

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 15 mars 2022

---

Composition : Mme DURUSSEL, présidente  
Mme Di Ferro Demierre et M. Piguet, juges  
Greffière : Mme Neurohr

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**D.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Silvia Gutierrez, avocate à Lausanne,

et

**CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS**, à Lucerne, intimée, représentée par Me Didier Elsig, avocat à Lausanne.

---

**Art. 16 LPGA ; art. 6, 18 et 24 LAA.**

**E n f a i t :**

**A.** D.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1984, sans formation, a quitté son pays d'origine pour travailler dès le 7 juillet 2016 en tant que monteur électricien auprès de N.\_\_\_\_\_. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 25 novembre 2016, l'assuré est tombé en arrière d'une échelle, d'une hauteur d'environ 1 mètre, alors qu'il utilisait une perceuse de 5 kg. Cette chute lui a occasionné une fracture de la cheville droite et d'un doigt de la main droite ainsi que des lésions aux côtes à gauche. L'assuré a été admis aux urgences de l'Hôpital [...] le jour même, où d'importantes fractures-luxations ouvertes diaphysaires du tibia et de la fibula avec une importante angulation de près de 50° ont été mises en évidence, tandis qu'aucune lésion osseuse focale n'était visible au niveau du thorax (rapport du Dr [...], spécialiste en radiologie, du 28 novembre 2016). Il y a été opéré d'une fracture bi-malléolaire ouverte de grade II selon Gustillo de la cheville droite par réduction ouverte et ostéosynthèse de la malléole interne et externe (rapport du 11 janvier 2017 des Drs K.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et Q.\_\_\_\_\_). Un examen comparatif de la cheville réalisé le 26 novembre 2016 a révélé une bonne réduction de la luxation et un bon alignement des axes osseux, tandis qu'une radiographie de contrôle du 27 novembre 2016 du thorax a permis d'exclure un pneumothorax ainsi que toute fracture costale. L'assuré a quitté l'hôpital le 15 décembre 2016 avec une prescription de physiothérapie à domicile, à réaliser deux fois par semaine. Une incapacité de travail a été attestée pour la durée de l'hospitalisation ainsi que pour un mois supplémentaire, à réévaluer (certificat du 15 décembre 2016 du Dr Q.\_\_\_\_\_). Cette incapacité a par la suite été renouvelée de mois en mois.

L'employeur de l'assuré a déclaré cet accident à la CNA le 6 décembre 2016. Il a indiqué, au moyen du formulaire de déclaration de

sinistre LAA, que le salaire horaire de l'assuré s'élevait à 22 fr., majoré de 8,33 % pour le treizième salaire, soit 1 fr. 83, et d'une indemnité journalière pour les repas. Le nombre de jours de vacances était de 23 par année. La CNA a pris en charge le cas.

Des radiographies de contrôle ont été réalisées par la suite, à différents intervalles. Quatre semaines après l'intervention, la réduction anatomique était bonne, les rapports articulaires congruents, le dôme talien n'était pas lésé et les traits de la fracture étaient encore visibles (rapport du 21 décembre 2016). A six semaines, la position du matériel d'ostéosynthèse était superposable à celle de décembre 2016, les traits de fracture étaient toujours visibles et une légère ostéopénie était mise en évidence (rapport du 13 janvier 2017). Après trois mois et en comparaison avec les radiographies de janvier, les traits de la fracture étaient toujours visibles, sans signe de consolidation (rapport du 9 février 2017). Une radiographie de contrôle à quatre mois a révélé l'absence de déplacement secondaire de la fracture ostéosynthésée par des plaques vissées, avec des fractures quasi totalement consolidées à ce jour, le respect des interlignes articulaires, et une déminéralisation pommelée des os de l'avant-pied posant le diagnostic différentiel entre une ostéopénie d'immobilisation ou un Sudeck débutant (rapport du 23 mars 2017). Une radiographie comparative réalisée en avril 2017 a révélé un diastasis tibio-fibulaire avec un fragment osseux dans l'interligne articulaire et une déminéralisation mouchetée de l'os de l'arrière-pied (rapport du 19 avril 2017). Un scanner du 24 mai 2017 a finalement confirmé la présence d'une pseudoarthrose tibiale et fibulaire, un aspect mité de la structure osseuse de l'ensemble des os de la cheville droite avec infiltration des parties molles adjacentes notamment au regard du talus, évoquant un Sudeck, mais l'absence d'anomalie du matériel d'ostéosynthèse.

Lors d'un entretien téléphonique du 15 mai 2017, l'assuré a fait part de l'évolution défavorable de son état, ne pouvant pas plier son pied.

Dans un rapport du 27 mai 2017, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a indiqué que la fracture bi-malléolaire de la cheville droite évoluait bien et que le pronostic était bon. La durée prévisible du traitement était de 36 mois, avec une reprise probable de l'activité dans 6 mois. Le médecin ne s'attendait pas à la persistance d'un problème.

L'assuré a donc été convoqué pour un examen clinique auprès du médecin d'arrondissement de la CNA. Dans un rapport du 31 juillet 2017, le médecin d'arrondissement a constaté que l'évolution n'était pas satisfaisante, avec la persistance de douleurs globales dans la cheville et l'avant-pied droit chez un assuré qui marchait avec deux cannes. Il a convenu avec l'assuré qu'il se rendrait à la Clinique C.\_\_\_\_\_ (ci-après : Clinique C.\_\_\_\_\_).

L'assuré a séjourné à la Clinique C.\_\_\_\_\_ du 15 août au 13 septembre 2017 pour une rééducation intensive et une évaluation multidisciplinaire. Dans un rapport de sortie du 20 septembre 2017, les Drs P.\_\_\_\_\_ et U.\_\_\_\_\_, spécialistes en médecine physique et réadaptation, ont posé les diagnostics de lésion chondrale sur l'épiphyse tibiale à son tiers interne, signe de conflit antérieur avec ostéophytose de l'épiphyse tibiale antérieure des deux côtés ainsi que de lésion de la branche latérale du nerf péronier superficiel droit. Tout diagnostic psychiatrique a été écarté, en dépit d'un moral bas à l'entrée dans la clinique. Ils ont constaté des comorbidités telles qu'un pied plat valgus des deux côtés, un hallux rigidus des deux côtés, un sésamoïde médial bipartite de l'hallux gauche, un probable syndrome des jambes sans repos, une hyperlaxité et une obésité. Les plaintes douloureuses et les limitations fonctionnelles s'expliquaient par les lésions diagnostiquées. Des facteurs contextuels pouvaient influencer négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par le patient. A l'issue du séjour, l'évolution subjective et objective était globalement favorable. Subjectivement, la douleur avait diminué de 2 points. Objectivement, un gain significatif de 120 mètres au test de marche était constaté ainsi que d'autres petites améliorations sur le test des escaliers. L'assuré avait toutefois peu participé aux thérapies et sous-estimait ses aptitudes fonctionnelles. Les

limitations fonctionnelles était provisoires et affectaient les positions debout et la marche prolongées sur tout type de terrain, la montée et descente d'escaliers et d'échelles, les activités nécessitant le maintien de l'équilibre unipodal droit et le port de charges de plus de 20 kg. La situation n'était pas stabilisée, mais devrait l'être dans un délai de 3 à 6 mois. L'ablation du matériel d'ostéosynthèse était envisageable.

Durant son séjour à la Clinique C.\_\_\_\_\_, l'assuré a adressé une demande de prestations d'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI), le 5 septembre 2017.

De son côté, N.\_\_\_\_\_ a résilié le contrat de travail de l'assuré avec effet au 30 septembre 2017.

L'assuré a à nouveau été examiné par le médecin d'arrondissement de la CNA le 7 mars 2018. Constatant que l'état n'était pas stabilisé et que l'évolution stagnait, le médecin a préconisé que l'assuré soit revu à la Clinique C.\_\_\_\_\_. Cet examen a toutefois été annulé par la CNA, en raison d'une prochaine consultation de l'assuré auprès de la Dre Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur au Centre hospitalier W.\_\_\_\_\_.

Dans un rapport du 18 juin 2018, la Dre Z.\_\_\_\_\_ a proposé de soumettre ce cas complexe à un concilium en chirurgie plastique, plus particulièrement au Dr T.\_\_\_\_\_, pour un avis sur la neuropathie du nerf péronier superficiel, avant qu'elle ne revoie l'assuré pour déterminer la prise en charge orthopédique à réaliser. Elle a précisé que l'intéressé était très défavorable à une éventuelle intervention de type arthrolyse de la cheville qu'elle préconisait.

Le 11 juillet 2018, le Dr T.\_\_\_\_\_ a examiné l'assuré et a évoqué la possibilité d'une intervention chirurgicale. L'intéressé ne souhaitait pas être opéré durant l'été et reprendrait contact avec le médecin à son retour de vacances (rapport de prise en charge du 11 juillet

2018). Après avoir revu le Dr T.\_\_\_\_\_ le 19 septembre 2018, l'assuré a accepté de se faire opérer (notice téléphonique du 3 octobre 2018). Le 8 novembre 2018, soit le jour où l'arthrodèse devait avoir lieu et alors qu'il était sur le point d'intégrer le bloc opératoire, l'assuré s'est entretenu au téléphone avec un collaborateur de la CNA en indiquant qu'il n'était plus certain du bien-fondé de l'intervention. Une heure plus tard, la Dre Z.\_\_\_\_\_ s'est également entretenue avec la CNA et a confirmé que l'assuré ne souhaitait plus se faire opérer. Elle a précisé qu'il était convenu de revoir l'assuré en présence du Dr T.\_\_\_\_\_ une semaine plus tard (notice téléphonique du 9 novembre 2018).

Le 12 novembre 2018, l'assuré s'est entretenu avec les Drs Z.\_\_\_\_\_ et T.\_\_\_\_\_. Il a confirmé ne pas vouloir se faire opérer (rapport de prise en charge du 12 novembre 2018). Lors d'un entretien téléphonique avec la CNA du 21 novembre 2018, la Dre Z.\_\_\_\_\_ a exposé avoir constaté que la cheville droite de l'intéressé était très abîmée et estimé qu'une arthrodèse aurait sans doute partiellement amélioré la situation (notice téléphonique du 21 novembre 2018).

Dans un courriel du 23 janvier 2019 adressé à la CNA, l'assuré a expliqué que lors de sa dernière visite chez le chirurgien, il ne lui avait pas dit qu'il allait retirer un os de sa hanche pour voir s'il pouvait le mettre sur son pied. Il a ensuite exposé que ce n'était pas qu'il n'avait pas compris le médecin mais qu'il avait l'air d'avoir 22 ans et que, comme tout être humain, il pouvait faire des erreurs. L'assuré n'avait donc pas refusé l'opération mais simplement demandé au médecin s'il était sûr qu'elle n'aggraverait pas son problème. Il lui avait répondu que les chances étaient de 50-50. Devant un tel commentaire, l'assuré avait donc contacté la CNA pour savoir si elle était d'accord avec cette opération alors même que le chirurgien ne garantissait pas une amélioration de la situation. La collaboratrice de la CNA lui avait alors répondu qu'en cas de refus, l'assurance refuserait probablement de prendre en charge son invalidité. L'assuré a indiqué qu'il avait alors compris qu'il devait se faire opérer. Le médecin a ensuite appelé la CNA à son tour, le faisant patienter. Au final, son tour était passé et l'opération ne pouvait plus avoir lieu à cette date.

Dans un courriel du lendemain, l'assuré a complété ses explications et évoqué le fait qu'il faisait des cauchemars ; il se voyait marcher sans béquille avant de se réveiller en sueur, parfois des gens le poursuivaient et le frappaient sans qu'il puisse fuir en raison de son problème de santé ou encore se moquaient de lui lorsqu'il marchait dans la rue.

Dans un rapport du 27 février 2019, la Dre Z.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de status post fracture luxation ouverte de grade II selon Gustillo de la cheville droite traitée par réduction ouverte et ostéosynthèse le 25 novembre 2016 avec une arthrose post-traumatique tibio-talienne, un status post retard de consolidation du péroné et une neuropathie du nerf péronier superficiel. Elle a constaté, à l'aide de radiographies complémentaires, un bon alignement de l'articulation de la cheville avec néanmoins un petit cal vicieux au niveau de la malléole interne et un important défaut osseux intra-articulaire. Elle a expliqué rencontrer deux problèmes. D'une part, elle proposait d'ôter le matériel d'ostéosynthèse qui gênait l'assuré, sans que cela influe le problème articulaire qui pouvait uniquement s'améliorer grâce à une arthrodèse de la cheville. D'autre part, elle suggérait un traitement chirurgical du nerf péronier et sollicitait l'avis du Dr T.\_\_\_\_\_, puisque la neuropathie péronière superficielle demeurait gênante.

La CNA a accepté de prendre en charge ces opérations qui ont été réalisées le 8 mars 2019. La Dre Z.\_\_\_\_\_ a procédé à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse de la cheville et a exploré le nerf fibulaire superficiel et l'articulation antérieure tibio-talienne (protocole opératoire du 14 mars 2019 et avis de sortie du 21 mars 2019). L'assuré a été hospitalisé du 8 au 11 mars 2019 avant de rentrer chez lui avec une prescription d'antalgiques et de physiothérapie.

La Dre Z.\_\_\_\_\_ a revu l'assuré en consultation le 2 mai 2019, soit six semaines après l'opération. Elle a constaté une évolution favorable avec une diminution de la tuméfaction et une amélioration de la mobilité, sans amélioration des douleurs intra-articulaires pour lesquelles la seule solution était une arthrodèse tibio-talienne que l'assuré refusait

toujours. La Dre Z.\_\_\_\_\_ n'a pas formulé d'autres propositions thérapeutiques hormis un reconditionnement physique généralisé. La reprise du travail dans l'activité habituelle n'était plus exigible (rapport du 6 mai 2019).

Dans un courriel du 13 mai 2019, l'assuré a informé la CNA qu'il ressentait une amélioration depuis sa dernière opération mais qu'il avait le sentiment qu'il lui fallait plus de temps pour la rééducation avant que la décision de procéder à l'arthrodèse ne soit prise. Il était favorable à un nouveau séjour à la Clinique C.\_\_\_\_\_.

Sur proposition du Dr G.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la CNA, l'assuré a séjourné à la Clinique C.\_\_\_\_\_ du 30 juillet au 3 septembre 2019. Dans un rapport du 11 septembre 2019, les Drs P.\_\_\_\_\_ et Y.\_\_\_\_\_ ont indiqué qu'une imagerie réalisée au cours du séjour avait mis en évidence un névrome de la branche cutanée dorsale intermédiaire du nerf fibulaire droit ainsi qu'un début d'arthrose de l'articulation métatarso-phalangienne droite des premiers rayons ; qu'un électroneuromyogramme avait montré une neuropathie tronculaire modérée du nerf fibulaire superficiel droit déjà mise en évidence en 2017 ; qu'un examen avait montré un tableau spécifique avec une suspicion de troubles respiratoires ; et qu'aucune psychopathologie n'avait été retenue pendant le séjour. Les plaintes et les limitations fonctionnelles ne s'expliquaient qu'en partie par les lésions constatées, des facteurs contextuels pouvant influencer négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par l'assuré. L'assuré avait participé à des ateliers professionnels et avait réalisé des tests fonctionnels dont la fluctuation des résultats ne trouvait pas d'explication médicale. Les médecins ont relevé une discordance entre la perception fonctionnelle de l'assuré et les résultats obtenus aux tests objectifs. Ils ont retenu des limitations fonctionnelles affectant la cheville droite, à savoir la marche prolongée surtout en terrain irrégulier, les positions accroupies répétées, la réalisation répétée d'escaliers ou d'échelles et le port répété de charges supérieures à 20-25 kg. Une stabilisation médicale était attendue dans un délai de 1 à 2 mois. Le pronostic de réinsertion dans l'activité habituelle

était défavorable, alors qu'il était favorable dans une activité adaptée avec une pleine capacité de travail attendue. Le spécialiste en traumatologie de la clinique avait en outre proposé une surveillance radiologique de la cheville tous les 2 ans, étant précisé que si un pincement était mis en évidence, alors une arthrodèse serait envisageable, mais cela ne devait pas survenir dans les 5 à 7 ans à venir.

L'assuré a été convoqué pour un nouvel examen par le médecin d'arrondissement le 22 octobre 2019. Le Dr G. \_\_\_\_\_ a constaté que le séjour à la Clinique C. \_\_\_\_\_ avait été profitable à l'assuré, qui marchait désormais avec une seule canne et pour qui les douleurs n'étaient plus au premier plan. Il était désormais surtout gêné par sa démarche avec la jambe en rotation externe. Frappé par la position de la cheville droite de l'intéressé, le Dr G. \_\_\_\_\_ a requis de plus amples investigations à ce sujet (rapport du 28 octobre 2019).

Lors d'une consultation du 14 novembre 2019, la Dre Z. \_\_\_\_\_ a observé la présence d'un cal vicieux, au moyen d'une radiographie, qui pouvait expliquer le défaut d'axe de la cheville. Elle ne préconisait pas d'intervention dont les résultats étaient incertains (extrait du dossier des patients du 14 novembre 2019).

Un scanner des membres inférieurs réalisé le 21 janvier 2020 a mis en évidence une consolidation complète de la fracture métaphyso-épichysaire distale du tibia, ainsi que des mesures de torsion de 21° à droite et 20° à gauche en antéversion du col fémoral, de 5° des deux côtés en torsion externe du genou et de 38° à droite et 29° à gauche en torsion externe de la cheville.

Interpelé par la CNA, N. \_\_\_\_\_ a indiqué que le salaire de l'assuré, s'il était resté à son service et s'il n'avait pas été atteint dans sa santé, n'aurait augmenté ni en 2017 ni en 2018, tandis qu'en 2019 il aurait augmenté de 1 %. L'intéressé avait été engagé en tant que collaborateur sans expérience professionnelle au regard de la Convention collective applicable à la branche, pour un salaire horaire de 22 fr. 50.

Selon la CCT, le salaire horaire d'un collaborateur sans expérience dans la branche était de 22 fr. 13 alors qu'il s'élevait à 22 fr. 41 pour un employé avec un an d'expérience (cf. courriels des 5 octobre 2017, 5 février 2018 et 14 janvier 2019). En 2020, le salaire horaire de l'assuré aurait été augmenté de 57 centimes et majoré de 0,1 % pour s'adapter au renchérissement, s'il n'avait pas été atteint dans sa santé. Les salaires minimaux restaient inchangés par rapport à 2019 (courriel du 10 février 2020).

Le 13 février 2020, la Dre Z. \_\_\_\_\_ a discuté des résultats du scanner et des imageries avec l'assuré et le Professeur [...], spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. L'imagerie confirmait la présence d'un cal vicieux de la malléole interne qui pouvait expliquer la rotation externe du pied. Il s'agissait donc d'un problème articulaire et pas d'une torsion tibiale. La Dre Z. \_\_\_\_\_ a proposé à l'assuré de le traiter par une arthrodèse de la cheville. Elle n'a pas recommandé une cure du cal vicieux qui ne permettrait pas d'amélioration durable.

Dans une appréciation du 22 avril 2020, le Dr G. \_\_\_\_\_ a constaté la présence d'un cal vicieux à la consolidation de la fracture de la malléole avec le développement d'une arthrose tibio-talienne symptomatique ainsi qu'une lésion du nerf péronier superficiel sensible à la palpation. Se référant au barème de la table 5 des atteintes à l'intégrité résultant d'une arthrose, il a retenu un taux d'atteinte à l'intégrité de 15 % en cas d'arthrose tibio-tarsienne par analogie à une arthrodèse, en tenant compte qu'une telle intervention serait nécessaire à moyen terme.

Par courrier du 1<sup>er</sup> mai 2020, la CNA a informé l'assuré qu'il ressortait des éléments médicaux en sa possession que la situation était à présent médicalement stabilisée. Elle mettait donc fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 31 mai 2020. Elle examinait encore si elle pouvait allouer d'autres prestations, ce dont il serait informé dès que possible.

Par décision du 27 mai 2020, la CNA a refusé d'accorder à l'assuré une rente d'invalidité. Elle a retenu que sur le plan médical, il était à même, en ce qui concernait les séquelles de l'accident, d'exercer une activité dans différents secteurs de l'industrie, à la condition de ne pas porter de charges de plus de 20 kg, de ne pas travailler en position accroupie de manière répétée ni de marcher un terrain irrégulier durant un laps de temps prolongé. Une telle activité était exigible durant une journée entière et lui permettrait de réaliser un revenu de 68'446 fr. calculé au moyen des données statistiques figurant dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), plus particulièrement le niveau de compétences 1 pour un homme. Comparé au revenu de 57'200 fr. réalisable sans l'accident selon la Convention collective de travail applicable dans la branche de l'électricité (ci-après : la CCT), il ne résultait aucune perte de gain et donc aucun droit à une rente. La CNA a toutefois alloué à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI) de 22'230 fr., pour une atteinte à l'intégrité de 15 %.

Le 29 juin 2020, l'assuré, désormais représenté par son conseil, a formé opposition contre cette décision. Il a relevé que ni son atteinte au doigt ni celle au nerf fibulaire n'avaient été prises en compte, tout comme son atteinte à la santé psychique. La limitation fonctionnelle relative au port de charges n'avait en outre pas été correctement évaluée. L'assuré a encore contesté le revenu sans invalidité qui devait être fixé sur la base d'un salaire horaire de 31 fr. 56, conformément à son contrat de travail et à la CCT. Il a reproché à la CNA de ne pas avoir précisé quelle profession adaptée il pouvait exercer, et d'avoir eu recours à l'ESS et non aux descriptions de postes de travail (DPT). Enfin, l'IPAI était sous-évaluée et ne tenait pas compte de toutes ses atteintes.

Dans une décision sur opposition du 13 novembre 2020, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré. Elle a relevé que l'état de santé physique de l'assuré était stabilisé au plus tard le 1<sup>er</sup> juin 2020 ; que les fractures à la malléole étaient stabilisées, qu'une arthrose tibio-talienne qui s'était développée ne nécessitait pas une arthrodèse, qu'un cal vicieux de la malléole interne s'était formé et pouvait expliquer la rotation externe

du pied, qui pouvait être soignée par une arthrodèse – que l'assuré avait refusé à plusieurs reprises, et que les lésions à la main droite, soit la possibilité réduite de plier le majeur droit, n'étaient pas handicapantes. Au vu des nombreux rapports relatifs à l'état de santé physique, une nouvelle expertise ne se justifiait pas. L'assuré avait en outre des qualifications de technicien en informatique et avait travaillé durant 2 ans dans la domotique, de sorte qu'une reconversion professionnelle était envisageable dans un de ces domaines. La CNA a encore exposé que les vagues troubles psychiques dont souffrait l'assuré n'étaient pas en lien de causalité naturelle avec l'accident, au vu de son passé douloureux. Les troubles étaient donc préexistants. Par ailleurs, aucun lien de causalité adéquate ne pouvait être établi. La CNA a ajouté que le revenu sans invalidité avait été correctement établi, l'assuré ayant obtenu un salaire horaire supérieur à la norme lors de son engagement. Il ne pouvait en outre pas bénéficier d'une promotion car il ne suivait pas de cours lors de son accident. Elle a encore expliqué que les DPT avaient été abandonnées au début de l'année 2019 et que le recours à l'ESS était donc fondé. La CNA a relevé que l'atteinte au doigt n'était pas assez significative pour justifier l'octroi d'une IPAI. À propos de l'atteinte psychique alléguée, elle ne justifiait pas une IPAI puisqu'aucun trouble psychique, même minime, n'était dû à l'accident.

Dans l'intervalle, l'OAI a rendu un projet de décision le 15 décembre 2020, tendant à l'octroi d'une rente limitée dans le temps du 1<sup>er</sup> mars 2018 au 31 juillet 2020.

**B.** Par acte de son mandataire du 16 décembre 2020, D. \_\_\_\_\_ a interjeté un recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision sur opposition du 13 novembre 2020, concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'une rente entière d'invalidité lui soit allouée dès le 1<sup>er</sup> juin 2020, et subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimée pour nouvelle instruction. Le recourant a réitéré les griefs précédemment soulevés au sujet des atteintes à la santé psychique qu'il a subies des suites de son accident. Il a ajouté que ces atteintes étaient en lien de causalité adéquate avec son

accident ; l'événement avait été particulièrement impressionnant compte tenu du degré d'urgence qui lui a été attribué à son arrivée à l'hôpital et de l'évocation par les médecins d'une amputation du pied ; les lésions subies étaient graves ; les douleurs persistaient encore à ce jour ; la durée du traitement avait été anormalement longue, tout comme la durée de l'incapacité de travail ; et il existait une atteinte psychiatrique qui n'était pas préexistante à l'accident. Le recourant a réitéré ses arguments concernant la fixation du revenu sans invalidité. Il a précisé, s'agissant du revenu avec invalidité, que la CNA avait retenu à tort qu'il disposait des capacités nécessaires à un travail dans la domotique dès lors que sa dernière activité en la matière datait de plus de 10 ans et nécessitait de pouvoir travailler au sol et en hauteur avec des mouvements précis. Le revenu avec invalidité retenu par la CNA et déterminé au moyen de l'ESS était donc irréalisable et irréaliste pour une personne ne parlant pas le français. Un abattement de 25 % devait également être appliqué pour tenir compte de ses limitations fonctionnelles, de son permis B et de son français rudimentaire. Le recourant a encore contesté le taux de l'atteinte à l'intégrité, relevant qu'il souffrait d'une arthrose tibio-talienne symptomatique qui, selon le tableau 5, ouvrait le droit à une indemnité de 30 à 40 % en cas d'arthrose grave. A titre de mesure d'instruction, le recourant a requis son audition et l'audition de témoin, ainsi que la mise en œuvre d'une expertise.

Par décision du 22 janvier 2021, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 16 décembre 2020.

Par réponse du 18 février 2021, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle a indiqué qu'il n'était pas établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le recourant aurait perçu un salaire aussi élevé auprès d'un autre employeur qu'auprès de son ancien employeur. Dans ces circonstances, le recours au salaire mensuel prévu par la CCT était justifié. Concernant l'activité exigible dans le domaine de la domotique, la CNA a relevé que le recourant avait réalisé des tâches de domotique dans son dernier emploi. Quoi qu'il en soit, elle avait retenu, à titre de revenu avec invalidité, le salaire que pouvait percevoir un homme

dans des activités simples et légères, soit le niveau de compétences 1 du tableau TA1 de l'ESS qui regroupait des activités ne requérant aucune expérience spécifique, aucune formation et qui ne permettait pas d'appliquer un abattement pour les limitations fonctionnelles. L'intimée a confirmé que les troubles psychiques dont pourrait souffrir le recourant n'étaient pas en lien de causalité adéquate avec l'accident. Reprenant ses développements concernant l'IPAI, la CNA a ajouté que le droit à une IPAI en raison d'atteinte psychique devait être examiné sous l'angle de la jurisprudence relative à l'examen de la causalité adéquate en cas de troubles psychiques consécutifs à un accident. Ce lien de causalité devait être nié en l'espèce, au vu de l'accident qui se situait à la limite inférieure de la catégorie dite moyenne.

Répliquant le 1<sup>er</sup> juillet 2021, le recourant a confirmé ses conclusions. Il a produit des rapports médicaux établis les 19 mai et 30 juin 2021 par son psychiatre traitant le Dr L.\_\_\_\_\_ et la psychologue J.\_\_\_\_\_ ainsi que le 1<sup>er</sup> juin 2021 par la Dre R.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitante. Le Dr L.\_\_\_\_\_ et la psychologue J.\_\_\_\_\_ posaient les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques, (F33.2) et de difficultés liées au logement et aux conditions économiques (Z59). La Dre R.\_\_\_\_\_ posait les diagnostics d'arthrose post-traumatique de la cheville droite depuis 2018, de névrome de la branche cutanée du nerf fibulaire superficiel droit depuis 2019, de syndrome d'apnées obstructives du sommeil depuis décembre 2019 et d'état dépressif depuis janvier 2021. Les médecins estimaient que l'assuré souffrait d'une atteinte psychique consécutive à l'accident, occasionnant des limitations fonctionnelles et engendrant une incapacité totale de travail. Le recourant a ajouté que le fait d'avoir chuté avec une perceuse à la main, d'avoir vu sa cheville tordue à 50° et avec une fracture ouverte étaient des circonstances particulièrement impressionnantes. Le traitement avait en outre duré 4 ans durant lesquels il n'avait pas obtenu de suivi concernant son doigt ni son état psychique, malgré ses demandes et les éléments relevés par la Clinique C.\_\_\_\_\_. Un suivi psychiatrique était désormais en place. S'agissant de l'IPAI, l'intimée avait retenu à tort le taux applicable à une

arthrose tibio-tarsienne, alors qu'il ne souffrait pas d'une arthrose mais bien plutôt d'une atteinte à son intégrité corporelle en ce sens que l'un de ses membres était définitivement atteint.

Par duplique du 18 août 2021, l'intimée a relevé que, selon la Dre R.\_\_\_\_\_, l'assuré présentait une incapacité de travail à 100 % due aux séquelles physiques de l'accident et à l'état dépressif, mais qu'un travail léger en position assise, compatible avec l'atteinte à la cheville, n'était actuellement pas exigible en raison de son état psychique, tandis que le Dr L.\_\_\_\_\_ faisait état d'une fragilité et d'une vulnérabilité chez l'intéressé avant son accident, en raison de facteurs socio-économiques et de son histoire de vie. La CNA a considéré qu'au vu de ces éléments et en particulier du rapport de la Dre R.\_\_\_\_\_, l'incapacité de travail de l'assuré n'était due qu'aux troubles psychiques, lesquels n'étaient pas en lien de causalité adéquate avec l'accident comme détaillé ci-après ; la question de la causalité naturelle pouvait demeurer ouverte. Revenant plus précisément sur la question de la causalité adéquate, la CNA a relevé que l'accident n'était pas particulièrement impressionnant, au vu de la chute d'une hauteur de 1 mètre seulement. S'agissant de la gravité des lésions, la fracture s'était peut-être révélée importante mais l'angle de son pied avait évolué de 50° à 17°. Concernant la durée du traitement, seul un traitement psychique était désormais en cours et avait débuté en avril 2021. Or l'assuré présentait déjà une fragilité avant son accident. Le critère des douleurs persistantes, à lui seul, ne suffisait toutefois pas à admettre l'existence d'un lien de causalité adéquate. Concernant l'IPAI, la table 5 de la CNA prévoyait le versement d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité qui résultait d'arthrose, de telle sorte que l'atteinte à l'intégrité de l'assuré devait être indemnisée par ce biais. Le Dr G.\_\_\_\_\_ avait retenu, à bon droit, le taux le plus élevé dans le cadre d'une arthrose tibio-tarsienne par analogie à une arthrode.

Le 27 août 2021, le recourant a produit un rapport de scintigraphie osseuse du 16 février 2021.

Dans une détermination du 30 août 2021, l'intimée a exposé qu'elle ne contestait pas que le recourant souffrait d'arthrose due à son accident. Toutefois, aucun traitement ne pouvait améliorer de manière notable son état de santé. Le rapport du 16 février 2021 ne suggérait aucun traitement pour améliorer la situation. C'était donc à bon droit qu'elle avait considéré que la situation était stabilisée.

Le recourant a produit, le 25 octobre 2021, un rapport du médecin-conseil du Service de l'emploi (SDE) du 4 décembre 2021, qui retenait une capacité de travail théorique de 100 % avec les limitations fonctionnelles suivantes : travail en position assise, pas de position statique debout, périmètre de marche de quelques mètres avec charges de 5 kg et d'une vingtaine de mètres avec 1 kg, pas d'escaliers. Ce médecin précisait qu'un travail était possible dans l'horlogerie ou l'informatique. Il fallait si possible lui trouver une activité test en atelier à 50 % au début, en raison d'un déconditionnement important.

La CNA s'est déterminée le 26 octobre 2021 et a relevé que seule la limitation du port de charges avait évolué à la baisse depuis l'appréciation médicale réalisée le 22 avril 2020 par le Dr G.\_\_\_\_\_. Le recourant n'expliquait au demeurant pas en quoi ces limitations fonctionnelles l'empêchaient d'exercer une activité adaptée.

### **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.** Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-accidents, en particulier sur le droit à une rente et le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

**3. a)** Aux termes de 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. Parmi ces prestations figurent notamment le droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA), le versement d'une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA) et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 24 al. 1 LAA).

**b)** L'art. 4 LPGA définit l'accident comme toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort. La notion d'accident repose donc sur cinq éléments, ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable à la santé, le caractère soudain de l'atteinte, son caractère involontaire, un facteur extérieur et le caractère extraordinaire de ce facteur extérieur (ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1). En outre, l'atteinte doit s'inscrire dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec le facteur extérieur extraordinaire.

**c)** Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche,

que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration, le cas échéant le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références citées).

**d)** Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 ; TF 8C\_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.1 et les références citées).

En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 138 V 248 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_220/2016 du 10 février 2017 consid. 7.3).

**e)** En vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique, il faut d'abord classer les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants, ou de peu de gravité ; les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Le caractère adéquat du lien de causalité ne peut être admis que si l'accident revêt une importance déterminante dans le déclenchement de l'affection psychique. Ainsi, lorsque l'événement accidentel est insignifiant, l'existence du lien en question peut d'emblée être niée, tandis qu'il y a

lieu de le considérer comme établi, lorsque l'assuré est victime d'un accident grave. En revanche, lorsque la gravité de l'événement est qualifiée de moyenne, la jurisprudence a dégagé un certain nombre de critères objectifs à prendre en considération pour l'examen du caractère adéquat du lien de causalité, dont les plus importants sont les suivants (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références citées) :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;
- la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ;
- la durée anormalement longue du traitement médical ;
- les douleurs physiques persistantes ;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ;
- les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes ;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

De manière générale, lorsque l'on se trouve en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut un cumul de trois critères sur les sept ou au moins que l'un des critères retenus se soit manifesté de manière particulièrement marquante (TF 8C\_493/2017 du 10 juillet 2018 consid. 2.2 et les références citées). Lorsqu'un accident est de gravité moyenne, à la limite des accidents de peu de gravité, il faut un cumul de quatre critères sur les sept ou au moins que l'un des critères retenus se soit manifesté de manière particulièrement marquante (TF 8C\_249/2018 du 12 mars 2019 consid. 5.1 et les références citées).

**4. a)** 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).

**b)** Pour évaluer le taux d'invalidité, et ainsi le montant de la rente, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA).

**c)** La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, 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 137 V 334 consid. 3.1.1 ; TF 8C\_643/2016 du 25 avril 2017 consid. 4.1). Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (TF 8C\_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 5.4.1).

**d)** Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C\_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2).

**e)** Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Le revenu effectivement réalisé par la personne assurée après la survenance de l'atteinte à la santé doit être pris en considération si l'activité exercée repose sur des rapports de travail stables et qu'elle met pleinement en valeur la capacité résiduelle de travail et de gain raisonnablement exigible (ATF 139 V 592 consid. 2.3). Un éventuel salaire social versé par l'employeur n'est pas pris en considération. La preuve d'un tel salaire social est toutefois soumise à des exigences strictes, car on peut partir du principe que les salaires payés équivalent normalement à une prestation de travail correspondante (ATF 141 V 351 consid. 4.2).

**f/aa)** Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1).

**bb)** Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1\_skill\_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222).

**cc)** L'assuré peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que 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'invalidé 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).

Le point de savoir s'il se justifie de procéder à un abattement sur le salaire statistique en raison des limitations fonctionnelles dépend de la nature de celles-ci ; une réduction à ce titre n'entre en considération que si, dans un marché du travail équilibré, il n'y a plus un éventail suffisamment large d'activités accessibles à l'assuré (arrêts 8C\_732/2019 du 19 octobre 2020 consid. 4.5; 8C\_549/2019 du 26 novembre 2019 consid. 7.7; 8C\_661/2018 du 28 octobre 2019 consid. 3.3.4.3). Aussi y a-t-il lieu de déterminer si les limitations fonctionnelles constituent un facteur qui obligerait l'assuré à mettre en valeur sa capacité de travail résiduelle sur le marché du travail à des conditions économiques plus défavorables que la moyenne, soit entraînant un désavantage salarial (TF 8C\_679/2020 du 1<sup>er</sup> juillet 2021 consid. 6.2.1 ; TF 8C\_860/2018 du 6 septembre 2019 consid. 6.3.3).

Le Tribunal fédéral, sans reconnaître formellement un changement de sa jurisprudence publiée à l'ATF 126 V 75, n'admet désormais une déduction en raison de l'absence de formation professionnelle, de la mauvaise maîtrise de la langue ou de l'ancienneté dans l'entreprise que de manière particulièrement restrictive lorsque le salaire médian de référence correspond à celui réalisé dans des activités simples et répétitives de niveau 1 (TF 8C\_112/2020 du 13 mai 2020 consid. 7. 3 ; TF 8C\_314/2019 du 10 septembre 2019 consid. 6.2 et les références citées ; voir également la casuistique évoquée par David Ionta, Fixation du revenu d'invalidé selon l'ESS, in : Jusletter du 22 octobre 2018, p. 26 ss).

**5.** 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\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

En ce qui concerne les rapports des médecins des assureurs, ceux-ci peuvent également se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C\_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C\_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

**6.** En l'espèce, le recourant a été victime, le 25 novembre 2016, d'un accident lors duquel il a chuté d'une échelle d'une hauteur de 1 mètre. Il a subi des atteintes à la cheville droite et au majeur droit. Il

soutient qu'il souffre depuis lors d'atteintes à sa santé psychique, consécutives à cet événement, ce que la CNA réfute.

Il convient donc en premier lieu de déterminer s'il existe un lien de causalité entre les troubles psychiques et l'accident litigieux, étant précisé que l'existence d'un tel lien de causalité entre l'événement et les troubles physiques n'est pas contestée.

**a)** La CNA nie toute affection psychique chez le recourant, tandis que ce dernier allègue souffrir d'une atteinte psychique qui serait consécutive à l'accident du 25 novembre 2016. Il produit à cet effet des rapports de son psychiatre traitant des 19 mai et 30 juin 2021 ainsi que de son médecin traitant établi le 1<sup>er</sup> juin 2021.

Le suivi auprès du psychiatre L.\_\_\_\_\_ a toutefois débuté après que la décision sur opposition litigieuse a été rendue. Le rapport établi le 1<sup>er</sup> juin 2021 par la Dre R.\_\_\_\_\_ pose le diagnostic d'état dépressif depuis janvier 2021, soit à une date également postérieure à la décision sur opposition litigieuse, de sorte qu'il ne peut pas être pris en compte dans la présente procédure. Il ne ressort en outre pas du dossier constitué par l'intimée que le recourant aurait souffert de trouble psychiatrique après son accident. S'il est fait mention d'un moral bas, les médecins de la Clinique C.\_\_\_\_\_ avaient écarté tout diagnostic psychiatrique lors des deux séjours de l'intéressé. Il est au demeurant erroné de soutenir, comme le fait le recourant, que la physiothérapeute de la Clinique C.\_\_\_\_\_ a retenu un trouble post-traumatique lors de l'évaluation des capacités fonctionnelles du 28 août 2019, celle-ci ayant juste fait état du refus de l'assuré de monter sur une échelle « lié au traumatisme de son accident ». Il s'agit donc d'une simple observation de la physiothérapeute, et non d'un diagnostic posé par un psychiatre, lors de tests au cours desquels la participation était moyenne. Le Dr L.\_\_\_\_\_ a quant à lui relevé que l'assuré présentait une vulnérabilité et une fragilité sévères qui s'étaient dégradées progressivement lors de son accident et en raison des conséquences physiques de celui-ci. Il a constaté qu'il y avait une fragilité et une vulnérabilité préexistantes à l'accident, dues aux

facteurs socio-économiques de son histoire de vie, qui s'étaient péjorées en raison de l'accumulation d'événements stressants après l'accident ; il y avait donc eu une décompensation d'un trouble de l'humeur secondaire aux conséquences de l'accident. Ces éléments plaident en faveur d'une fragilité préexistante chez l'assuré. La causalité naturelle ne semble ainsi pas suffisamment établie. En tout état de cause, la question de la causalité naturelle entre les affections psychiques et l'accident en cause peut être laissée ouverte, dès lors que ce lien ne peut de toute façon pas être qualifié d'adéquat (ATF 135 V 465 consid. 5.1).

**b)** On rappellera que pour procéder à la classification de l'accident, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même. Sont déterminantes les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent (TF 8C\_663/2019 du 9 juin 2020 consid. 4.3.2 ; 8C\_398/2012 du 6 novembre 2012 consid. 5.2 in SVR 2013 UV n° 3 p. 8 et 8C\_435/2011 du 13 février 2012 consid. 4.2 in SVR 2012 UV n° 23 p. 84). D'après la casuistique en matière de chutes d'une certaine hauteur, ont été considérées comme faisant partie de la limite supérieure de la catégorie des accidents de gravité moyenne, les chutes qui se sont produites d'une hauteur entre 5 et 8 mètres et qui ont entraîné des lésions osseuses relativement sévères (voir les arrêts publiés à la RAMA 1999 n° U 330 p. 122 consid. 4b/bb et RAMA 1998 n° U 307 p. 448 consid. 3a), tandis qu'une chute de 3 mètres survenue lors d'opération d'étagage ayant occasionné de multiples fractures a été considérée comme un accident de gravité moyenne *stricto sensu* (TF 8C\_463/2014 du 24 juin 2015), alors qu'une chute dans les escaliers ayant engendré une fracture de la cheville tri-malléolaire a été classée en tant qu'accident de gravité moyenne à la limite des cas de peu de gravité (TF 8C\_114/2021 du 14 juillet 2021).

En l'occurrence, si le fait de tomber d'une échelle, une perceuse à la main, a pu subjectivement revêtir chez l'assuré un caractère relativement impressionnant, le déroulement de l'accident n'apparaît pas, du point de vue objectif seul déterminant en l'espèce, revêtir une force

particulièrement importante. D'une part, l'événement litigieux fait partie des risques auxquels un employé de la construction ou du génie civil est généralement exposé. D'autre part, l'assuré a chuté d'une hauteur relativement faible et la perceuse qu'il tenait à la main n'a pas heurté sa tête. Il apparaît également qu'il n'a pas perdu connaissance. Eu égard à ces circonstances, on peut se rallier à l'appréciation de l'intimée qui a classé l'accident litigieux dans la catégorie des accidents de gravité moyenne, à la limite de la catégorie des accidents de peu de gravité, en dépit de la lésion osseuse de la malléole.

Dans un tel cas de figure, le caractère adéquat de l'atteinte psychique sera admis si quatre critères au moins parmi les sept consacrés par la jurisprudence sont réalisés ou si l'un des critères se manifeste avec une intensité particulière (TF 8C\_249/2018 du 12 mars 2019 consid. 5.1).

**aa)** Le recourant avance que l'accident aurait été particulièrement impressionnant au motif qu'il a nécessité l'intervention d'une ambulance, qu'à son arrivée à l'hôpital un degré 2 d'urgence lui a été attribué et que l'amputation de son pied a été évoquée par les médecins.

La raison pour laquelle la jurisprudence a adopté le critère des circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou du caractère particulièrement impressionnant de l'accident repose sur l'idée que de telles circonstances sont propres à déclencher chez la personne qui les vit des processus psychiques pouvant conduire ultérieurement au développement d'une affection psychique. L'examen se fait sur la base d'une appréciation objective des circonstances de l'espèce. On ajoutera que la survenance d'un accident de gravité moyenne présente toujours un certain caractère impressionnant pour la personne qui en est victime, ce qui ne suffit pas en soi à conduire à l'admission de ce critère (TF 8C\_235/2020 du 15 février 2021 consid. 4.3.1)

Ainsi, le fait d'être conduit à l'hôpital, en ambulance, après une chute survenue sur un chantier, ne constitue pas une circonstance

propre à déclencher chez la personne qui les vit une affection psychique. En outre, le degré d'urgence qui a été attribué à l'assuré lors de son arrivée aux urgences était de 3 selon l'analyse des signes vitaux mais de 2 selon les réponses obtenues aux questions. On remarquera également que l'assuré était totalement conscient (score de Glasgow à 15) et sous morphine (pièce 12 du bordereau du recourant). En outre, si l'amputation a peut-être pu être évoquée, sans que ce fait ne soit rendu vraisemblable, une telle intervention n'a pas eu lieu. En conséquence, on ne saurait qualifier l'accident de particulièrement impressionnant ou dramatique.

A titre de comparaison, le Tribunal fédéral des assurances a par exemple nié que cette condition fût remplie dans le cas d'un travailleur qui a glissé et chuté d'environ 4 mètres du premier étage au rez-de-chaussée et qui a subi plusieurs fractures et opérations du coude (TF 8C\_766/2017 et 8C\_773/2017 du 30 juillet 2018 consid. 6.3.1.1), dans celui d'un travailleur qui a chuté d'un pont de travail d'une hauteur de plusieurs mètres en raison d'une pièce métallique de l'échafaudage qui s'est brisée et a encore glissé une fois arrivé au sol avant que des planches de coffrage ne lui tombent dessus (TF 8C\_657/2013 du 3 juillet 2014 consid. 5.4), dans celui d'un travailleur qui est tombé d'un élévateur d'une hauteur de 5,6 mètres (TF 8C\_807/2008 du 15 juin 2009) ou encore d'un travailleur qui avait chuté d'une échelle d'une hauteur d'environ 4,5 mètres dans une fouille (arrêt du 27 décembre 2005, U 144/05 ; voir aussi l'arrêt du 30 novembre 2005, U 21/06 consid. 4.5). Il l'a en revanche admis dans le cas d'un assuré qui, lors de travaux de démolition de boxes de garages, s'est trouvé pressé contre une benne de déchets par un pan de mur en plâtre s'écroulant sur lui tandis que le toit menaçait également de s'effondrer, et qui a subi plusieurs fractures à la suite de cet événement nécessitant une hospitalisation de plusieurs jours (arrêt du 10 juillet 2000, U 89/99). Force est de constater que dans le déroulement de l'accident litigieux, on ne retrouve pas de caractère particulièrement impressionnant.

**bb)** Le recourant fait valoir que ses blessures physiques sont graves, qu'il ne peut plus fermer - et ce de manière définitive - son majeur

droit, que sa cheville avait un angle de 50° et est définitivement tournée de 17°, et que sa marche est limitée.

Pour être retenu, le critère de la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques, postule d'abord l'existence de lésions physiques graves ou, s'agissant de la nature particulière des lésions physiques, d'atteintes à des organes auxquels l'homme attache normalement une importance subjective particulière (par exemple la perte d'un œil ou certains cas de mutilations à la main dominante; TF 8C\_249/2018 du 12 mars 2019 consid. 5.2.2, publié in SVR 2019 UV n° 27 p. 99, par renvoi à l'arrêt 8C\_566/2013 du 18 août 2014 consid. 6.2.2 et la référence).

En l'occurrence, le seuil de gravité justifiant l'admission de ce critère n'apparaît pas atteint. Si la mobilité du majeur droit de l'assuré est désormais limitée, les autres doigts ne sont pas atteints, le port de charges demeure possible tout comme l'utilisation de la main droite. L'assuré n'est donc pas privé de sa main dominante. L'atteinte ne peut pas être qualifiée de grave. Quant aux atteintes affectant son membre inférieur droit, si elles ont été qualifiées de gravissime par l'orthopédiste de la Clinique C.\_\_\_\_\_ (rapport du 22 août 2017), la fracture s'est consolidée et la gêne occasionnée par le matériel d'ostéosynthèse a été supprimée par l'ablation de ce matériel en mars 2019. Il n'en résulte en outre que des limitations fonctionnelles relatives au port de charges, à la position accroupie, en terrain irrégulier ou sur des escaliers ou des échelles. Ces limitations fonctionnelles ne sont en ce sens pas totalement handicapantes. On ne peut donc pas considérer que les atteintes du recourant sont si particulières qu'elles sont de nature à déclencher une atteinte à la santé psychique.

**cc)** Le recourant invoque encore la durée anormalement longue du traitement médical, se référant au résumé qu'a fait la Clinique C.\_\_\_\_\_ concernant les traitements qu'il a suivis. Il se prévaut également d'une complication de l'évolution de son état de santé par

l'apparition d'une pseudoarthrose fibulaire. Il indique également que son suivi médical a été chaotique et que malgré une atteinte au niveau psychiatrique, un suivi n'a été mis en place qu'en 2021.

Le recourant perd toutefois de vue que l'aspect temporel n'est pas seul décisif ; sont également à prendre en considération la nature et l'intensité du traitement, et si l'on peut en attendre une amélioration de l'état de santé de l'assuré (TF 8C\_249/2018 du 12 mars 2019 consid. 5.2.3 ; 8C\_533/2017 du 17 avril 2018 consid. 3.3 et les références). Or l'assuré a subi deux interventions chirurgicales qui ont nécessité deux hospitalisations de courte durée (du 25 novembre au 15 décembre 2016 pour l'ostéosynthèse de la cheville droite et du 8 au 11 mars 2019 pour l'ablation du matériel d'ostéosynthèse). Pour le surplus, l'essentiel du traitement médical a consisté en des mesures conservatrices, soit notamment l'utilisation de cannes, des séances de physiothérapie et la prise d'antalgiques, ce qui ne saurait être considéré comme un traitement pénible et invasif. Le recourant ne peut en outre reprocher à la CNA de ne pas avoir mis en place un traitement psychique en sa faveur, dès lors qu'il lui appartenait, s'il en ressentait le besoin, de débiter un tel suivi. En conséquence, le critère de la durée anormalement longue du traitement ne peut être retenu, ce d'autant que l'assuré, par son comportement, a également joué un rôle dans la durée du traitement. Alors qu'une arthrodèse de la cheville a été suggérée par la Dre Z.\_\_\_\_\_ en juin 2018 déjà, l'assuré a plusieurs fois refusé l'opération, dont une fois alors qu'il s'apprêtait à rejoindre la salle d'opération.

**dd)** Le recourant se prévaut du fait qu'il souffre de douleurs physiques persistantes. S'il est exact qu'il a, à plusieurs reprises, évoqué des douleurs persistantes à la cheville droite pour lesquelles un traitement antalgique important a été prescrit sur une longue durée, ce seul critère - qui n'est pas réalisé dans une mesure marquée - ne suffit pas à établir un lien de causalité entre les atteintes psychiques du recourant et l'accident. Il ne se manifeste également pas de manière qualifiée ; des périodes d'atténuation des douleurs ont été rapportées lors du second séjour à la Clinique C.\_\_\_\_\_ (p. 4 du rapport du 11 septembre 2019 et rapport de la

physiothérapeute du 28 août 2019), lors des examens cliniques auprès du médecin d'arrondissement (rapport des 5 juillet et 28 août 2019) ainsi que par le recourant lui-même dans un courriel du 13 mai 2019.

**ee)** Quant au critère du degré et de la durée de l'incapacité de travail dus aux lésions physiques, on peut admettre qu'il est réalisé. S'agissant de ce critère, il doit se rapporter aux seules lésions physiques et ne se mesure pas uniquement au regard de la profession antérieurement exercée par l'assuré. Ainsi, il n'est pas rempli lorsque l'assuré est apte, même après un certain laps de temps, à exercer à plein temps une activité adaptée aux séquelles accidentelles qu'il présente (TF 8C\_249/2018 du 12 mars 2019 consid. 5.2.7 ; 8C\_208/2016 du 9 mars 2017 consid. 4.1.2).

En l'espèce, depuis l'accident du 25 novembre 2016, l'assuré a été en incapacité de travail totale de manière continue en raison de troubles somatiques et ce, jusqu'au mois de juin 2020, soit pendant plus de trois ans (voir par exemple les arrêts 8C\_249/2018 du 12 mars 2019 consid. 5.2.7 [incapacité de plus de 3 ans], 8C\_383/2013 du 1<sup>er</sup> avril 2014 consid. 7.2.5 [incapacité de travail durant près de 4 ans] et 8C\_116/2009 du 26 juin 2009 consid. 4.6 [incapacité durant 3 ans]).

**ff)** Les autres critères ne sont pas invoqués par le recourant. Ils ne sont d'ailleurs pas réalisés.

**c)** En fin de compte, seuls deux critères sur les quatre requis sont réalisés en l'espèce et aucun d'entre eux ne l'est d'une manière particulièrement marquante. Cela est donc insuffisant pour que l'accident en cause, qualifié de gravité moyenne à la limite inférieure, soit tenu pour la cause adéquate des troubles psychiques dont le recourant se prévaut. Même dans l'hypothèse où l'accident avait été qualifié de gravité moyenne *strico sensu*, les deux critères réalisés n'auraient pas suffi pour reconnaître un lien de causalité adéquate.

**7.** La CNA a refusé d'allouer au recourant une rente d'invalidité, considérant qu'il dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir pas de port de charges de plus de 20 kg et pas de travail en position accroupie de manière répétée ou de marche sur un terrain irrégulier durant un temps prolongé. Le recourant soutient pour sa part que l'intimée n'a pas pris en compte l'ensemble de ses atteintes physiques et psychiques pour évaluer sa capacité de travail. Il conteste également les revenus avec et sans invalidité retenus par la CNA.

**a)** Dans le cadre de l'instruction du dossier, la CNA a confié à deux reprises une évaluation interdisciplinaire à la Clinique C.\_\_\_\_\_. Dans leur dernier rapport du 11 septembre 2019, les Drs P.\_\_\_\_\_ et Y.\_\_\_\_\_ ont résumé les documents médicaux à leur disposition, ont listé les plaintes du recourant, les ont confrontées à leurs constatations objectives et à celles de leurs collègues de la Clinique C.\_\_\_\_\_, et ont formulé des conclusions claires. Ils ont également étudié les traitements mis en place. Ils ont ainsi été en mesure de discuter les diagnostics retenus et leurs effets sur la capacité de travail, procédant à une analyse détaillée des atteintes du recourant.

Le recourant a également été examiné à plusieurs reprises par le Dr G.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la CNA. Dans ses appréciations des 28 octobre 2019 et 22 avril 2020, le médecin s'est également fondé sur l'ensemble des pièces au dossier, y compris les évaluations de la Clinique C.\_\_\_\_\_, ainsi que sur ses propres constatations. Il a notamment étudié le rapport du 11 septembre 2019 de la Clinique C.\_\_\_\_\_ et en a relevé le bien-fondé. Le Dr G.\_\_\_\_\_ a procédé à une étude circonstanciée de la situation du recourant et fait part de ses conclusions claires et motivées.

Tant le rapport de la Clinique C.\_\_\_\_\_ du 11 septembre 2019 que ceux du Dr G.\_\_\_\_\_ procèdent d'une analyse claire et bien étayée de la situation du recourant.

Les spécialistes de la Clinique C.\_\_\_\_\_ ont indiqué que le recourant avait peu collaboré à l'évaluation de ses capacités fonctionnelles, tant lors de son premier séjour que lors du second. Ils ont retenu à cet égard des facteurs contextuels tels qu'un catastrophisme élevé, une kinésiophobie modérée et une perception élevée du handicap. La physiothérapeute ayant réalisé les examens des capacités fonctionnelles a également relevé, outre une décharge de la région douloureuse et une boiterie, l'expression des mimiques douloureuses, des soupirs, des plaintes et des démonstrations très fréquentes d'une douleur, un déconditionnement important et une démonstration importante d'une fatigue cardio-respiratoire. L'assuré a encore fait preuve d'auto-limitations lors de l'examen de ses capacités fonctionnelles, s'estimant uniquement capable de réaliser des activités exigeant un niveau d'effort inférieur à sédentaire ou essentiellement assis, alors que durant le test, il a fourni un niveau d'effort moyen. L'assuré a rapporté à cette occasion ressentir des douleurs à son majeur droit dans les activités quotidiennes, mais n'a pas formulé de plainte au cours de l'évaluation. Relevant ces nombreuses auto-limitations, les médecins se sont donc fondés à juste titre sur leurs observations objectives afin de déterminer les limitations fonctionnelles, à savoir la marche prolongée surtout en terrain irrégulier, les positions accroupies répétitives, la réalisation répétée d'escaliers ou d'échelles, le port répété de charges supérieures à 20-25 kg. Ces limitations ne concernent donc que la cheville droite de l'assuré. Les médecins ont de surcroît sollicité l'avis de leur spécialiste en traumatologie au sujet de la nécessité de réaliser une arthrodèse de la cheville droite. Le spécialiste a constaté la présence d'un cal vicieux, de bonnes surfaces articulaires et d'une consolidation des fractures. Compte tenu des douleurs, il a conseillé un traitement conservateur avec une surveillance radiologique tous les 2 ans. En présence d'un véritable pincement sur les radiographies, un avis spécialisé en vue d'une arthrodèse serait envisageable mais ne devrait pas survenir avant 5 à 7 ans. Fondé sur ces éléments, les médecins ont retenu que le pronostic de réinsertion dans l'activité habituelle était défavorable vu les facteurs médicaux et les limitations fonctionnelles. Dans une activité adaptée à ces dernières, l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail.

Il apparaît ainsi que les médecins de la Clinique C.\_\_\_\_\_ ont pris en compte l'ensemble des atteintes dont souffrait l'assuré avant de formuler leurs conclusions. Ils ont mentionné les plaintes douloureuses concernant le majeur droit, sans retenir de limitations fonctionnelles à cet égard. On relèvera à ce propos que lors de l'examen de ses capacités fonctionnelles, l'assuré ne s'est pas plaint de douleurs au doigt. Seule l'impossibilité de fermer le doigt en question a été constatée. Si les médecins n'ont plus évoqué cette atteinte, c'est qu'ils estiment qu'elle n'a pas d'influence sur la capacité de travail de l'assuré. La main dominante demeure en effet utilisable. Le recourant ne démontre d'ailleurs pas, au moyen de rapports médicaux étayés, qu'il en irait différemment à ce propos. Sa seule allégation, dans un courriel du 18 mai 2020 à la CNA, de la présence de picotements ne suffit pas à remettre en cause l'appréciation des médecins de la Clinique C.\_\_\_\_\_. Il en va également ainsi de l'effet de l'atteinte au nerf tibial relevée par les médecins de la Clinique C.\_\_\_\_\_. Ces derniers n'ont pas considéré que cette atteinte engendrait une incapacité de travail. Le recourant ne produit pas non plus de rapport médical qui le soutiendrait. On ne saurait en particulier suivre l'appréciation de la capacité de travail faite par les Drs L.\_\_\_\_\_ (rapports des 19 mai et 30 juin 2021) et R.\_\_\_\_\_ (rapport du 1<sup>er</sup> juin 2021). Selon eux, la capacité de travail se trouve uniquement influencée par les troubles psychiques qu'ils ont retenus. Or, comme développé au considérant ci-dessus (cf. consid. 6), aucun lien de causalité n'a été établi entre les troubles à la santé psychique que l'assuré présenterait et l'accident du 25 novembre 2016. Il n'y a donc pas lieu d'en tenir compte.

S'agissant des limitations fonctionnelles, le recourant soutient à tort qu'il y a lieu de retenir celles qui ont été constatées par la physiothérapeute au cours de son examen du 28 août 2019. Ces limitations ont en effet été influencées par l'attitude d'auto-limitation de l'assuré lui-même, raison pour laquelle les médecins ont préféré se fonder sur leurs observations cliniques pour les déterminer. Il n'y a au demeurant pas de grandes différences entre les limitations fonctionnelles relevées par les médecins de la Clinique C.\_\_\_\_\_ et celles retenues par le médecin-

conseil du SDE, dès lors que seul le port de charges se trouve diminué. Il n'en demeure pas moins que des activités simples et répétitives adaptées à ce nouveau seuil de port de charge demeurent possibles.

Vu ce qui précède, une pleine valeur probante peut être conférée au rapport du 11 septembre 2019 de la Clinique C.\_\_\_\_\_. La CNA pouvait en conséquence se fonder sur ces conclusions et retenir que le recourant est pleinement capable de travailler dans une activité adaptée à son état de santé.

**b)** Concernant le revenu sans invalidité, le recourant soutient que celui-ci devrait être déterminé sur la base du salaire tel qu'il ressort de son contrat de travail, majoré du droit aux vacances, aux jours fériés et au 13<sup>ème</sup> salaire, ainsi que du renchérissement de 0,1 % et de l'augmentation de 57 centimes que l'employeur a annoncés à la CNA. Le salaire horaire en 2020 se serait élevé à 31 fr. 56, soit à 65'898 fr. par an, auquel il convient d'ajouter une compensation de 100 fr. par mois, pour un salaire annuel final de 67'098 francs.

La CNA s'est quant à elle référée aux données figurant dans la CTT, plus particulièrement au salaire mensuel que réaliserait un collaborateur sans titre professionnel de la branche à partir de 20 ans pouvant justifier de 4 ans d'expérience, soit 4'400 francs. Versé treize fois l'an, le revenu sans invalidité s'élève à 57'200 francs. Le recours au salaire mensuel prévu par la CCT se justifiait aux motifs que l'assuré percevait auprès de N.\_\_\_\_\_ un salaire horaire de 22 fr. 50 supérieur à la norme et qu'il n'a pas apporté la preuve qu'il aurait obtenu un tel salaire auprès d'un autre employeur. Enfin, aucune promotion ou compensation ne pouvait être retenue, l'assuré étant en début de carrière et ne suivant aucune formation au moment de l'accident.

En l'occurrence, le salaire horaire convenu entre le recourant et son ancien employeur n'était pas supérieur au salaire prévu par la CCT de la branche. Si l'employeur a certes indiqué, dans un courriel du 5 octobre 2017, que l'assuré avait été engagé, en conformité à la CCT, en

tant que collaborateur sans expérience professionnelle de la branche avec un salaire horaire de 22 fr. 50, il ressort toutefois des autres pièces au dossier que le salaire contractuellement convenu était de 22 francs. En effet, tant les informations contenues dans la déclaration d'accident du 6 décembre 2016, dans les fiches de salaire mais encore dans le contrat de travail font toutes état d'un salaire horaire de 22 francs. Il y a donc lieu de s'y référer pour le calcul du revenu sans invalidité. Conformément aux informations figurant dans le contrat de travail et celles transmises par N.\_\_\_\_\_ quant à l'évolution du salaire entre 2017 et 2020, ce salaire horaire doit être majoré de 1,1 % pour tenir compte du renchérissement en 2019 et 2020 (24 ct) ainsi que de 57 centimes en 2020 (salaire de base : 22 fr. 81). Le droit aux vacances par 10,17 % (2 fr. 32), aux jours fériés par 3,59 % (82 ct) et au treizième salaire par 8,33 % (1 fr. 90) doivent encore être ajoutés. Le salaire horaire ainsi obtenu s'élève à 27 fr. 85 et doit être multiplié par 2080, soit le nombre d'heures travaillées par année prévu par la CCT. Le revenu sans invalidité se monte en conséquence à 57'928 fr., ce qui n'est au final pas très éloigné du revenu sans invalidité qu'avait retenu la CNA (57'200 fr.). Quoi qu'il en soit, le revenu sans invalidité reste inférieur au salaire avec invalidité tel que calculé ci-dessous. Cela demeure le cas même si l'on calculait le revenu sans invalidité en appliquant le salaire minimum prévu par la CCT pour un collaborateur sans formation mais avec 4 ans d'expérience dans le domaine ( $\{25,29 \text{ fr.} + 2,57 \text{ fr.} [10,17\% \text{ de droit aux vacances}] + 0,90 \text{ fr.} [3,59\% \text{ de jours fériés}] + 2,10 \text{ fr.} [8,33\% \text{ de } 13^{\text{ème}} \text{ salaire}]\} \times 2080 = 64'188 \text{ fr. } 80$ ).

Au demeurant et comme l'a à juste titre considéré la CNA, aucune augmentation ou compensation ne peut être ajoutée au revenu sans invalidité. L'assuré venait de débiter son activité lorsque son accident s'est produit, il ne disposait d'aucun diplôme dans ce domaine d'activité, ne suivait pas de formation et n'était inscrit à aucune formation future. N.\_\_\_\_\_ n'a en outre pas indiqué qu'une augmentation aurait été allouée à l'assuré s'il était resté à son service en pleine santé.

**c)** Considérant que le recourant était totalement capable de travailler dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, la CNA s'est référée aux données statistiques de l'ESS pour arrêter le revenu avec invalidité à 68'446 fr., plus particulièrement au revenu réalisé par un homme chargé de tâches simples et répétitive (tableau TA1, niveau de compétences 1).

Le recourant reproche à la CNA d'avoir retenu, dans la décision sur opposition, qu'une reconversion dans la domotique était envisageable. Il estime que son état de santé ne lui permet pas d'exercer une telle activité qui nécessite l'utilisation de ses deux mains ainsi qu'un travail au sol ou en hauteur. Il relève encore que sa dernière expérience en la matière remonte à plus de 10 ans et qu'il ne dispose en conséquence plus des connaissances nécessaires à l'exercice de cette activité. Il soutient enfin qu'un abattement de 25 % doit être opéré sur le revenu avec invalidité afin de tenir compte de ses limitations fonctionnelles, du fait qu'il ne maîtrise pas la langue française et qu'il est au bénéfice d'un permis B.

Si l'intimée a certes évoqué une possible reconversion du recourant dans le domaine de la domotique ou de l'informatique dans lequel il dispose de qualifications et d'expérience, elle ne s'est toutefois pas fondée sur le salaire statistique de la branche en question, mais bien sur le salaire de référence dans le secteur privé de la production et des services pour des hommes exerçant des tâches physiques ou manuelles simples. 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 comme c'est le cas de l'assuré. Ce salaire statistique est en effet suffisamment représentatif de ce que ces assurés 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. Dans ces circonstances, force est de constater que les

limitations fonctionnelles que présente le recourant - pas de marche prolongée surtout en terrain irrégulier, pas de position accroupie répétée, pas de réalisation répétée d'escaliers et d'échelles, pas de port répété de charges supérieures à 20-25 kg - n'ont pas d'incidence sur les activités simples et légères qui restent exigibles de sa part. On arrive à la même conclusion si l'on se réfère aux limitations fonctionnelles retenues par le médecin-conseil du SDE, dès lors que seul le port de charges est revu à la baisse. Un abattement ne se justifie donc pas pour ce motif, pas plus qu'en raison de son statut en droit des étrangers ou de son niveau de français (cf consid. 4f/cc). Le revenu sans invalidité tel qu'arrêté par la CNA doit donc être confirmé.

**d)** Après une comparaison des revenus avec et sans invalidité, on constate que le recourant n'a pas droit à une rente d'invalidité à défaut de subir un préjudice économique.

**8.** Le recourant reproche enfin à l'intimée d'avoir retenu un taux d'indemnité pour atteinte à l'intégrité insuffisant.

**a)** Selon l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui, par suite de l'accident, souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité.

Conformément à 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. Cette disposition de l'ordonnance a été jugée conforme à la loi en tant qu'elle définit le caractère durable de l'atteinte (ATF 133 V 224 consid. 2.2).

**b)** La CNA a fixé l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à 15 % sur la base de l'appréciation du 22 avril 2020 du Dr G.\_\_\_\_\_. Dans cette appréciation, ce médecin s'est référé à la table 5 du barème établi par la CNA relatif aux atteintes à l'intégrité résultant d'arthrose.

Rappelant la fracture dont a souffert l'assuré lors de son accident, le Dr G.\_\_\_\_\_ a relevé la présence d'un cal vicieux au niveau de la malléole interne lors de la consolidation de la fracture, couplée au développement d'une arthrose tibio-talienne symptomatique, ne nécessitant actuellement pas une arthrodèse et pour laquelle la correction de la malposition résiduelle était alors contre-indiquée. L'exigibilité dans une activité lourde n'était plus donnée. Il a également pris en compte la présence d'une lésion de la branche latérale du nerf péronier superficiel qui était sensible à la palpation et qui empêchait le port de chaussures rigides à coques talonnières. Le Dr G.\_\_\_\_\_ a ainsi arrêté le taux d'atteinte à l'intégrité à 15 %, considérant que le recourant souffrait d'une arthrose tibio-tarsienne par analogie à une arthrodèse. Ce taux tenait également compte du fait qu'une telle intervention serait nécessaire à moyen terme.

Le recourant reproche à la CNA de ne pas avoir pris en compte l'atteinte à son doigt ainsi que l'atteinte neurologique dont il souffre. Ce faisant, il se contente de remettre en cause l'appréciation du Dr G.\_\_\_\_\_ en lui opposant sa propre appréciation de la situation, sans l'étayer au moyen d'un avis médical. Cela ne saurait suffire. En effet, comme l'a relevé la CNA au stade de la réponse, l'atteinte au majeur droit dont souffre l'assuré ne peut être indemnisée, dès lors qu'il peut faire usage de sa main droite, respectivement de ses autres doigts. Le recourant se méprend également lorsqu'il allègue que l'atteinte neurologique n'a pas été prise en considération par la CNA, le Dr G.\_\_\_\_\_ l'ayant explicitement relevée et retenue dans son appréciation du 22 avril 2020. Enfin, il n'y a pas lieu d'allouer une indemnité pour atteinte en cas de troubles psychiques, à défaut de tout lien de causalité entre l'accident de l'assuré et les troubles dont il souffrirait aujourd'hui.

L'appréciation du Dr G. \_\_\_\_\_ peut donc être confirmée.

**9.** Le dossier est complet. Il permet ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a pas lieu de donner suite aux mesures d'instruction requises par le recourant, à savoir de procéder à son audition ainsi qu'à celle d'éventuels témoins ou encore de mettre en œuvre une nouvelle expertise. En effet, de telles mesures ne seraient pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents sur le plan médical ayant pu être constatés à satisfaction de droit et ayant pu être librement appréciés par la présente juridiction (appréciation anticipée des preuves : ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 140 I 285 consid. 6.3.1).

**10. a)** Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition entreprise confirmée.

**b)** Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f bis LPGA), ni d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA). Il n'est pas non plus alloué de dépens à la partie intimée, qui n'y avait pas conclu et qui n'aurait pas pu y prétendre dès lors qu'elle agit dans l'accomplissement d'une tâche réglée par le droit public (ATF 126 I 143 consid. 4).

**c)** La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Me Gutierrez peut prétendre à une équitable indemnité pour son mandat d'office, qu'il convient de fixer à 2'625 fr. 85, débours à 5 % et TVA compris (art. 2, 3 al. 2 et 3bis RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]), conformément à la liste des opérations produites le 29 octobre 2021. La partie recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser l'indemnité provisoirement prise en charge par l'Etat dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du

recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue le 13 novembre 2020 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.
- IV. L'indemnité d'office de Me Silvia Gutierrez, conseil d'office de D.\_\_\_\_\_, est arrêtée à 2'625 fr. 85 (deux mille six cent vingt-cinq francs et huitante-cinq 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 de son 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 Silvia Gutierrez (pour D.\_\_\_\_\_),
- Me Didier Elsig (pour Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents),

- 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 :