

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 10 mai 2021

Composition : M. PIGUET, président
Mme Brélaz Braillard et M. Neu, juges
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

N. _____, à [...], recourant, représenté par Procap Suisse, à Bienne,

et

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

Art. 18 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. **a)** N. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant slovène, né en [...], est au bénéfice d'une autorisation d'établissement en Suisse. Il travaillait, depuis le mois de septembre 2013, comme « peintre bâtiment C » à plein temps pour le compte de la société M. _____ SA à [...]. A ce titre, il était assuré contre le risque d'accidents auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

b) Le 10 juin 2014, dans le cadre de travaux réalisés sur un chantier, l'assuré a chuté d'une hauteur de moins d'un mètre et s'est tordu la cheville droite sur un morceau de béton. Cet incident s'est soldé par une entorse de Chopart avec fracture de l'os naviculaire sans déplacement et des gonalgies droites positionnelles, traitées par attelle plâtrée postérieure puis botte de marche, ainsi que par antalgiques et balnéothérapie. Le travail a été interrompu dès le jour de cet événement.

La CNA a pris le cas en charge.

Un rapport de bilan radiographique du 20 octobre 2014 du Dr P. _____, spécialiste en radiologie, a montré une ostéochondrite de l'astragale de la cheville droite.

Après avoir été examiné le 19 novembre 2014 par le médecin d'arrondissement de la CNA, lequel a constaté l'absence d'indication opératoire dans le contexte de la lésion cartilagineuse du dôme astragalien externe de la cheville droite mise en évidence à l'imagerie, l'assuré a effectué, du 14 janvier 2015 au 16 février 2015, un premier séjour à la Clinique romande de réadaptation (CRR) de la CNA de Sion. Le rapport de sortie du 27 février 2015 faisait état des diagnostics de tendinopathie de la patte d'oie du genou droit, de neuropathie séquellaire du nerf rotulien droit et fibulaire superficiel droit, et de colique néphrétique sur urétéro-lithiases gauches multiples. La situation n'était pas stabilisée du point de vue médical et des limitations fonctionnelles

provisoires étaient retenues. Une infiltration cortisonée tibio-talienne a été effectuée lors du séjour, avec la proposition de poursuivre la physiothérapie en ambulatoire. Une stabilisation médicale était attendue dans un délai de deux à trois mois.

Dans le contexte de douleurs persistantes au membre inférieur droit au repos et nocturnes, également augmentées à l'effort, et de localisation vague malgré la prise en charge de physiothérapie à sec et en piscine, l'assuré a été revu le 13 août 2015 par le médecin d'arrondissement de la CNA, lequel l'a adressé à la CRR pour un nouveau séjour de rééducation comprenant un bilan complémentaire avec une scintigraphie osseuse et un examen neurologique. Dans le rapport de sortie de la CRR du 22 septembre 2015, consécutif au séjour de l'assuré du 19 août au 15 septembre 2015, il a été constaté que la situation n'était pas stabilisée. Le pronostic de réinsertion dans l'activité habituelle de plâtrier-peintre était défavorable alors que celui dans une activité adaptée paraissait favorable, la mauvaise maîtrise du français constituant toutefois un mauvais facteur. Du point de vue thérapeutique, une consultation spécialisée au Centre du pied au CHUV était prévue le 23 septembre 2015.

Le 2 octobre 2015, l'assuré a subi une arthroscopie de la cheville droite avec débridement et microfractures selon Pridie de la lésion ostéochondrale du dôme talien supéro-externe et excision du bec ostéophyttaire naviculocunéen dorsal à droite (protocole opératoire du 6 octobre 2015 des médecins de l'Hôpital Orthopédique du CHUV).

Aux termes d'un rapport de contrôle du 29 janvier 2016, les médecins spécialistes du CHUV ont fait part de l'existence d'une symptomatologie douloureuse du membre inférieur droit d'origine mixte, avec une étiologie qui pouvait provenir du rachis lombaire. Des douleurs neurologiques étaient également présentes ; une IRM (imagerie par résonance magnétique) lombaire ainsi que des infiltrations tests pour évaluer les indications chirurgicales étaient proposées. Quant aux douleurs de la cheville liées à la lésion ostéochondrale, elles semblaient avoir partiellement répondu à la chirurgie ; une infiltration d'Ostenil® était toutefois préconisée.

Des radiographies de la cheville droite (face et profil) du 25 février 2016 montraient une très bonne évolution de la lésion ostéochondrale opérée du dôme astragalien.

Le 27 avril 2016, l'assuré a subi une nouvelle intervention chirurgicale sous la forme d'une neurolyse du nerf sural de la jambe droite ainsi que du nerf péronier superficiel. Il a également été procédé à une fasciotomie des loges antérieure et latérale de la jambe droite.

Dans un rapport de contrôle du 13 septembre 2016 à l'attention de la CNA, le Dr W._____, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, ayant opéré l'assuré le 27 avril 2016, a posé le diagnostic de douleurs neuropathiques du pied, de la cheville et de la jambe droits. A quatre mois de l'intervention, il constatait une amélioration de la marche avec posture corrigée du pied droit. Le périmètre de marche sans douleurs s'était prolongé à deux heures et l'assuré n'avait plus d'allodynie dans les territoires des nerfs sural et péronier superficiel. Une anesthésie/hypoesthésie temporaire au niveau de ces deux territoires était décrite. L'assuré estimait présenter une amélioration d'environ 50 %. Le Dr W._____ proposait la poursuite du traitement sur les nerfs péroniers communs et profonds.

Le 5 octobre 2016, l'assuré a fait l'objet d'une nouvelle appréciation médicale par le Dr Z._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la CNA. Constatant la stabilisation de l'état de santé, le médecin d'arrondissement de la CNA a retenu les limitations fonctionnelles suivantes : « les stations debout prolongées statiques, les marches prolongées en terrain irrégulier, la montée/descente répétée d'échelles, d'escaliers ou d'échafaudages ainsi que pour les travaux accroupis ou à genoux ». Dans une activité adaptée respectant ces restrictions fonctionnelles, le Dr Z._____ estimait que la capacité de travail de l'assuré était entière.

Par courrier du 25 novembre 2016 au médecin d'arrondissement de la CNA, le Dr G._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, chef de clinique du Centre du pied au CHUV, a indiqué qu'à un an de l'arthroscopie de la cheville droite la reprise de l'activité habituelle était impossible compte tenu de la persistance de douleurs neurogènes. Dans l'intervalle, l'assuré avait été examiné par un spécialiste du rachis (Dr Q._____) qui n'avait pas retenu une origine lombaire aux douleurs. Un test de Tinel était déclaré positif au niveau de la tête du péroné en lien avec une éventuelle atteinte du nerf sciatique poplité externe. Le Dr G._____ demandait un réexamen du cas en suggérant un contrôle par les neurologues du CHUV avec la réalisation d'un examen de type électroneuromyogramme (ENMG) des membres inférieurs.

Le 3 novembre 2016, la Dre X._____, spécialiste en rhumatologie, a indiqué que l'assuré souffrait toujours de douleurs neurogènes au pied droit. Elle demandait la prise en charge du traitement chirurgical suggéré par le Dr W._____.

Aux termes d'un rapport de consultation du 15 novembre 2016, le Dr W._____ a fait savoir que l'assuré présentait une névropathie résiduelle des nerfs péroniers au niveau du genou et de la cheville droite nécessitant une nouvelle intervention chirurgicale. L'intéressé avait été adressé aux neurologues du CHUV pour un examen de type électroneuromyogramme ainsi qu'en vue d'une évaluation par le groupe d'antalgie du CHUV.

Par courrier médical du 13 janvier 2017, le Dr K._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin-chef du Centre du pied au CHUV, a demandé une évaluation par le Dr R._____, médecin-associé du Service d'orthopédie et traumatologie au CHUV, en lien avec l'apparition de douleurs au genou droit de l'assuré depuis l'accident de l'arrière-pied. Pour le reste, il relevait que les douleurs mécaniques du pied avaient été améliorées par l'arthroscopie, sans suivi ultérieur de prévu, et qu'il n'était pas favorable

aux interventions pour une dénervation plus proximale prévues chez le Dr W._____.

Entre le 5 décembre 2016 et le 24 février 2017, l'assuré a été suivi par le Centre d'antalgie du CHUV. D'après les critères du Budapest, l'assuré présentait un syndrome douloureux régional complexe (CRPS) avec un œdème, une hyperalgésie ainsi qu'une faiblesse au niveau de la cheville droite. Le traitement alliait la prise de Saroten® 100 mg et de Lyrica® 150 mg, deux fois par jour. Un bloc sympathique lombaire droit effectué le 10 février 2017 n'avait pas permis d'atténuer les douleurs ressenties par l'assuré à l'atteinte d'un périmètre de marche de vingt mètres. Un électroneuromyogramme avait été demandé le 24 février 2017 (rapport du 7 mars 2017 des médecins du Centre d'antalgie du CHUV).

Dans un rapport du 18 avril 2017, consécutif à un examen du 27 mars 2017, les médecins de la Consultation spécialisée de l'Unité Nerf-Muscle au CHUV ont posé le diagnostic de douleurs chroniques du membre droit inférieur. Il n'était pas constaté de troubles trophiques du membre inférieur droit compatibles avec un syndrome douloureux régional complexe. La réalisation d'une scintigraphie osseuse pour diagnostic était toutefois suggérée.

Par lettre du 6 juin 2017, le médecin-chef du département d'anesthésie et du centre d'antalgie de l'Hôpital de [...] a recommandé à la CNA la réalisation d'un test de stimulation médullaire.

Un rapport de scintigraphie osseuse trois phases du 20 juillet 2017 n'a pas objectivé un syndrome algo-neuro-dystrophique évolutif du membre inférieur droit (SRDC de type I) ; il n'y avait pas d'anomalie scintigraphique significative de la cheville et du genou droits. Morphologiquement, il existait une dépression d'environ six millimètres de la partie supéro-externe du dôme astragalien droit en rapport avec une séquelle de la lésion ostéochondrale connue.

Le 24 novembre 2017, la Dre X._____ a demandé à la CNA une nouvelle hospitalisation de l'assuré à la CRR. Elle mentionnait à cet effet la persistance de douleurs, probablement neuropathiques.

Invité à prendre position sur le cas, le Dr Z._____ a relevé l'absence d'aggravation de la situation médicale de l'assuré intervenue depuis son examen du 5 octobre 2016. Il a estimé que la neurostimulation proposée par ses confrères n'était probablement pas susceptible de modifier l'exigibilité ainsi que la capacité de travail (note du 6 décembre 2017).

Un examen par ultrasons et une IRM de la cuisse droite effectués le 29 décembre 2017 ont montré des résultats dans la limite de la norme qui n'expliquaient pas les douleurs importantes de l'assuré (rapport du 29 décembre 2017 du Centre d'imagerie médicale O._____ SA à [...]).

Le 22 janvier 2018, la Dre X._____ a signalé une aggravation de l'état de santé intervenue depuis le courant du mois de décembre 2017 avec l'apparition de nouvelles douleurs, probablement neuropathiques, dans la cuisse droite, investiguées par ultrason puis par IRM qui n'avaient pas mis en évidence d'anomalie.

Le 26 avril 2018, le Dr Z._____ a revu l'assuré. Compte tenu de l'évolution négative décrite (soit l'annonce d'un périmètre de marche fortement limité avec la prise de Tramadol® à hautes doses, l'absence de sortie sans une canne avec un périmètre de marche ne dépassant pas cinq à dix minutes, ainsi que des nuits très perturbées par les douleurs remontant jusqu'à la racine de la cuisse droite) et faute d'explications sur la base des imageries disponibles de la cheville droite, l'intéressé a été adressé par le médecin d'arrondissement de la CNA à la CRR pour y suivre un complément de rééducation et se soumettre à un bilan radiologique, neurologique et psychiatrique complet.

Du 15 mai au 13 juin 2018, l'assuré a séjourné auprès du service de réadaptation de l'appareil locomoteur de la CRR. Dans leur rapport de sortie du 25 juin 2018, les Drs D._____, chef de service, et U._____, médecin-assistant, ont posé les diagnostics suivants :

Sur le plan orthopédique, gonarthrose bilatérale débutante, avec effilement des épines tibiales et pincement fémoro-tibial médial sur les RX [radiographies] genoux du 07.05.2018.

Sur le plan psychiatrique, trouble de l'adaptation avec perturbation d'autres émotions de type colère retrouvé suite à une consultation psychiatrique.

Sur le plan neurologique, douleurs neuropathiques, associées à des neuropathies sensitives focales des nerfs sural et péronier droit, ainsi que de très probable névrome des nerfs sural et péronier superficiel droit, environ 10 cm au-dessus de la malléole externe, retrouvé sur l'IRM des jambes du 30.05.2018. Sur le plan neurologique les plaintes apparaissent explicables par l'examen neurologique et les résultats des tests paracliniques.

Sur la base des examens d'imagerie (radiographies du bassin, des hanches, des genoux et des chevilles du 17 mai 2018 ; IRM de la cheville droite du 28 mai 2018 ; IRM des deux jambes du 30 mai 2018) et des prises en charge spécialisées (physiothérapie ; consultation de psychiatrie ; consultation d'antalgie ; consultation de neurologie ; consultation d'orthopédie ; diététique) réalisées pendant le séjour, les médecins de la CRR ont retenu les limitations fonctionnelles probablement définitives suivantes en lien avec la jambe droite : « positions contraignantes pour la cheville et le genou droits. Marches prolongées. Marches en terrains irréguliers. Montées et descentes d'échelles et d'escaliers à répétition. Ports de charges supérieur[s] à un port de charge moyen. Accroupissements et agenouillements ». La stabilisation de l'état de santé n'était pas encore acquise et des mesures thérapeutiques (poursuite d'un traitement de physiothérapie) étaient susceptibles d'améliorer les aptitudes fonctionnelles. Aucune nouvelle intervention chirurgicale n'était préconisée, en particulier au niveau de la cheville droite. En raison des séquelles de l'accident, le pronostic de réinsertion dans l'activité habituelle de plâtrier-peintre était défavorable. Le pronostic dans une activité adaptée était difficile en regard de la situation qui n'était pas stabilisée.

Après que des renseignements complémentaires ont été recueillis (entretien téléphonique du 8 octobre 2018 entre le médecin d'arrondissement de la CNA et le Dr D._____ ; rapport du 27 février 2019 consécutif à une consultation du jour précédant au Centre de traitement de la douleur de l'Hôpital de [...]) et l'échec des traitements à but antalgique proposés lors du dernier séjour à la CRR, le Dr Z._____ a procédé à l'examen final de l'assuré le 24 avril 2019. Le médecin d'arrondissement a estimé que l'état de santé était stabilisé. Il était d'avis que la capacité de travail de l'assuré était entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues lors du dernier séjour à la CRR. Il a par ailleurs estimé l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à 10 %.

Par courrier du 25 avril 2019, la CNA a informé l'assuré de son intention de mettre fin au versement des prestations d'assurance (indemnités journalières et frais de traitement) avec effet au 31 mai 2019.

Par décision du 6 juin 2019, la CNA a refusé à l'assuré le droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents et alloué une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) d'un montant de 12'600 fr. (taux de 10 %).

A l'appui de son opposition formée le 2 juillet 2019 contre cette décision, l'assuré, assisté par Procap, a demandé à la CNA de compléter l'instruction du cas « afin de déterminer la baisse de rendement et de déterminer le nouveau préjudice économique en corrigeant le revenu sans invalidité ».

La CNA a, par décision sur opposition du 19 septembre 2019, confirmé sa première décision.

B. **a)** Par acte du 21 octobre 2019, N._____, représenté par Procap, a saisi la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal d'un recours contre la décision sur opposition rendue le 19 septembre 2019 par la CNA. Il a requis la suspension de la procédure dans l'attente d'un rapport d'expertise pluridisciplinaire mise en œuvre dans le cadre de la

procédure en matière d'assurance-invalidité, tout en concluant principalement à l'octroi d'une rente d'invalidité et subsidiairement au renvoi du dossier de la cause à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants. En substance, il critiquait les investigations menées sur le plan médical, contestant la valeur probante du rapport d'examen final du médecin d'arrondissement de la CNA et la capacité de travail retenue. Il mettait également en doute le bien-fondé du montant retenu à titre de revenu sans invalidité dans le cadre de la fixation de son degré d'invalidité.

b) Dans sa réponse du 18 décembre 2019, la CNA a conclu au rejet du recours.

c) Dans sa réplique du 24 février 2020, l'assuré a confirmé les conclusions de son recours du 21 octobre 2019.

d) Par courrier du 9 mars 2020, le Juge instructeur a informé les parties que le dossier de l'assurance-invalidité avait été versé à la procédure. Celles-ci se sont ensuite déterminées les 16 avril, 4 et 20 mai 2020.

e) Par ordonnance du 1^{er} avril 2020, le Juge instructeur a suspendu la procédure de recours jusqu'à ce que l'expertise mise en œuvre dans le cadre du dossier instruit par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud ait été rendue. Obligation était faite à l'assuré de produire ladite expertise lorsqu'il serait en sa possession.

f) Par ordonnance du 28 décembre 2020, le Juge instructeur a annoncé aux parties la reprise de la procédure à la suite de la production du rapport d'expertise pluridisciplinaire établi par F. _____ SA le 21 juillet 2020, et leur a imparti un délai pour transmettre leurs éventuelles déterminations.

g) Dans ses déterminations du 27 janvier 2021, la CNA a maintenu son point de vue dans le sens du rejet du recours. Elle a observé

que les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire du 21 juillet 2020 confirmaient l'appréciation du cas effectuée par le médecin d'arrondissement au mois d'avril 2019.

h) Dans ses déterminations du 24 février 2021, l'assuré a contesté les conclusions des experts et persisté dans ses précédentes conclusions.

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) La partie recourante définit, par ses conclusions, l'objet du litige («*Streitgegenstand*») soumis à l'examen du tribunal. Si la décision contestée porte sur un seul rapport juridique ou si elle est attaquée dans son ensemble, l'objet du litige et celui de la contestation se confondent. En revanche, lorsque la décision règle plusieurs rapports juridiques et que le recours ne porte que sur une partie d'entre eux, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais pas dans celui du litige (ATF 125 V 413 consid. 2a).

b) Le litige a uniquement pour objet la question du droit à la rente (à l'exclusion de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité).

c) On précisera que les modifications introduites par la nouvelle du 25 septembre 2015, entrée 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 [RO 2016 4388]).

3. **a)** L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA par renvoi de l'art. 18 al. 1 LAA). 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 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique (première phrase). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (deuxième phrase).

b) Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite. Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus à attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré - 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 (art. 19 al. 1 LAA).

c) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

d) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales 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 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_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

4. a) Le recourant reproche à l'intimée d'avoir mal instruit son cas sur le plan médical, en tant qu'elle base sa décision sur le rapport d'examen final du 24 avril 2019 du Dr Z._____, selon lequel la capacité résiduelle de travail est entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (pas de marches en terrains irréguliers ou de marches prolongées ; pas de positions contraignantes pour la cheville et le genou droits, comme l'accroupissement et les agenouillements ; pas de montées ou descentes répétées d'échelles, d'escaliers ou d'échafaudages). Il conteste la valeur probante du rapport du médecin d'arrondissement au motif qu'il ne tiendrait pas compte de l'« importante symptomatologie douloureuse persistante et réfractaire à tout traitement qui ressort de l'ensemble des pièces médicales au dossier ». Se prévalant d'une attestation médicale établie le 8 février 2019 par la Dre X._____, il soutient présenter, en raison de ses douleurs persistantes, une capacité résiduelle de travail diminuée, en particulier en raison d'un rendement réduit et d'un besoin accru de pauses.

b) aa) En l'espèce, il est constant que le recourant présente des séquelles de l'accident du 10 juin 2014 sous la forme principalement de douleurs de type neuropathique du pied et de la cheville droits et que l'état de santé du recourant peut être considéré comme stabilisé, aucun traitement n'étant de nature à améliorer sensiblement celui-ci.

bb) Le 24 avril 2019, dans le cadre de son examen final du recourant, le Dr Z._____ a émis l'appréciation suivante :

Je ne reviens pas sur les antécédents de l'assuré qui sont exposés ci-dessus. M. N._____ a été vu pour la dernière fois à l'agence le 26.04.2018. On l'a adressé pour un ultime séjour à la CRR qui a eu lieu du 15.05.2018 au 13.06.2018. La conclusion du séjour permet de retenir que les plaintes et les limitations fonctionnelles peuvent s'expliquer par les lésions objectives mais des facteurs contextuels sont également actifs. L'assuré a été adressé au Centre de l'Antalgie à [...] où les différents traitements n'ont pas apporté de bénéfice. Le Dr A._____ n'a pas retenu d'indication pour une stimulation médullaire et l'assuré s'est déclaré non favorable à une telle proposition thérapeutique.

Subjectivement, l'assuré reconnaît que la situation médicale est stabilisée. Il ressent toujours des douleurs dans la région malléolaire externe D [droite] irradiant proximale jusqu'au genou. Les

douleurs sont décrites sous forme de picotements et les nuits sont difficiles. Le périmètre de marche à plat de l'assuré est d'environ 1 km ou 15 à 20 mn. Le patient prend toujours une canne dans la main G [gauche] pour ses déplacements à l'extérieur de son appartement.

Objectivement, la cheville D est calme. La température, la transpiration et le tannage plantaire sont symétriques au niveau des deux pieds. La mobilité de l'articulation tibio-talienne est légèrement limitée à D par rapport au côté G. Les articulations sous-taliennes et du médio-tarse sont symétriquement souples.

Radiologiquement, sur les clichés du PACS [*Picture Archiving and Communication System*] les plus récents, datés du 17.05.2018, l'interligne tibio-talien D est légèrement amincie par rapport au côté G et on note une irrégularité de l'angle interne du talus. Pour cette arthrose tibio-talienne D débutante on peut attribuer une IpAI [indemnité pour atteinte à l'intégrité] de 10 %. Selon la table 5 de l'indemnisation des atteintes à l'intégrité, une arthrose tibio-tarsienne moyenne donne droit à une IpAI de 5 à 15 %. Dans le cas de M. N._____, l'interligne articulaire est aminci mais encore préservée, ce qui donne droit à une IpAI de 10 %.

Les limitations fonctionnelles mentionnées à l'issu du dernier séjour à la CRR peuvent être confirmées. Il s'agit de limitations fonctionnelles pour les marches en terrains irréguliers, les marches prolongées, les positions contraignantes pour la cheville et le genou D comme l'accroupissement et les agenouillements. On retient également des limitations fonctionnelles pour les montées et les descentes répétées d'échelles, d'escaliers ou d'échafaudages.

Plus aucune mesure chirurgicale n'est médicalement justifiée actuellement. A moyen ou long terme on peut s'attendre au développement d'une arthrose tibio-talienne significative pouvant nécessiter d'autres mesures thérapeutiques.

Dans une activité respectant les limitations fonctionnelles mentionnées ci-dessus, l'assuré peut faire valoir une pleine capacité de travail. Le traitement antalgique reste à la charge de l'assurance[-]accident[s] pour une longue durée.

cc) Dans le cadre de leur appréciation pluridisciplinaire (médecine interne, psychiatrie, neurologie et orthopédie), les experts du F._____ ont retenu les diagnostics - avec répercussion sur la capacité de travail - de séquelles d'entorse de la cheville droite avec ostéochondrite du talus, traitée secondairement chirurgicalement avec succès, de status post entorse de Chopart avec fracture sans déplacement du naviculaire et de gonalgie droite sur lésion dégénérative du compartiment interne et des signes rotuliens positifs, ainsi que ceux - sans répercussion sur la capacité de travail - d'épisode dépressif léger sans syndrome somatique, en rémission, de troubles sensitifs de localisation imprécise au membre

inférieur droit, d'hypertension artérielle non traitée et d'obésité morbide avec IMC à 44,41 kg/m². La capacité de travail était de 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles telles que décrites par le Dr Z._____. Dans le cadre du contrôle de la cohérence, les experts ont notamment précisé ce qui suit :

Il est retrouvé une discordance entre la description des troubles de la concentration ainsi que la fatigabilité mentale décrites par la personne assurée et la richesse de ses activités de loisirs et artistiques, son autonomie sur le plan des activités de ménage, ses relations sociales (elle dit rencontrer ses amis presque tous les jours).

D'autre part, il est retrouvé une discordance entre les descriptions de ses troubles et l'observation de son comportement et de ses capacités lors de l'entretien de ce jour.

Il est extrêmement difficile d'obtenir une description précise des douleurs notamment pouvant être d'origine neurologique malgré la présence d'une traductrice. Les réponses de la personne assurée sont floues et variables.

Au cours de l'examen clinique notamment à la recherche d'une atteinte nerveuse périphérique pouvant expliquer les plaintes de la personne assurée, les réponses de celle-ci varient constamment ne permettant pas de poser un diagnostic précis. Dans ces conditions, il n'a pas été possible de retenir une cause objective sur le plan neurologique aux plaintes de la personne assurée.

Au surplus, il convient de relever que l'expert en charge du volet orthopédique de l'expertise pluridisciplinaire a notamment souligné que : « la présente expertise rejoint les conclusions du Dr Z._____, à savoir que depuis son dernier examen du 26.04.2019, il n'y a pas d'alternative thérapeutique à proposer du point de vue orthopédique et la situation est dès lors considérée stabilisée et compatible avec l'exercice d'une activité adaptée ».

dd) Il y a lieu de constater, sur la base des conclusions de l'examen final réalisé le 24 avril 2019 par le Dr Z._____ et de l'expertise du F._____ SA du 21 juillet 2020, que le recourant dispose, malgré les séquelles de son accident, d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de marches en terrains irréguliers ; pas de marche prolongées ; pas de position contraignantes pour la cheville et le genou droits [accroupissements et agenouillements] ; pas de montées ou de descentes répétées d'échelles, d'escaliers ou d'échafaudages).

c) De son côté, le recourant ne produit aucun élément médical susceptible de jeter le doute quant au bien-fondé de cette appréciation, étant précisé que l'attestation médicale établie le 8 février 2019 par la Dre X._____ ne fournit aucune motivation au sujet de l'incapacité de travail de 100 % mentionnée.

5. Le recourant reproche également à l'intimée d'avoir violé le droit fédéral en tant qu'elle a fixé le taux d'invalidité à 2 %. Il critique en particulier le montant du revenu sans invalidité pris en compte dans le cadre de la comparaison des revenus.

a) aa) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4 et 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à une éventuelle rente (ATF 143 V 295 consid. 4.1.3 ; 129 V 222 consid. 4.1 ; 128 V 174).

bb) En l'occurrence, il y a lieu d'admettre que l'affection du recourant au membre inférieur droit était stabilisée au plus tard le 24 avril 2019, soit au jour de l'examen final effectué par le médecin d'arrondissement de la CNA. Aussi convient-il de retenir comme année de référence pour procéder à la comparaison de revenus l'année 2019.

b) aa) Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que la personne assurée aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante,

réellement pu obtenir au moment déterminant si elle n'était pas invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible ; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par la personne assurée avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 134 V 322 consid. 4.1; TF 9C_719/2015 du 3 juin 2016 consid. 6.2).

bb) En l'occurrence, l'intimée s'est fondée pour fixer le revenu sans invalidité sur un salaire horaire de 26 fr. 95, tel que communiqué par l'employeur du recourant pour l'année 2019. Elle a ensuite multiplié le salaire horaire par le nombre d'heures annuel admis par la Convention collective de travail du second œuvre romand, soit 2132 heures, et a ajouté le 13^{ème} salaire (8,33 %) pour aboutir à un montant de 62'243 fr. 60.

Contrairement à ce que soutient le recourant, il n'y a pas lieu, concernant l'horaire hebdomadaire de travail, de se fonder sur les informations contenues dans la déclaration d'accident du 11 juin 2014 ou sur les renseignements transmis par l'ex-employeur le 3 mai 2019, lesquels font état d'un horaire de 42,5 heures. Sous la rubrique « horaire de travail » le contrat de mission du 17 septembre 2013 (pièce 9) fait référence à l'horaire « prévu par Convention collective de travail étendue ». Il convient par conséquent de retenir la durée hebdomadaire de travail qui est de 41 heures (art. 12 de la Convention collective de travail du second œuvre romand), ce qui correspond à un total de 1927 heures annuelles (pour 47 semaines de travail). Compte tenu d'un salaire horaire - non contesté par l'intimée - de 26 fr. 95 pour l'année 2019, le salaire annuel de base se serait élevé à 51'932 fr. 65.

Conformément à l'art. 20 al. 1 et 2 de la Convention collective de travail du second œuvre romand, le recourant aurait droit à 25 jours ouvrables de vacances ; le salaire afférent aux vacances s'élevait à 10,64 % (5/47^{ème}) du salaire de base selon l'horaire moyen conventionnel des heures effectivement travaillées, y compris les heures supplémentaires. Il

s'ensuit que le salaire annuel brut du recourant se serait élevé à 57'458 fr. 30.

Conformément à l'art. 19 al. 1 de la Convention collective de travail du second œuvre romand, le recourant pouvait également prétendre à un 13^{ème} salaire correspondant à une somme égale à 8,33 % de son salaire annuel brut, de sorte qu'il convient au final de fixer le revenu sans invalidité à la somme de 62'244 fr. 60.

c) aa) Selon la jurisprudence, le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Si l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et encore que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalidé. 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) publiée par l'Office fédéral de la statistique ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail établies par la CNA (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1).

bb) Le montant ressortant des statistiques peut faire l'objet d'un abattement pour prendre en considération certaines circonstances propres à la personne intéressée et susceptibles de limiter ses perspectives salariales (limitations liées au handicap, à l'âge, aux années de service, à la nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et au taux d'occupation) ; une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent ainsi influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 134 V 322 consid. 5.2 ; 126 V 75 consid. 5b/aa-cc; TF 9C_652/2014 du 20 janvier

2015 consid. 3.1). Le pouvoir d'examen de l'autorité judiciaire de première instance n'est pas limité dans ce contexte à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative. En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans un cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Ainsi, la juridiction cantonale, lorsqu'elle examine l'usage qu'a fait l'administration de son pouvoir d'appréciation pour fixer l'étendue de l'abattement sur le revenu d'invalidé, doit porter son attention sur les différentes solutions qui s'offraient à l'organe de l'exécution de l'assurance-invalidité et voir si un abattement plus ou moins élevé, mais limité à 25 %, serait mieux approprié et s'imposerait pour un motif pertinent, sans toutefois substituer sa propre appréciation à celle de l'administration (cf. ATF 137 V 71 consid. 5.2).

cc) En l'occurrence, l'intimée s'est fondée pour fixer le revenu d'invalidé sur le revenu auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé, tel qu'il ressort de l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2016 (ESS), éditée par l'Office fédéral de la statistique (OFS), soit un montant mensuel de 5'340 francs. Cette valeur statistique s'applique en principe à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées, n'impliquant pas de formation particulière et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes. Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, ce revenu doit dès lors être adapté à la durée hebdomadaire usuelle dans les entreprises en 2016, soit 41,7 heures. Après adaptation à l'évolution des salaires selon l'indice des salaires

nominaux pour les hommes de l'année 2017 (+ 0,4 %), 2018 (+ 0,5 %) et 2019 (+ 0,9 %), le revenu annuel brut s'élève à 68'012 fr. 60.

En ce qui concerne la question de l'abattement sur le salaire statistique, il n'y a pas lieu de s'écarter du taux de 10 % retenu par l'intimée. Celui-ci tient compte de manière appropriée des effets que l'atteinte à la santé peut jouer concrètement sur ses perspectives salariales dans le cadre de l'exercice d'une activité simple, légère et ne nécessitant pas de formation particulière. Il n'y a pas lieu de tenir compte d'autres facteurs en l'espèce qui pourraient lui porter préjudice sur le plan salarial. Le recourant, âgé de 39 ans, est au bénéfice d'une autorisation d'établissement et ses origines ne l'ont pas empêché de trouver un emploi lors de son arrivée en Suisse en 2013. Il s'ensuit que le montant du revenu d'invalidité doit être fixé à 61'211 fr. 30.

d) La comparaison d'un revenu sans invalidité de 62'244 fr. 60 avec un revenu d'invalidité de 61'211 fr. 30 aboutit à un degré d'invalidité de 1,66 %, arrondi à 2 % (cf. ATF 130 V 121). Il n'y a par conséquent pas lieu de s'écarter du taux d'invalidité de 2 % retenu par l'intimée.

e) Dans la mesure où ce taux est inférieur au seuil minimal de 10% (cf. art. 18 al. 1 LAA), il y a lieu de constater au final que c'est à bon droit que l'intimée a refusé d'allouer au recourant une rente d'invalidité de l'assurance-accidents.

6. Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté ce qui entraîne la confirmation de la décision litigieuse.

7. Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020, applicable conformément à l'art. 83 LPGA), ni d'allouer de dépens, dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

Par ces motifs,

la Cour des assurances sociales
prononce :

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue le 19 septembre 2019 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Procap Suisse (pour N. _____),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP),

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent

être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :