

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 1^{er} avril 2019

Composition : Mme DESSAUX, présidente
Mmes Gabellon et Pelletier, assesseurs
Greffière : Mme Chaboudez

Cause pendante entre :

I. _____, à [...], recourant, représenté par Me Alexandre Guyaz, avocat à Lausanne,

et

C. _____, à [...], intimée.

Art. 18 al. 1 et 24 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. I. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1969, travaillait comme aide de cuisine depuis juin 2012 à l'Auberge du Y. _____ à [...] et était, à ce titre, assuré contre les accidents professionnels et non-professionnels auprès de Z. _____, puis dès le 1^{er} janvier 2013 par C. _____ (ci-après : C. _____ ou l'intimée).

Le 27 décembre 2012, alors qu'il se trouvait en vacances au [...], l'assuré a été percuté par une voiture pendant qu'il traversait la route, ce qui lui a causé une fracture multiple à la jambe gauche. Il s'est rendu aux urgences sur place puis, de retour en Suisse, a été hospitalisé au J. _____ (ci-après : J. _____). Les suites de cet accident ont été prises en charge par son assureur-accidents.

Selon les rapports des 7 février et 22 avril 2013 émanant du Service d'orthopédie et traumatologie du J. _____, l'assuré souffrait d'une fracture plurifragmentaire de la jambe proximale gauche, ouverte, stade B3 selon Gustilo. Il avait subi plusieurs interventions chirurgicales, à savoir un débridement itératif et une immobilisation de la jambe par un fixateur externe hybride (les 3 et 8 janvier 2013), la couverture de la plaie par un lambeau du gastrocnémien interne et une greffe de Thiersch (le 18 janvier 2013), puis une ablation d'un espaceur en ciment et une greffe osseuse du tibia (le 7 mars 2013). L'assuré avait en outre présenté une adénite cervicale postérieure gauche sur une probable maladie de Kikuchi ou, comme diagnostics différentiels, un syndrome de Dress incomplet, une maladie à IgG4 ou une bartonellose.

Selon un rapport médical établi le 24 juin 2013 par le Dr G. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin adjoint au Service d'orthopédie et traumatologie du J. _____, l'assuré présentait une pseudarthrose du tibia à gauche après fracture ouverte de degré III b selon Gustilo des deux os de la jambe.

Le contrat de travail de l'assuré a été résilié pour le 30 juin 2013.

Le 15 juillet 2013, 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).

Dans leur rapport du 4 avril 2014, les Drs G._____ et L._____ ont exposé qu'en date du 23 mai 2013, ils avaient procédé à l'ablation d'un fixateur hybride, au graissage de la jambe et à la mise en place d'un plâtre cruro-pédieux et, le 25 juin 2013, à une prise de greffe par alésage sur le fémur gauche, puis à une décortication, une greffe du tibia gauche et à la pose d'une plaque externe. L'assuré avait cependant présenté une infection à MRSA (staphylocoque doré résistant à la méticilline) de la plaque tibiale gauche, de sorte que le 3 mars 2014, les médecins l'ont réopéré en vue d'effectuer un débridement profond et une ablation partielle du matériel d'ostéosynthèse du tibia gauche, et le 14 mars 2014, à l'ablation de la plaque d'ostéosynthèse et à la pose d'un fixateur externe.

Selon un rapport des Drs G._____ et F._____ du 30 juillet 2014, l'assuré avait subi une nouvelle intervention le 10 juillet 2014 afin de réviser la plaie antérieure, d'enlever le ciment et les broches puis de transférer le péroné distal vers le proximal pour combler le trou du tibia.

Le 8 septembre 2014, le Dr G._____ a précisé que la reprise du travail de casseroier n'était pas certaine, même avec une évolution favorable de la lésion.

Le 20 novembre 2014, ce médecin a procédé à l'ablation du fixateur externe.

A la demande de C._____, une expertise a été réalisée par le Dr T._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur ainsi qu'en chirurgie de la main. Dans son rapport du 16 juillet 2015, il a posé les diagnostics suivants :

- « Status après 3^{ème} cure de pseudarthrose du tibia gauche avec 4^{ème} greffe osseuse (iliaque) et ostéosynthèse par plaque le 21.04.2015.
- Status après 3^{ème} greffe osseuse du tibia gauche par transfert pédiculé du péroné le 10.07.2014 et fixateur externe jusqu'en novembre 2014.
- Status après AMO [ablation du matériel d'ostéosynthèse] précoce de plaque, débridement et pose d'un fixateur externe le 03 et le 14.03.2014 pour infection tardive à MRSA.
- Status après 1^{ère} cure de pseudarthrose du tibia gauche avec 2^{ème} greffe osseuse (autologue) et ostéosynthèse par plaque le 25.06.2013.
- Status après ablation du fixateur externe hybride de la jambe gauche le 23.05.2013.
- Status après 1^{ère} greffe osseuse de banque du tibia gauche le 07.03.2013.
- Status après recouvrement de la plaie de la jambe gauche par un lambeau pédiculé du jumeau interne le 18.01.2013.
- Status après débridement et stabilisation de la jambe gauche par fixateur externe hybride le 03.01.2013.
- Status après fracture ouverte Gustillo IIIB de la jambe gauche le 27.12.2012. »

Toutes les affections du membre inférieur gauche listées dans les diagnostics ci-dessus étaient en lien de causalité certain avec l'accident. Le pronostic était encore aléatoire tant que la consolidation définitive n'était pas encore acquise. Celle-ci devrait normalement intervenir dans le courant de l'été ou de l'automne 2015. Même dans le cas d'une évolution favorable avec consolidation acquise, la jambe gauche du patient resterait probablement dans un état précaire, incompatible avec la reprise d'un travail en position debout prolongée. Le Dr T._____ envisageait qu'à partir de la fin de l'année 2015, le patient pourrait probablement reprendre une activité professionnelle adaptée dans une position semi-assise ne nécessitant pas de déplacement ni de port de charges. Il était trop tôt pour se prononcer sur l'atteinte à l'intégrité, mais l'expert estimait que le patient garderait une légère limitation fonctionnelle plus ou moins douloureuse du membre inférieur gauche pour laquelle un taux d'atteinte à l'intégrité de 5-10 % pouvait être réservé. A l'occasion de cette expertise, l'assuré s'est également plaint de douleurs à

l'épaule gauche avec une limitation fonctionnelle en élévation ainsi que de lombalgies à prédominance paravertébrale droite.

Dans un courrier non daté, réceptionné par C._____ le 24 août 2015, le Dr G._____ a indiqué que selon lui, l'atteinte à l'intégrité corporelle serait un tout petit peu plus élevée, de l'ordre de 15 %, compte tenu des séquelles fonctionnelles laissées en cas de fractures gravissimes de jambes multi-opérées. Pour les autres conclusions de l'expertise, il pensait que dans un emploi adapté et moyennant une formation professionnelle nouvelle, le patient pourrait recouvrer une capacité de travail éventuellement de 50 % dès 2016.

Dans un rapport médical du 24 août 2015, le Dr G._____ a mentionné avoir procédé à un examen clinique de l'épaule gauche et à un bilan radiologique de cet épaule ainsi que du rachis. Il a notamment relevé une déviation non scoliotique de la colonne vertébrale vers la droite, liée au raccourcissement du membre inférieur gauche, qui favorisait probablement un peu les lombalgies et pour laquelle il a prescrit une basket avec 1 cm sous le talon gauche. Au niveau de la jambe, la pseudarthrose n'était pas encore définitivement consolidée.

Le 9 octobre 2015, l'OAI a informé l'assuré qu'elle lui reconnaissait le droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} janvier 2014, basée sur un degré d'invalidité de 100 %.

L'assuré a séjourné à la D._____ (ci-après : D._____) du 14 octobre au 24 novembre 2015. Dans leur rapport du 2 décembre 2015, le Dr U._____, spécialiste en médecine physique et réhabilitation, et la Dresse N._____, médecin assistant, ont posé comme diagnostic principal des thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs chroniques de la jambe droite [recte : gauche], comme diagnostic secondaire, un status post fracture ouverte Gustilo IIIb de la jambe gauche le 27 décembre 2012 (avec l'ensemble des opérations réalisées) et, comme comorbidités, une obésité, un diabète débutant et une hypercholestérolémie. Une échographie de l'épaule gauche avait été réalisée et était dans la norme ;

la symptomatologie douloureuse était mise sur le compte de la charge en raison de la marche avec les cannes. Les limitations fonctionnelles provisoires suivantes étaient retenues : marche sur terrain irrégulier, montée et descente d'escaliers, marche à plat et position debout statique prolongées. Du point de vue médical, la stabilisation était attendue dans un délai de cinq mois. Le pronostic de réinsertion était défavorable dans l'ancienne activité et a priori favorable dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles décrites, étant précisé que l'assuré maîtrisait mal la langue française.

Dans un rapport médical du 8 décembre 2015, le Dr G. _____ a fait état d'une évolution favorable, d'une amélioration de la marche, d'une diminution des douleurs ainsi que de la consolidation de la pseudarthrose du tibia.

Le 26 janvier 2016, le Dr G. _____ a indiqué ce qui suit :

« Radiologiquement, sur une jambe de face et profil, la consolidation est acquise. Elle n'évoluera plus car cela n'a pas beaucoup changé par rapport aux clichés du mois de décembre.

Appréciations : Mr I. _____ gardera donc une jambe précaire et à risque de fracture en cas de traumatisme mineur. Il gardera probablement à vie le besoin d'un chaussage du commerce modifié et d'une canne basse à droite.

Dans ces conditions, il ne peut pas reprendre son ancien travail de cuisinier-casserolier et il reste en arrêt de travail complet. »

A la demande de C. _____, les médecins de la D. _____ ont indiqué, dans un courrier du 2 février 2016, qu'il était extrêmement difficile de donner plus de précisions et de déterminer l'exigibilité pour un patient qui leur avait été adressé pour une prise en charge thérapeutique.

L'assuré a débuté un nouveau séjour à la D. _____ le 13 avril 2016, séjour qui a été interrompu le 15 avril 2016 en raison de la découverte d'une dissection du tronc coeliaque s'étendant dans l'artère hépatique commune et l'artère hépatique droite, qui a justifié l'hospitalisation de l'assuré à l'Hôpital [...].

Le séjour prévu à la D. _____ a finalement pu se faire du 23 août au 27 septembre 2016. Dans leur rapport du 13 octobre 2016, les Drs U. _____ et V. _____ ont fait l'appréciation suivante :

« Le patient se plaint de douleurs musculo-squelettiques au niveau des compartiments antérieur et postéro-interne de la jambe gauche, qui s'améliorent avec la médication et le repos. Pas de douleur neuropathique associée. Le patient rapporte aussi une limitation de la flexion dorsale du pied gauche. Il présente un périmètre de marche avec une béquille de 100 mètres en terrains plats, et arrive à marcher quelques pas dans la chambre sans béquille. [...]

Aucun nouveau diagnostic n'a été posé au cours du séjour, en particulier aucune psychopathologie retenue.

Les plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquent principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour (cf. liste diagnostics). [...]

Les limitations fonctionnelles définitives suivantes sont retenues : pas de travaux lourds. Pas de travaux sur sol mouillé, instable ou irrégulier ou vibrant. Pas de sauts. Pas de déplacements sur de longues distances ou de station debout prolongée. Pas de déplacements sur échelles ou autre.

La poursuite d'un traitement de physiothérapie à visée de renforcement musculaire et de correction du schéma de marche est proposée.

Aucune nouvelle intervention n'est proposée. D'un point de vue orthopédique, après consultation chez notre consultant, il n'y a pas de nécessité d'une nouvelle intervention chirurgicale ni d'ablation du matériel d'ostéosynthèse.

Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité est défavorable (facteurs médicaux retenus après l'accident).

Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles ci-dessus est favorable. Cependant nous émettons quelques réserves, principalement en raison de facteurs non médicaux, tels qu'une incapacité de communiquer en français. »

A l'initiative de C. _____, une nouvelle expertise a été réalisée par le Dr T. _____. Dans le rapport qu'il a rédigé le 9 mai 2017, il a posé les mêmes diagnostics que dans son premier rapport d'expertise, y ajoutant celui de douleurs et fatigabilité accrue de la jambe gauche. Il a considéré le cas comme stabilisé, l'assuré ne nécessitant que quelques contrôles espacés, ainsi que la prescription de médicaments antalgiques et de physiothérapie d'entretien à la demande ; les chaussures adaptées et les bas à varices devraient également être renouvelés régulièrement.

Toutes les affections du membre inférieur gauche étaient en lien de causalité naturelle certain avec l'accident. Le Dr T. _____ se prononçait comme suit sur la capacité de travail de l'assuré et le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité :

« Le patient est définitivement incapable de reprendre son ancien travail de casserolier.

[...]

La fatigabilité des douleurs résiduelles de la jambe gauche limite la station assise ou debout prolongée ainsi que la marche en empêchant définitivement la reprise de toute activité professionnelle se déroulant principalement en position debout.

[...]

Toute activité professionnelle légère en position semi-assise permettant de changer les positions serait exigible à 100 % en termes de présence et de rendement. De tels emplois adaptés existent dans l'industrie légère et ne nécessitent pas forcément des mesures de réadaptation professionnelle prolongées. Des stages de courte durée devraient être suffisants et sont d'ailleurs prévus par l'AI dès le mois de juin 2017, après la fin de son cours de français.

[...]

Comme seules séquelles de l'accident, le patient présente un état précaire modérément douloureux avec fatigabilité accrue de son membre inférieur gauche, limitant fortement son périmètre de marche et le rendant tributaire d'une canne basse. La sévérité de telles séquelles peut être évaluée à 15 % de la valeur du corps entier par analogie avec des lésions de sévérité comparables telles que l'arthrose moyenne à grave ou l'arthrodèse d'une cheville (table 5.2 de la SUVA) ou une arthrose modérée du genou. Cette appréciation confirme celle de 2016 du Dr G. _____. »

Par décision du 30 mai 2017, C. _____ a considéré qu'en raison de la stabilisation de l'état de santé de l'assuré, le droit à l'indemnité journalière et au traitement médical cesserait au 30 juin 2017. Le droit à une rente ordinaire d'invalidité LAA pouvait d'ores et déjà être examiné, sans attendre l'issue d'éventuelles mesures professionnelles AI, puisque l'existence d'une perte de gain indemnisable n'était pas établie, même en se référant à des activités adaptées ne nécessitant pas de réadaptation professionnelle. Se fondant sur le rapport d'expertise du Dr T. _____, C. _____ a retenu que l'assuré n'était plus apte à exercer son ancienne activité professionnelle d'aide de cuisine, mais qu'il bénéficiait d'une capacité de travail complète dans une activité adaptée en position semi-assise dans l'industrie légère. Selon les renseignements de son ancien employeur, le salaire sans invalidité de l'assuré aurait été de 58'500 fr. en 2016. C. _____ a calculé le revenu avec invalidité sur la

base des données salariales statistiques de 2014 pour des activités simples et répétitives dans le secteur privé, en tenant compte d'une semaine de 41,7 heures et de l'indexation à l'année 2016, ce qui donnait un salaire annuel de 67'052 fr. 40. C._____ a procédé à un abattement de 15 % sur ce montant pour tenir compte des limitations fonctionnelles de l'assuré, l'empêchant d'exercer des travaux lourds, ainsi que de ses connaissances limitées en français. Il en résultait un revenu annuel d'invalidé de 56'994 fr. 50, soit un taux d'invalidité de 2,57 %, insuffisant pour donner droit à une rente d'invalidité. L'assuré avait droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15 %, conformément au taux fixé par le Dr G._____ et confirmé par le Dr T._____. L'assuré avait en outre droit à la prise en charge de deux paires de chaussures orthopédiques et de deux paires de bas à varices par an, à titre de moyens auxiliaires. Finalement, C._____ a retiré l'effet suspensif à une éventuelle opposition.

Par l'intermédiaire de son mandataire, l'assuré a formé opposition contre cette décision le 28 juin 2017. Il a contesté pouvoir travailler à plein temps, invoquant notamment que son état de santé n'était pas stabilisé et que l'expertise du Dr T._____ comportait des incohérences. Il a par ailleurs critiqué la comparaison des revenus effectuée, le taux d'abattement appliqué de même que le taux d'indemnité pour atteinte à l'intégrité retenu.

Par décision sur opposition du 5 janvier 2018, C._____ a rejeté l'opposition formée par l'assuré et admis sa demande d'assistance juridique. Elle a relevé, en substance, que seules les séquelles accidentelles au membre inférieur gauche devaient être prises en compte (à l'exclusion des problèmes lombaires, métaboliques et de surpoids), que l'assuré n'avait pas apporté d'éléments médicaux propres à remettre en cause l'appréciation du Dr T._____, y compris en lien avec le taux d'indemnité pour atteinte à l'intégrité, et que l'évaluation en ateliers professionnels s'était faite sur sept jours sans devoir être interrompue prématurément au motif que l'assuré aurait été dans l'incapacité de répéter les activités testées plusieurs jours à la suite, que ce soit en raison

des douleurs ou des effets de la médication antalgique. C._____ a précisé les bases du calcul du revenu sans invalidité et estimé que le taux d'abattement de 15 % sur le revenu d'invalidé était déjà généreux, dans la mesure où il n'y avait en principe pas lieu de tenir compte du manque de formation et de maîtrise de la langue écrite.

B. Par acte du 7 février 2018, I._____ a recouru contre cette décision sur opposition auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation et, principalement, au renvoi de la cause à l'autorité intimée pour nouvelle instruction sous la forme d'une expertise externe orthopédique puis nouvelle décision, subsidiairement à l'octroi d'une rente à compter du 1^{er} juillet 2017 ainsi que d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité dont les taux seront fixés au terme de la procédure probatoire, plus subsidiairement à l'octroi d'une rente de 19 % à compter du 1^{er} juillet 2017 ainsi que d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 25 %. Le recourant a invoqué ne pas pouvoir travailler à plus de 50 %, précisant que durant son séjour à la D._____, il avait été capable d'œuvrer dans une activité légère durant quatre heures consécutives seulement. Il a fait valoir que le Dr T._____ s'écartait sans raison des limitations fonctionnelles retenues par la D._____, qui étaient pourtant en adéquation avec les constatations qu'il avait faites et les plaintes exprimées. Il a également reproché à l'expert de s'écarter de l'appréciation du Dr G._____ - qui attestait d'une capacité de travail potentielle de 50 % - et de celle du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), précisant que la rente qui lui avait été accordée n'avait pas été révisée. S'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, le recourant a souligné que le Dr T._____ se reposait, sans motivation suffisante, sur les conclusions du Dr G._____, alors même qu'il contestait la capacité de travail retenue par ce médecin. Il a allégué que le Dr Q._____ avait estimé le taux de cette indemnité à 25 % sur la base des tables 2 et 4 de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA). Il a considéré que pour le calcul de son revenu d'invalidé, il convenait de se référer au salaire moyen du secteur des services uniquement, du fait que ses limitations fonctionnelles ne lui permettraient vraisemblablement pas d'exercer des

activités liées à l'industrie, nécessitant souvent des positions debout ou assises prolongées. Il estimait en outre justifié de retenir un taux d'abattement de 25 %. Il a requis la mise en œuvre d'une expertise orthopédique, la production du dossier de l'OAI en plus de celui de C._____, ainsi que son audition et celle du Dr Q._____.

Dans sa réponse du 7 mars 2018, C._____ a proposé le rejet du recours. Elle a considéré que les limitations fonctionnelles retenues par le Dr T._____ ne contredisaient pas celles fixées à la D._____, que le taux de capacité de travail de 50 % avancé par le Dr G._____ était une appréciation provisoire, antérieure au troisième séjour du recourant à la D._____ et intervenue alors que le cas n'était pas encore stabilisé, et que le Dr Q._____ avait confirmé la pleine capacité de travail du recourant dans toute activité sédentaire ou semi-sédentaire dans un rapport du 6 décembre 2017 adressé à l'OAI. Selon l'intimée, le recourant ne pouvait rien déduire en sa faveur du fait que l'OAI n'avait pas encore pu clore la procédure de révision de sa rente en cours, compte tenu des circonstances (manque de motivation de l'assuré pour d'autres cours de français, mesure à l'Orif interrompue sur la base d'un certificat d'incapacité de travail, comportement du recourant). Il n'y avait aucune contradiction dans le fait que le Dr T._____ se soit écarté de l'appréciation provisoire de la capacité de travail du recourant faite par le Dr G._____ et non de celle relative au taux d'indemnité pour atteinte à l'intégrité, puisque l'ampleur des lésions organiques définitives et prévisibles pouvait déjà s'apprécier. Par ailleurs, il ne ressortait pas des pièces médicales que l'état résiduel de la jambe gauche du recourant soit comparable à un blocage articulaire, à la paralysie d'un nerf ou encore à l'ablation d'un segment de la jambe, de sorte qu'il se justifiait de se référer uniquement à la table 5 de la CNA relative au développement de l'arthrose. C._____ a maintenu qu'il fallait tenir compte tant du secteur des services que de celui de l'industrie pour fixer le revenu d'invalidé puisque chacun de ces secteurs comprenait des activités légères pouvant s'exercer en position assise, et a confirmé l'abattement de 15 % effectué. C._____ a en outre requis la production du dossier du recourant auprès de l'OAI.

Par réplique du 15 mai 2018, le recourant a fait valoir qu'il était encore reconnu comme totalement invalide par l'assurance-invalidité, peu importe les difficultés rencontrées dans la réinsertion, faits qui étaient d'ailleurs postérieurs à la décision attaquée. Il a estimé qu'il fallait se fonder sur les conclusions du rapport du Dr Q. _____ cité par C. _____, sur lequel s'était d'ailleurs basé l'OAI. Il a pour le reste maintenu son argumentation, mentionnant notamment que le tableau médical s'apparentait à un trouble fonctionnel des membres inférieurs justifiant d'appliquer la table 2 de la CNA et a requis que le Dr Q. _____ soit interrogé à ce sujet sous la forme d'un questionnaire.

Dans sa duplique du 6 juin 2018, l'intimée a considéré que les conclusions du Dr T. _____ et celles du Dr Q. _____ ne se contredisaient pas, que l'OAI prenait en considération des facteurs étrangers à l'accident, et que l'abattement de 15 % tenait équitablement compte des limitations fonctionnelles du recourant et de la nécessité d'aménager des pauses supplémentaires. C. _____ estimait que l'évaluation du Dr T. _____ était suffisante et qu'il ne se justifiait pas d'interpeller le Dr Q. _____.

C. a) Le dossier du recourant auprès de l'OAI a été versé à la procédure en date du 10 juillet 2018. Il en ressort notamment que l'assuré a suivi une mesure d'orientation professionnelle sous la forme d'un accompagnement intensif du 25 novembre 2013 au 25 février 2014, puis des cours de français en 2017, et enfin une mesure d'observation professionnelle du 29 janvier au 25 février 2018.

Dans un avis médical du 6 octobre 2015, le SMR a considéré que l'assuré était en totale incapacité de travail tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée puisqu'il se déplaçait encore passablement en chaise roulante et compte tenu de son état algique. Une révision de la rente se justifiait une année après, ou plus tôt si des éléments fournis par la CNA [recte : C. _____] le suggéraient.

La procédure de révision de la décision d'octroi de rente du 8 décembre 2015 a été initiée par l'OAI le 12 octobre 2016.

Le Dr Q._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur au Service d'orthopédie et traumatologie du J._____, a rempli le 6 décembre 2017 un rapport médical détaillé répondant aux exigences de l'Union européenne. Il y a notamment indiqué que l'assuré présentait une faiblesse diffuse du membre inférieur gauche, avec une fatigabilité accrue et une appréhension dans ses déplacements, ainsi que des douleurs diffuses et profondes de la jambe gauche. Son périmètre de marche était limité à quelques centaines de mètres, il ne pouvait pas effectuer de travaux lourds, sur sol mouillé ou vibrant, instable ou irrégulier, mais uniquement des travaux légers. Les restrictions étaient l'exposition à l'humidité, à la chaleur, au froid, à la fumée, aux gaz, vapeurs ou émanations, ainsi que le travail posté, la flexion, le levage et le port de charges fréquents, la montée d'escaliers, d'échelles ou de plans inclinés, le travail de nuit et les risques de chute. Le travail n'était possible qu'en position assise et moyennant des pauses supplémentaires (deux par demi-journée de 10 à 15 minutes chacune), qu'en faisant alterner les postures de travail et qu'en faisant alterner la marche, les stations debout et la position assise. Sa capacité de travail était nulle dans son activité habituelle d'aide de cuisine, mais totale dans une activité adaptée aux limitations précitées.

Par projet de décision du 30 août 2018, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait supprimer sa rente d'invalidité, puisque son degré d'invalidité n'était plus que de 2,19 %.

b) Par avis du 27 juillet 2018, la juge en charge de l'instruction a sollicité du Dr Q._____ des explications au sujet des limitations fonctionnelles du recourant et du taux d'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

Dans un rapport médical du 7 septembre 2018, le Dr Q._____ a répondu comme suit aux questions qui lui ont été posées :

« 1. Depuis quand suivez-vous le prénommé à votre consultation :

Depuis le 13.03.2017, avant le patient ayant été suivi par le Dr G. _____ parti à la retraite entre temps.

2. Quelles sont les limitations fonctionnelles découlant exclusivement de l'atteinte au membre inférieur gauche :

Limitations :

- Périmètre de marche limité à quelques centaines de mètres.
- Station debout prolongée ou répétitive en raison d'une faiblesse diffuse du membre inférieur gauche avec fatigabilité accrue et appréhension dans ses déplacements, et des douleurs diffuses profondes de la jambe gauche comme décrit dans mon rapport du 06.12.2017.

3. Dans un rapport du 06.12.2017 à l'attention du médecin-conseil de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, [...] vous avez mentionné certaines restrictions sous chiffre 10. Vous voudrez bien préciser quel est l'éventuel lien entre l'atteinte au membre inférieur gauche et les exclusions suivantes :

On sait que l'exposition, surtout au froid et à l'humidité, peut influencer défavorablement un segment de membre traumatisé, et favoriser l'apparition voire l'augmentation des douleurs chroniques. Pour cette raison, j'avais marqué ces deux points à proscrire. Concernant le travail de nuit ou le travail posté, je suis d'avis que ce sont des modes de travail qui sont physiquement plus lourds à réaliser, déjà pour quelqu'un en bonne santé habituelle et sans affection. Pour cette raison, je suis d'avis que, pour une personne souffrant d'une atteinte chronique à un de ses membres inférieurs aura encore plus de problème à réaliser un travail sous ces conditions [sic].

Concernant la chaleur, la fumée, les gaz, vapeurs et émanations, ces exclusions sont certainement moins strictes.

4. Dans son recours, en relation avec la détermination du taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, fixée par l'assuré à 15%, sur la base de la table 5.2 de la SUV[A], Mr I. _____, par son conseil, allègue que "le Dr O. _____ a fait récemment une évaluation de ce préjudice plus précise sur la base de deux tables qui semblent plus pertinentes : à savoir troubles fonctionnels d'un membre inférieur (02) et perte segments membres inférieurs (04). Sur cette base, il estime quant à lui que l'atteinte à l'indemnité représente un taux global de 25%".

Dans l'hypothèse où vous confirmiez, intégralement ou partiellement, la teneur des propos qui vous sont conférés, vous voudrez bien :

a/ sur la base de la table 2.2, préciser quel trouble fonctionnel justifie une indemnité, à quel taux et pour quelles raisons :

Concernant l'atteinte à l'intégrité, je suis d'avis qu'il faut se baser sur le tableau 2.2 (troubles fonctionnels) sur lequel on peut prendre en considération que Mr I. _____ présente un[...] raccourcissement du membre inférieur d'environ 3 à 4 cm. Il décrit également des

phénomènes d'instabilité de son genou que je qualifierais cependant de modérés et qui se retrouvent dans le tableau 6 de la SUVA. Faisant la somme de ces deux atteintes, je pense qu'un taux d'indemnité doit atteindre l'intégrité réaliste devrait se situer entre 15 et 20% [sic].

b/ sur la base de la table 4, indiquer quel(s) segment(s) du membre inférieur gauche a ou ont été perdu(s) des suites de l'accident, respectivement des lésions consécutives à l'accident ou de leur traitement :

Je ne pense pas avoir utilisé la table 4 qui fait allusion à la perte d'un ou de plusieurs segments des membres inférieurs puisque ceci n'est pas le cas. »

Dans sa prise de position du 15 octobre 2018, C._____ a estimé que dans les secteurs confondus de la production et des services, il existait suffisamment d'activités adaptées aux limitations accidentelles du recourant pouvant être exercées de jour et dans un milieu sec et tempéré. Elle a considéré que le taux d'indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15 % devait être confirmé, aux motifs que le Dr Q._____ ne procédait pas à la pondération requise par la jurisprudence en comparant l'atteinte subie avec d'autres atteintes répertoriées et quantifiées, que le Dr T._____ avait mesuré le raccourcissement de la jambe à un centimètre - ce qui correspondait à la hauteur de la cale compensatrice des chaussures orthopédiques - et qu'il n'avait pas constaté de laxité ni de phénomènes d'instabilité du genou. L'intimée s'est en outre référée au projet de suppression de rente de l'OAI, qui mentionnait que le recourant n'était pas intéressé à être préparé à exercer une activité industrielle légère.

Dans ses déterminations du 23 octobre 2018, le recourant a indiqué qu'il contestait le projet de décision rendu par l'OAI, qu'il n'y avait pas lieu, dans son cas, de procéder à une pondération de l'atteinte à l'intégrité, que le Dr T._____ n'avait fait que retenir un taux par analogie avec d'autres affections et qu'aucun des médecins n'avait pris en considération l'aggravation prévisible de l'atteinte.

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 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 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 droit du recourant à une rente d'invalidité et sur le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

b) On précisera que les modifications introduites par la nouvelle 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 de l'accident assuré (cf. ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification).

3. a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, 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). 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.

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). 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).

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'invalide 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).

L'assuré peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalide est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3 ; 126 V 75).

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 C._____ de mettre fin au versement de l'indemnité journalière au 30 juin 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 l'état de santé du recourant est stabilisé (cf. rapport du Dr G._____ du 26 janvier 2016, rapport des médecins de la D._____ du 13 octobre 2016 et rapport d'expertise du Dr T._____ du 9 mai 2017), ce qu'il ne conteste d'ailleurs plus au stade du recours.

b) Il est admis qu'en raison des conséquences de son accident, le recourant n'est plus en mesure d'exercer son activité habituelle d'aide de cuisine ou casseroles.

S'agissant de sa capacité de travail dans une activité adaptée, le recourant soutient qu'il ne peut pas travailler à plus de 50 %, soit la capacité de travail retenue par le Dr G._____ dans son rapport médical non daté, réceptionné par C._____ le 24 août 2015. Il en veut pour preuve qu'il n'a travaillé que quatre heures consécutives par jour lors de son séjour à la D._____.

Il faut constater, d'une part, que le Dr G._____ a fait cette appréciation alors que la situation médicale n'était pas stabilisée - la pseudarthrose n'étant pas encore définitivement consolidée (cf. rapport du 24 août 2015) - et que des traitements étaient en cours pour améliorer la fonctionnalité de la jambe gauche. La lecture du rapport réceptionné par C._____ le 24 août 2015 montre clairement qu'il ne s'agissait que d'une appréciation approximative et provisoire. Le dossier ne contient aucun rapport ultérieur dans lequel le Dr G._____ aurait à nouveau évalué la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée, une fois sa situation stabilisée. Il faut néanmoins relever que le Dr Q._____, qui lui a succédé après son départ à la retraite, a estimé que le recourant bénéficiait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée (rapport du 6 décembre 2017).

D'autre part, le recourant ne saurait tirer aucun argument du stage effectué aux ateliers professionnels de la D._____ puisqu'il n'a jamais été mis dans la condition de travailler une journée entière. Le rapport rédigé à l'issue de ce séjour constate la capacité du recourant de travailler dans une activité légère, sans contrainte physique ni posturale durant quatre heures consécutives, mais ne conclut nullement à l'impossibilité d'exercer une activité au-delà de quatre heures consécutives. Cet exercice n'a pas été tenté et aucun élément ne permet d'émettre l'hypothèse qu'il était considéré comme impossible. A l'issue du séjour du recourant à la D._____, les Drs U._____ et V._____ ont d'ailleurs conclu que le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée était favorable (rapport du 13 octobre 2016).

Les arguments soulevés par le recourant ne permettent ainsi pas de remettre en cause les conclusions de l'expertise réalisée par le Dr T._____ en mai 2017, selon lesquelles il bénéficie d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Le Dr T._____ s'est prononcé en pleine connaissance du dossier médical du recourant, sur la base d'un examen clinique complet, en tenant compte des plaintes émises et a motivé ses conclusions de manière convaincante. Il y a par conséquent lieu de reconnaître une pleine valeur probante à son rapport d'expertise.

Au final, il faut constater que tant le Dr Q._____ que le Dr T._____ estiment que le recourant bénéficie désormais d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Il n'y a aucune raison de s'écarter de cette appréciation concordante. Le recourant ne saurait en particulier tirer aucun argument de la rente entière d'invalidité qu'il a touchée de l'OAI à partir du 1^{er} janvier 2014. Outre le fait que l'assureur-accidents n'est pas lié par les constatations de l'assurance-invalidité (ATF 133 V 549 consid. 6.1 ; 131 V 362 consid. 2.2), il faut relever que la rente AI a été allouée sur la base de l'état de santé de l'assuré antérieur à octobre 2015, plus exactement antérieur au rapport du SMR du 6 octobre 2015, dont l'évaluation n'est plus d'actualité étant donné l'amélioration de l'état de santé du recourant. Cette amélioration a d'ailleurs également été constatée par l'OAI dans le cadre de la procédure de révision initiée en octobre 2016, laquelle a abouti à un projet de suppression de rente.

En ce qui concerne les limitations fonctionnelles du recourant, celui-ci reproche au Dr T._____ de s'être écarté des limitations retenues par les médecins de la D._____. L'expert retient une fatigabilité, des douleurs résiduelles de la jambe gauche limitant la station assise ou debout prolongée ainsi que la marche, et préconise l'exercice d'une activité professionnelle légère en position semi-assise permettant une alternance des positions. Le constat d'une limitation de la faculté de marcher implique *ipso facto* l'abstention de sauts, de déplacement sur de longues distances, de déplacement sur une échelle ou autres. De même, la recommandation d'une activité professionnelle légère suppose également que l'expert aura pris en compte l'abstention de travaux

lourds. Par ailleurs, une activité en position semi-assise avec une limitation de la marche implique pour corollaire qu'elle ne devrait pas être exercée sur sol mouillé, instable ou irrégulier ou vibrant. Enfin, l'expert recommande une alternance des positions et les médecins de la D. _____ l'abstention de stations debout prolongées, ce qui revient quasiment au même. En conséquence, il n'existe aucune contradiction entre les limitations fonctionnelles retenues par la D. _____ et celles préconisées par l'expert.

De même, les limitations fonctionnelles fixées par le Dr Q. _____ dans son rapport médical du 6 décembre 2017 sont dans l'ensemble analogues à celles retenues par le Dr T. _____. Il faut relever que ce rapport répond à un formulaire standard utilisé dans l'hypothèse d'une demande de rente AI à l'étranger et implique de répondre à des questions pré-formulées précises. Pour le compléter, le Dr Q. _____ s'est fondé sur l'avis médical du Dr T. _____ du 10 avril 2017 (cf. ch. 2.2), à savoir la date de l'examen clinique sur la base duquel le rapport d'expertise du 9 mai 2017 a été établi. Le Dr Q. _____ a notamment repris certains des éléments d'anamnèse de ce rapport, en particulier ceux ressortant du rapport de la D. _____. En plus des limitations fonctionnelles déjà retenues par le Dr T. _____ et les médecins de la D. _____, le Dr Q. _____ mentionne l'évitement de l'exposition à l'humidité, à la chaleur, au froid, à la fumée, aux gaz, vapeurs ou émanations, ainsi que le travail posté, la flexion, le levage et le port de charges fréquents, le travail de nuit et les risques de chute, ainsi qu'un besoin de pauses supplémentaires (deux par demi-journée de 10 à 15 minutes chacune). Dans ses réponses du 7 septembre 2018, il a cependant reconnu que l'exclusion concernant la chaleur, la fumée, les gaz, vapeurs ou émanations étaient moins strictes. En outre, une activité légère en position semi-assise avec alternance des positions telle que préconisée par le Dr T. _____ implique déjà l'absence de flexion, de levage et port de charges fréquents, de même que le risque de chute. Cela étant, même si l'on tient compte de l'évitement de l'exposition au froid et à l'humidité, du travail posté et de nuit, ainsi que du besoin de pauses supplémentaires, ces limitations fonctionnelles additionnelles

n'empêchent nullement l'exercice d'une activité à plein temps comme l'admet le Dr Q._____ et restent compatibles avec de nombreuses activités.

Par conséquent, C._____ 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.

c) En ce qui concerne la comparaison des revenus, le recourant n'amène aucun argument permettant de s'écarter du revenu sans invalidité tel que communiqué par son ancien employeur et repris par C._____. Il ne le conteste d'ailleurs plus au stade du recours.

Il soutient en revanche que son revenu d'invalidé doit être fixé en tenant uniquement compte du salaire moyen dans le secteur des services, au motif que les activités liées à l'industrie nécessitent souvent des positions debout ou assises prolongées. Son argumentation ne saurait être suivie. Il existe en effet de nombreuses activités compatibles avec les limitations fonctionnelles du recourant dans le secteur de la production, dont C._____ cite quelques exemples dans sa réponse du 7 mars 2018. Il n'y a par conséquent aucun motif de ne pas tenir compte de ce secteur également, grâce auquel le recourant bénéficie d'un plus large éventail d'activités à sa portée.

Le taux d'abattement de 15 % appliqué par C._____ sur le revenu d'invalidé doit être confirmé. Il faut en effet constater que ce taux est suffisamment élevé pour tenir compte de l'ensemble des limitations fonctionnelles du recourant, même celles retenues en sus par le Dr Q._____. On ne voit à cet égard pas en quoi ses limitations fonctionnelles auraient un impact plus conséquent sur ses perspectives de gain que celles retenues dans les références qu'il cite et pour lesquelles un abattement de 15 % a été jugé adéquat.

Le calcul effectué par C._____ n'est en tant que tel pas critiqué par le recourant et doit en effet être confirmé. En définitive, le

taux d'invalidité du recourant n'est que de 2,57 %, ce qui est insuffisant pour lui donner droit à une rente d'invalidité.

5. Le recourant conteste également le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) qui a été fixé par la décision attaquée à 15 %.

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).

b) En l'occurrence, dans son rapport d'expertise du 9 mai 2017, le Dr T. _____ a évalué l'atteinte à l'intégrité à 15 % par analogie avec des lésions de sévérité comparables telles que l'arthrose moyenne à grave ou l'arthrodèse d'une cheville, au regard de la table 5.2 de la CNA. Ce faisant, il s'est rallié à l'appréciation du Dr G. _____, contenue dans son rapport du 24 août 2015. Dans la mesure où l'examen de l'atteinte à l'intégrité ne répond pas aux mêmes critères que celui de la capacité de travail, on ne saurait reprocher au Dr T. _____ d'avoir pris en compte l'appréciation du Dr G. _____ relative à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité tout en s'écartant de celle concernant la capacité de travail, laquelle était provisoire (cf. consid. 4b *supra*). De son côté, le Dr Q. _____ est d'avis qu'il faut se baser sur le tableau 2.2 de la CNA concernant les troubles fonctionnels, dans la mesure où l'assuré présente un raccourcissement du membre inférieur d'environ 3 à 4 cm. Ce médecin s'est également référé à la table 6 de la CNA compte tenu des phénomènes d'instabilité du genou, qu'il a qualifiés de modérés. Faisant la somme de ces deux atteintes, il estimait que le taux d'indemnité d'atteinte à l'intégrité devait se situer entre 15 et 20 %. L'existence d'un raccourcissement de 3 à 4 cm ne ressort toutefois pas des pièces médicales au dossier. Seul un raccourcissement de 1 cm est médicalement établi (rapport du Dr G. _____ du 24 août 2015, rapport de la D. _____ du 13 octobre 2016 p. 2, rapport d'expertise du Dr T. _____ du 9 mai 2017 p. 5), lequel, en l'absence d'autres altérations, n'ouvre pas le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. De même, on ne retrouve pas dans le cadre de l'expertise de plaintes significatives d'une véritable instabilité ou de lâchages (cf. rapport d'expertise p. 5). Même en les admettant et en les qualifiant de modérées à l'instar du Dr Q. _____, l'instabilité donnerait lieu au maximum à un taux de 15 % selon la table 6. Le taux d'indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15 % retenu par C. _____ doit par conséquent être confirmé.

Le recourant invoque en outre que le Dr T. _____ n'a pas tenu compte de l'aggravation prévisible de son atteinte. Les médecins n'ont toutefois pas indiqué qu'il y avait lieu de s'attendre à une aggravation de la situation. En particulier, on peut relever que dans son

rapport d'expertise (p. 8), le Dr T. _____ ne fait mention que de séances de physiothérapie d'entretien à la demande, en plus de la médication antalgique et du renouvellement régulier des bas à varices et des chaussures orthopédiques. Ces mesures conservatrices et antalgiques ne laissent nullement sous-entendre une future aggravation. Si toutefois une aggravation devait néanmoins survenir, une révision de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité demeure possible.

6. 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 n'apparaît pas non plus nécessaire. 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).

7. a) En définitive, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

c) Par décision de la juge instructeur du 12 février 2018, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 7 février 2018 et a obtenu à ce titre la commission d'un avocat d'office en la personne de Me Alexandre Guyaz. Ce dernier a produit sa liste des opérations le 23 novembre 2018. Ces opérations étant justifiées, l'indemnité de Me Guyaz est arrêtée à 2'313 fr. 40 (débours et TVA compris).

La rémunération de l'avocat d'office est provisoirement supportée par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu d'en rembourser le montant dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue le 5 janvier 2018 par C. _____ est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.
- IV. L'indemnité d'office de Me Alexandre Guyaz, conseil du recourant, est arrêtée à 2'313 fr. 40 (deux mille trois cent treize francs et quarante centimes), débours et TVA compris.
- V. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement de l'indemnité du conseil d'office mise à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Alexandre Guyaz (pour le recourant),
- C. _____,
- 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 :