._____, il se réfère également aux plaintes du recourant relatives aux douleurs et s'exprime exclusivement en lien avec l'activité habituelle. L'appréciation de ces médecins ne saurait par conséquent prévaloir.

Tant les médecins de la M._____ que le Dr P._____ ont basé leurs conclusions sur un examen clinique complet du recourant et en connaissance de l'ensemble de son dossier médical. Ils ont en outre tenu compte des plaintes qu'il a exprimées et ont motivé leurs conclusions. Il y a par conséquent lieu de reconnaître une pleine valeur probante à leurs rapports médicaux, dont les conclusions sont analogues, à savoir la présence d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, de type sédentaire, sans port de charges lourdes. C'est également à cette conclusion que parvient le Dr J._____ dans son rapport médical du 13 janvier 2017.

On ne saurait reprocher à l'intimée, comme le fait le recourant, de ne pas avoir examiné s'il souffrait de troubles somatoformes douloureux. En effet, aucun des nombreux médecins consultés n'évoque de tels troubles, pas même les médecins traitants. Le comportement douloureux relevé lors du séjour à la P._____, sur lequel le recourant se fonde, concerne les facteurs contextuels qui influencent négativement les

aptitudes fonctionnelles qu'il a rapportées, à l'instar des importantes autolimitations dont il a fait preuve. Il ne s'agit donc en aucun cas d'un diagnostic analogue à un trouble somatoforme douloureux.

Finalement, si le recourant a tenté en vain à plusieurs reprises d'augmenter son taux de travail à 100 %, cet élément ne saurait aller à l'encontre de l'existence d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. L'activité habituelle du recourant a certes été aménagée, mais n'apparaît pas compatible avec ses limitations fonctionnelles dans le cadre d'un plein temps, celle-ci n'étant pas une activité de type sédentaire. Il ressort à cet égard du rapport de la M. _____ du 9 juin 2016 qu'une demande de moyen auxiliaire pour se déplacer sur les 20'000 m² de l'entreprise était en cours. Pour la même raison, rien ne permet de conclure que dans une activité de type sédentaire le recourant ne pourrait pas travailler à 100 % sans devoir subir des arrêts de travail intermittents.

Au final, il se justifie de reconnaître au recourant une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, sans port de charges lourdes, ni station debout prolongée, ni longs trajets.

5. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants des revenus, avec et sans invalidité, et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 142 V 290 consid. 4 et 137 V 334 consid. 3.1.1 ; TF 8C_643/2016 du 25 avril 2017 consid. 4.1).

a) Le revenu sans invalidité se déduit, en règle générale, d'après le dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des circonstances à l'époque où est né le droit à la rente. Compte tenu des capacités professionnelles de l'assuré et des circonstances personnelles le concernant, on prend en considération ses chances réelles d'avancement compromises par le handicap, en posant la présomption que l'assuré aurait continué d'exercer son activité sans la survenance de son invalidité. Des exceptions ne sauraient être

admises que si elles sont établies au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence ; TF 9C_760/2015 du 21 juin 2016 consid. 3.2).

Selon la jurisprudence, il est toutefois possible de s'écarter du dernier salaire perçu avant la survenance de l'atteinte à la santé lorsqu'on ne peut le déterminer sûrement (cf. ATF 128 V 29 consid. 1), notamment lorsqu'il est soumis à des fluctuations importantes ; il faut alors procéder à une moyenne des gains réalisés sur une période relativement longue. C'est notamment le cas si le dernier salaire obtenu avant la survenance de l'invalidité est nettement plus élevé que les salaires obtenus jusqu'alors. Il ne peut servir de référence pour le revenu sans invalidité que s'il est établi, selon la vraisemblance prépondérante, que l'assuré aurait continué à réaliser un tel salaire (TF 9C_760/2015 précité consid. 3.2 et références citées).

b) En l'occurrence, la CNA considère que la rémunération de 8'000 fr. mensuels annoncée par K._____ SA n'a concerné qu'une courte période et n'apparaît pas crédible à long terme au regard des rémunérations communiquées par d'autres entreprises actives dans la démolition. Le recourant soutient au contraire qu'il est arbitraire de ne pas tenir compte de son salaire de 8'000 fr., qui s'explique par la position de cadre qu'il occupait et son expérience dans la direction d'une entreprise, alors que les revenus communiqués par les autres entreprises concernent des ouvriers.

Il faut constater, contrairement à ce que retient la CNA, que ce revenu mensuel de 8'000 fr. n'a pas été versé uniquement durant une courte période. Il s'agit en effet du salaire que le recourant a touché dès octobre 2010 (cf. attestation de K._____ SA du 30 septembre 2015), qui lui a été payé en plein par son employeur jusqu'à l'arrêt de travail ayant débuté le 21 juin 2012, soit pendant une année et neuf mois, et sur lequel il a été imposé, comme cela ressort de ses décisions de taxation fiscale. L'intimée ne fournit aucune explication objective et détaillée - fondée sur les circonstances concrètes du cas d'espèce - sur les raisons qui

justifieraient de s'écarter de ce montant, si ce n'est le sentiment subjectif que ce montant est trop élevé. Elle ne démontre pas, comme il lui aurait appartenu de le faire, que le recourant n'aurait pas été en mesure de continuer à obtenir un tel revenu s'il n'avait pas été à nouveau atteint dans sa santé.

C'est par conséquent un revenu annuel sans invalidité de 96'000 fr. qui doit être pris en considération dans le cas d'espèce.

c) Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'assuré. Il correspond au revenu effectivement réalisé par l'intéressé pour autant que les rapports de travail apparaissent particulièrement stables, qu'en exerçant l'activité en question celui-ci mette pleinement en valeur sa capacité résiduelle de travail raisonnablement exigible et encore que le gain ainsi obtenu corresponde à son rendement effectif, sans comporter d'éléments de salaire social. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail (DPT) établies par la CNA (ATF 139 V 592 consid. 2.3 ; 135 V 297 consid. 5.2 ; TF 9C_140/2017 du 18 août 2017 consid. 5.4.1).

d) En l'occurrence, la CNA a fixé le revenu d'invalidé à 61'635 fr. sur la base des DPT. Faute de critiques concrètes formulées par le recourant à leur encontre, il n'y a pas lieu de s'écarter des DPT prises en considération par l'intimée, qui sont compatibles avec les limitations fonctionnelles retenues. Le recourant fait valoir qu'il y a lieu d'appliquer un abattement de 25 % sur son revenu d'invalidé compte tenu de son lourd handicap, de son manque de formation, de ses connaissances linguistiques et de son âge. Ce faisant, il omet que lorsque le revenu d'invalidé est établi au moyen de DPT, il n'y a pas lieu de procéder à une déduction globale du revenu comme cela peut être le cas pour le salaire

d'invalidé fondé sur les données statistiques issues des ESS (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3). Il n'y a dès lors pas lieu de s'écarter du revenu d'invalidé de 61'635 fr. retenu par l'intimée.

e) Compte tenu des revenus précités, le taux d'invalidité du recourant se monte à 35,7 %, qu'il y a lieu d'arrondir à 36 % (cf. ATF 130 V 121). Le recourant a par conséquent droit à une rente d'invalidité de 36 % à compter du 1^{er} septembre 2017.

6. Dans sa réplique du 4 juin 2018, le recourant conteste également le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) qui a été fixé par la décision attaquée à 10 %.

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. Aux termes de 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. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 à l'OLAA (art. 36 al. 2 OLAA). Cette annexe comporte un barème - reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 124 V 29 consid. 1b, 209 consid. 4a/bb ; TF 8C_566/2017 du 8 mars 2018 consid. 5.1) - des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent. 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 annexe 3 OLAA). 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 valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Toutefois, dans la mesure où il s'agit de valeurs indicatives, destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés,

elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc et 116 V 156 consid. 3a ; TF 8C_566/2017 précité, loc. cit.). En cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité, dues à un ou plusieurs accidents, l'indemnité est fixée d'après l'ensemble du dommage (art. 36 al. 3, première phrase, OLAA).

Selon l'art. 25 al. 1 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation 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. Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (al. 2).

b) Contrairement à ce que le recourant soutient, la hauteur de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ne dépend pas du degré d'invalidité. 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. Cela signifie que pour tous les assurés présentant un status médical identique, l'atteinte à l'intégrité est la même (ATF 115 V 147 consid. 1; 113 V 218 consid. 4b; TF 8C_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.1 et les références citées). En l'occurrence, le Dr P._____ a retenu une atteinte à l'intégrité de 5 % en raison de l'arthrose débutante du tiers externe du Lisfranc à droite sur la base de la table 5 de la CNA (2870/5.f 2000), relative aux atteintes à l'intégrité résultant d'arthroses. Il y a ajouté 2,5 % en raison du status après névrectomie du nerf sural et 2,5 % en vue de tenir compte des légères séquelles douloureuses à la cheville gauche ainsi que la bilatéralité des lésions, soit un total de 10 %. Le recourant ne soulève aucun argument en lien avec l'appréciation du Dr P._____, qu'il se justifie de confirmer.

7. 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. 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). Il sera dès lors renoncé à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire comme le requiert le recourant.

8. a) En définitive, le recours est partiellement admis, la décision sur opposition attaquée étant réformée, en ce sens que le recourant a droit à une rente d'invalidité de 36 % à compter du 1^{er} septembre 2017, et confirmée pour le surplus.

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

Le recourant, qui obtient partiellement gain de cause avec l'assistance d'un mandataire, a droit à des dépens, qu'il convient de fixer à 2'500 fr. (art. 61 let. g LPGA, art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]) et de mettre à la charge de l'intimée.

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

- I. Le recours est partiellement admis.
- II. La décision sur opposition rendue le 22 décembre 2017 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est réformée en ce sens qu'une rente d'invalidité de 36 % est octroyée à A._____ à compter du 1^{er} septembre 2017 ; elle est confirmée pour le surplus.

III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

IV. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents versera à A. _____ la somme de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Jeton Kryeziu (pour le recourant),
- Me Olivier Derivaz (pour l'intimée),
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :