

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 8 juin 2023

Composition : Mme GAURON-CARLIN, présidente
M. Piguet, juge, et Mme Manasseh-Zumbrunnen,
assesseure
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

P. _____, à [...]r, recourant, représenté par Me Corinne Monnard Séchaud,
avocate à Lausanne,

et

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

**Art. 29 al. 2 Cst. ; 43 al. 1 LPGA ; 6 al. 1, 18 al. 1, 19 al. 1, 24 al. 1
et 25 al. 1 LAA ; 36 al. 3 OLAA**

E n f a i t :

A. a) P._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], a été employé de [...] (anciennement : [...]) du 1^{er} avril 2002 au 31 mai 2019 en qualité de manutentionnaire à 100 %.

Le 7 novembre 2017, alors que l'assuré installait les portes de compactages, la porte latérale de la benne est tombée, d'abord, sur son épaule droite, puis sur son pied droit. L'assuré est ensuite tombé de sa hauteur sur le côté gauche. L'assuré a souffert d'une fracture ouverte par écrasement du pied droit et d'une contusion de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, ce qui a occasionné une incapacité totale de travail dès cet évènement.

Hospitalisé le jour-même au G._____ (ci-après : G._____), l'assuré a aussitôt subi un parage de plaie avec débridement, une réduction ouverte et ostéosynthèse par plaque de 2.7 mm Compact-Foot du 1^{er} métatarsien, plaque en "L", et un embrochage à foyer ouvert des 2^e et 3^e métatarsiens concernant la fracture ouverte par écrasement du pied droit ayant engendré une fracture non déplacée de la phalange proximale, une fracture comminutive raccourcie du 1^{er} métatarsien, une fracture déplacée des 2^e et 3^e métatarsiens et une fracture non déplacée du 4^e métatarsien, intervention réalisée par les Drs K._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et V._____.

La CNA a pris en charge le cas (indemnités journalières et frais médicaux).

Le 23 février 2018, l'assuré a subi l'ablation de la vis proximale de la plaque du 1^{er} métatarsien.

Une arthro-IRM [imagerie par résonance magnétique] de l'épaule droite réalisée le 27 février 2018 par les Drs Z._____ et J._____, tous deux spécialistes en radiologie, a révélé la présence d'une

rupture transfixiante complète du tendon supra-épineux avec rétraction du moignon tendineux à l'apex de la tête humérale, une lésion du ligament coraco-huméral et une tendinopathie fissuraire du tendon du long biceps.

Examiné en date du 5 juillet 2018 par la Dre Q._____, médecin d'arrondissement auprès de la CNA, les diagnostics retenus ont été ceux de status après traumatisme du pied droit avec plaie et de l'épaule droite le 7 novembre 2017 ayant entraîné une fracture ouverte par écrasement du pied droit avec fracture non déplacée de la phalange proximale, une fracture comminutive raccourcie du 1^{er} métatarsien, une fracture déplacée des 2^e et 3^e métatarsiens et une fracture non déplacée du 4^e métatarsien, un status après parage de plaie et débridement le 7 novembre 2017, avec réduction ouverte et ostéosynthèse du 1^{er} métatarsien et embrochage à foyer ouvert des 2^e et 3^e métatarsiens du pied droit ainsi qu'un status après contusion de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite ayant entraîné une rupture transfixiante du sus-épineux avec rétraction du moignon tendineux à l'apex de la tête humérale, une lésion du ligament coraco-huméral et une tendinopathie fissuraire du tendon du long chef du biceps. Compte tenu de la présence d'une lésion de sa coiffe des rotateurs, et plus précisément une rupture transfixiante du tendon du sus-épineux qui ne semblait pas avoir été investiguée au G._____, le médecin d'arrondissement recommandait de prendre un second avis auprès d'un médecin spécialiste de l'épaule. Une fois le consilium de ce spécialiste obtenu, elle déciderait de la suite à donner au dossier (cf. rapport du 6 juillet 2018).

C'est dans ce cadre que l'assuré a été vu en consultation orthopédique le 23 juillet 2018 par le Dr R._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans son rapport du 31 juillet 2018, ce médecin a estimé que l'assuré souffrait d'une lésion de la coiffe des rotateurs intéressant principalement le supra-épineux, avec indication chirurgicale pour une réparation de la coiffe des rotateurs avec ténotomie du long chef du biceps. Il a ajouté que, malgré cette intervention, un travail de force ne pourrait pas être repris.

En date du 16 novembre 2018, l'assuré a subi une résection acromio-claviculaire distale, une ténotomie du long chef du biceps [LCB] et une suture du supra-épineux par des points transosseux au niveau de l'épaule droite, réalisées par les Drs X._____ et L._____, tous deux spécialistes en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

Selon l'arthro-IRM de l'épaule droite réalisée le 27 novembre 2019 par les Drs H._____ et D._____, spécialiste en radiologie, les tendons de l'assuré présentaient un aspect fin mais continu de la réparation tendineuse du supra-épineux et une amyotrophie de 30 % du muscle supra-épineux.

b) L'assuré a séjourné auprès du service de réadaptation de l'appareil locomoteur de W._____ (ci-après : W._____) du 3 au 31 décembre 2019 pour des thérapies physiques et fonctionnelles pour la douleur de l'épaule et du pied droits.

Par rapport du 9 décembre 2019 concernant une radiographie du pied des deux côtés du 6 décembre 2019, la Dre F._____, spécialiste en radiologie, a notamment observé la présence de géodes sous-chondrale du versant métatarsien de l'articulation métatarsophalangienne du premier rayon à droite, une ostéophytose marginale des métacarpophalangiennes et cunéométatarsienne des premiers rayons à droite comme à gauche en faveur d'une arthrose.

Durant ce séjour, l'assuré a également bénéficié d'une consultation orthopédique le 11 décembre 2019 par le Dr M._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Il ressort du rapport corrélatif du 13 décembre 2019 que la peau de l'assuré au niveau de la plaque pour la fracture du métatarsien était extrêmement fine, à deux doigts de se nécroser. Il fallait donc l'enlever vu la menace cutanée. Ce praticien a aussi constaté la consolidation des fractures et une raideur de l'avant-pied. Selon lui,

l'assuré souffrait de métatarsalgies de transfert qu'il fallait traiter par supports plantaires et chaussures adaptées.

Un ENMG [électroneuromyogramme] a été effectué le 20 décembre 2019 à la W._____ par le Dr C._____, spécialiste en neurologie, lequel n'a pas permis de confirmer l'existence d'une neuropathie tronculaire du cubital (ulnaire) droit du coude. Il n'en restait pas moins que la symptomatologie décrite semblait liée à une atteinte uniquement irritative et positionnelle du nerf ulnaire au coude, pour laquelle il a été donné à l'assuré des conseils de positionnement. En l'absence d'atteinte ENMG, aucune autre prise en charge n'était à envisager.

Une échographie du coude droit a été réalisée par la Dre F._____ le 20 décembre 2019. Son rapport du 24 décembre 2019 notait notamment la présence d'un épaissement, un aspect hyperéchogène et signal Doppler grade II du tendon conjoint des extenseurs en faveur d'une épicondylite.

A l'issue du séjour, le physiothérapeute a observé que la douleur restait un frein à toute forme de rééducation, notant que la thérapie en piscine avait été abandonnée pour cause d'exacerbation de la douleur du pied droit, même immergé jusqu'aux épaules et sans mouvements (cf. rapport de réadaptation de l'appareil locomoteur de [...]).

Par rapport corrélatif du 13 janvier 2020, les Drs BB._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et S._____ ont posé les diagnostics suivants au terme du séjour de l'assuré à la W._____ : sur le plan orthopédique, les médecins ont retenu une épicondylite droite et des signes d'arthrose débutante des deux pieds ; sur le plan neurologique, il était retrouvé une atteinte uniquement irritative et positionnelle du nerf ulnaire au coude droit clinique et l'absence de neuropathie tronculaire au nerf cubital (ulnaire) du coude (ENMG) ; sur le plan psychiatrique, aucun diagnostic n'a été retenu. Les plaintes et les limitations fonctionnelles s'expliquaient en partie par les lésions objectives

constatées pendant le séjour, mais il pouvait y avoir des facteurs contextuels influençant négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par l'assuré : une perception du handicap fonctionnel majeur et une focalisation sur la douleur élevée, tout cela associé à de nombreuses autolimitations. Dans les ateliers professionnels, l'assuré avait œuvré dans des activités simples avec peu de contraintes et la possibilité d'adapter les positions de travail. A ce stade, il n'arrivait pas à adhérer à un programme d'activités comportant des gestes simples et contraintes physiques peu importantes. De ce fait, le potentiel démontré était insuffisant pour envisager un retour à l'activité antérieure. A terme et selon évolution, une réflexion sur des alternatives professionnelles devait être menée. Une poursuite de la physiothérapie à proprement parler n'était pas indiquée au vu du manque d'évolution durant le séjour, mais il était prescrit à l'assuré des séances ciblées afin de traiter l'épicondylite diagnostiquée en fin de séjour. Au niveau des limitations fonctionnelles provisoires, les médecins ont retenu qu'en raison de ses atteintes au pied droit, l'assuré devait éviter le port de charges répétitif jusqu'à 10-15kg et la marche prolongée, alors que l'état de son épaule droite empêchait le travail prolongé avec le membre supérieur droit au-dessus du plan des épaules, les activités nécessitant de la force ou des mouvements répétés du membre supérieur droit et activités avec le membre supérieur en porte-à-faux. La situation n'était pas stabilisée du point de vue médical compte tenu de la proposition faite à l'assuré pour une ablation du matériel d'ostéosynthèse en regard du 1^{er} métatarse sur le pied droit.

Adressé pour une consultation au Centre du pied le 16 janvier 2020 auprès des Drs CC._____ et DD._____, tous deux spécialistes en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, en raison des douleurs neuropathiques avec légère composante mécanique de l'avant-pied droit sur un statut post-écrasement en 2017, ces praticiens ont recommandé l'adaptation des supports plantaires et des chaussures orthopédiques afin d'améliorer les douleurs de type mécanique (cf. rapport du 5 février 2020). Pour les douleurs neuropathiques, ils l'ont adressé au Dr FF._____, spécialiste en

chirurgie plastique, reconstructive et esthétique et en chirurgie de la main, qui a vu l'assuré en consultation le 13 mars 2020.

Par rapport du 17 mars 2020, le Dr FF._____ a posé le diagnostic de douleurs chroniques de l'avant-pied droit après une fracture ouverte, étiologie mixte mécanique et neuropathique. Au status, la trophicité cutanée de la face dorsale de l'avant-pied droit était médiocre. Il y avait une hypoesthésie du versant médial du pied de la base du 1^{er} métatarsien jusqu'à l'articulation interphalangienne de l'hallux, quelques dysesthésies plantaires en regard des articulations métatarso-phalangiennes 1 à 3 ainsi que des orteils correspondants, quelques dysesthésies dans le territoire du nerf péronier superficiel. Le territoire du nerf sural, du nerf plantaire latérale et du rameau calcanéen était sans particularité. Il y avait un signe de Tinel positif à la percussion du trajet du nerf péronier superficiel à la face dorsale de la cheville avec irradiation à la face dorsale du pied. Des électrisations au niveau de la face dorso-médiale de l'articulation métatarso-phalangienne du hallux étaient provoquées lors de la percussion du trajet du nerf sural à la malléole externe et du tibial postérieur au tunnel tarsien.

Examiné par la Dre N._____, spécialiste en anesthésiologie, le 24 février 2020, cette dernière a observé chez l'assuré une marche à pieds nus difficile avec importante boiterie de décharge et incapacité de dérouler le pied, une marche sur pointes des pieds impossible pour les mêmes raisons, une peau fine, hyperpigmentée et adhérente au lieu de l'ancien traumatisme mais fermé et calme, pas de gradient thermique avec le côté controlatérale, une hyperkératose sous tête métatarses 5, une hypoesthésie sur le territoire nerf fibulaire superficiel ainsi que sur la face médiale du premier rayon du pied droit, un signe de Tinel positif à hauteur de la syndesmose sur le trajet du nerf fibulaire superficiel, mais pas de douleurs ni Tinel sous la malléole interne.

Selon le rapport du 27 mars 2020 faisant suite à la consultation du 2 mars 2020, le Dr L._____ a indiqué qu'il n'y avait pas de possibilité de prise en charge chirurgicale pour le moment chez l'assuré

qui présentait des cervico-brachialgies persistantes quinze mois et demi après une réinsertion de la coiffe. La qualité tendineuse ne permettait pas une nouvelle intervention. Les douleurs étaient assez globales et il pensait qu'il fallait privilégier une prise en charge en physiothérapie, d'autant plus que la situation était compliquée par une capsulite rétractile de l'épaule à droite.

Adressé par le Dr FF._____, l'assuré a été vu par le Dr GG._____, spécialiste en neurologie, le 2 juin 2020 pour un examen neurologique et neurophysiologique. Selon le rapport du même jour, ce praticien a constaté, à la suite de l'examen neurologique, que l'assuré boîtaît sur sa jambe à droite, qu'il ne déroulait pas, sans que des troubles neuromusculaires puissent clairement être identifiés, à part la cicatrice au niveau métatarsien où s'étaient également installées des hypomyotrophies. Les réflexes étaient préservés, la sensibilité était perturbée subjectivement dès le genou et surtout sur le dessus du pied mais également sous la plante du pied. A l'examen électroneurophysiologique, ce praticien obtenait des réponses de faible amplitude de la part du nerf péronier mais surtout tibial à droite, qui pouvaient être en relation avec une longue immobilité post-traumatique, due à l'absence de sollicitation à la marche du fait que l'assuré ne déroulait plus le pied. Il n'y avait pas d'indice pour des lésions plus proximales. Les neurographies sensibles au niveau du nerf péronier superficiel et des nerfs médiaux et latéraux plantaires donnaient des résultats satisfaisants. Les dernières terminaisons nerveuses du dessus des orteils, surtout du nerf péronier superficiel, n'étaient pas accessibles à la neurographie, mais elles étaient probablement endommagées par la fracture et le tissu cicatriciel. En comparaison avec l'autre côté, il ne constatait pas de signe pour une polyneuropathie systémique ou une neuropathie multifocale, et les douleurs étaient très probablement d'un côté neuropathiques périphériques, mais également orthopédiques.

Dans son rapport du 15 juin 2020, le Dr FF._____ a expliqué que l'ENMG n'avait pas montré de compression focale nerveuse notamment sur le nerf péronier superficiel, les douleurs restaient

handicapantes avec un périmètre de marche limité à 100 mètres. Les troubles sensitifs étant à cheval sur plusieurs territoires tronculaires et l'ENMG ne montrant pas de signe de compression, il ne retenait pas d'indication opératoire quant à une éventuelle neurolyse.

c) Le 24 septembre 2020, l'assuré a été revu par la Dre Q._____ pour un examen final CNA. Il ressort de son rapport qu'elle a retenu les diagnostics de douleurs du pied droit et de l'épaule droite dans les suites d'un traumatisme du pied et de l'épaule droits le 7 novembre 2017 avec fracture ouverte par écrasement du pied droit (fracture non déplacée de la phalange proximale, fracture comminutive raccourcie du 1^{er} métatarsien, fracture déplacée des 2^e et 3^e métatarsiens et fracture non déplacée des 4^e et 5^e métatarsiens), une rupture transfixiante complète du tendon supra-épineux avec rétraction du moignon tendineux à l'apex de la tête humérale, lésion du ligament coraco-huméral, tendinopathie fissuraire du tendon du LCB, discrète arthropathie acromio-claviculaire, synovite, amyotrophie du supra-épineux (IRM du 27 février 2018) et le 6 décembre 2019, un début d'arthrose métatarso-phalangienne du 1^{er} rayon à droite, métatarso-phalangiennes et cunéo-métatarsienne des premiers rayons des deux côtés [ddc] (radiographies). Objectivement, ce médecin n'a pas constaté d'amyotrophie manifeste que ce soit de la ceinture scapulaire, du bras droit ou de la jambe droite. Il existait une différence de 0.5 cm au niveau de la jambe droite et du bras droit qui était peu significative mais relevait d'une sous-utilisation du membre supérieur droit et du membre inférieur droit confirmée également par l'examen neurophysiologique effectué en juin 2020 par le Dr GG._____ qui notait une réponse de faible amplitude de la part du nerf péronier et tibial droit en relation avec une longue immobilité et également l'absence de sollicitations à la marche du fait que le patient ne déroulait plus le pied. Il n'y avait pas d'élément pouvant expliquer les plaintes de l'assuré hormis une petite neuropathie périphérique expliquée par des terminaisons nerveuses distales au-dessus des orteils pouvant avoir été endommagées par la fracture et le tissu cicatriciel. La mobilité de l'épaule droite était restreinte dans toutes les amplitudes articulaires, tout comme la mobilité de la cheville droite mais

les plaintes de l'assuré, avec des douleurs qui touchaient l'ensemble du membre inférieur droit et du membre supérieur droit, ne pouvaient être expliquées par les seules suites de l'événement du 7 novembre 2017 qui avait touché les métatarsiens et la phalange proximale du premier rayon. Il en était de même au niveau de l'épaule où une capsulite rétractile paraissait peu probable du fait des discordances entre la mobilité passive et active relevées lors du séjour à la W._____. Sur le plan médical, la situation était stabilisée. Il n'y avait plus d'opération chirurgicale ni de traitement médical qui puissent améliorer l'état de santé de l'assuré.

A l'issue de son examen, la Dre Q._____ a retenu les limitations fonctionnelles suivantes : au niveau du pied droit : pas de marche prolongée ni de marche en terrains irréguliers et pas de port de charges répétitif supérieures à 10 kg. Au niveau de l'épaule droite : pas de travail prolongé avec le membre supérieur droit au-dessus du plan des épaules, pas d'activité nécessitant de la force ou des mouvements répétés du membre supérieur droit, pas d'activité avec le membre supérieur droit en porte-à-faux et pas de port de charges avec le membre supérieur droit de plus de 5 kg. Dans une activité adaptée, respectant strictement ces limitations fonctionnelles, la capacité de travail était entière sans diminution de rendement. Dans l'activité habituelle de manutentionnaire, une incapacité de travail totale devait être reconnue de manière définitive.

Concernant l'estimation de l'atteinte à l'intégrité [IPAI], la Dre Q._____ a considéré que l'assuré présentait un début d'arthrose métatarso-phalangienne du premier rayon à droite au niveau du pied droit qui ne correspondait pas à un taux d'atteinte à l'intégrité. Pour ce qui était de l'épaule droite, un taux de 5 % était admis selon la table 1 des atteintes à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres supérieurs, en retenant par analogie que les plaintes de l'assuré ainsi que la diminution des amplitudes articulaires en passif correspondaient à une omarthrose légère à moyenne.

d) Le 25 septembre 2020, la CNA a estimé, sur la base de l'examen médical précité, que la poursuite du traitement médical ne

pouvait apporter une amélioration significative de l'état de santé consécutif à l'accident, et a mis fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 31 octobre 2020.

Par décision du 13 octobre 2020, la CNA a déterminé, en prenant comme base les chiffres du niveau de compétences 1 de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) et en tenant compte d'une réduction de 5 % pour les limitations fonctionnelles qui affectaient l'assuré, un salaire de 65'542 fr. dans une activité adaptée. Comparé au revenu de 60'164 fr. que l'assuré réaliserait sans l'accident, il n'en résultait pas de perte. Sans diminution notable de la capacité de gain due à l'accident, l'assuré n'avait pas droit à une rente d'invalidité. Quant au montant de l'IPAI, il a été fixé à 7'410 francs (5 % de 148'200 francs).

Le 12 novembre 2020, l'assuré, représenté par Me Corinne Monnard Séchaud, s'est opposé à la décision précitée.

Par rapport du 23 février 2021, les Drs CC._____ et HH._____ ont indiqué que l'assuré souffrait de douleurs chroniques persistantes, majoritairement neurologiques, associées à une importante atrophie cutanée en regard de l'avant-pied, des dysesthésies et paresthésies comme également une raideur importante des articulations métatarso-phalangiennes 1 à 5. Elles ne retenaient toutefois pas d'indication à une prise en charge chirurgicale en l'absence d'une origine mécanique claire et proposaient la poursuite du traitement conservateur.

Après avoir obtenu des prolongations de délai, l'assuré a, par courrier du 31 mars 2021, complété son opposition et indiqué que, compte tenu de son état psychique, il avait dû consulter un médecin psychiatre dès le 7 décembre 2020, joignant une attestation médicale établie le 9 mars 2021 par la Dre JJ._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, posant les diagnostics d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique et d'état de stress post-traumatique. Par ailleurs, à cette occasion, l'assuré a annoncé avoir confié une analyse de son cas à des médecins spécialistes, avec la production d'un prochain rapport, et

réclamé une instruction du volet psychiatrique par la CNA au moyen d'une expertise.

La CNA a rendu une décision sur opposition le 15 avril 2021, confirmant sa précédente décision et rejetant l'opposition de l'assuré. La CNA a alors relevé que l'assuré alléguait continuer à présenter une incapacité de travail dans toute activité, y compris adaptée, et qu'il devait se soumettre à des traitements médicaux, mais ne contestait pas l'appréciation du médecin d'arrondissement selon laquelle pour les seuls troubles somatiques de l'accident, il n'existait aucune mesure thérapeutique susceptible d'améliorer sensiblement son état de santé. S'agissant des troubles psychiques allégués par l'assuré dans son opposition complémentaire du 31 mars 2021, ils ne se trouvaient manifestement pas en relation de causalité adéquate avec l'accident du 7 novembre 2017, aucun critère défini par la jurisprudence n'étant rempli. A toutes fins utiles, la CNA confirmait accorder pleine valeur probante à l'appréciation médicale faite par son médecin d'arrondissement, qui avait été rédigée en pleine connaissance du dossier médical de l'assuré et après un examen clinique de ce dernier.

B. **a)** Par acte du 12 mai 2021, P._____, toujours représenté par Me Monnard Séchaud, a recouru à l'encontre de la décision précitée par devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à la réforme de la décision sur opposition en ce sens que la CNA soit tenue de prendre en charge les suites de l'évènement du 7 novembre 2017 et, subsidiairement, à l'annulation de la décision querellée et au renvoi de la cause à la CNA pour reprise d'instruction dans le sens des considérants.

Il a fait valoir une violation de la maxime inquisitoire et de son droit d'être entendu, dans la mesure où la CNA avait refusé de prolonger le délai requis pour produire des documents médicaux indispensables pour apprécier les atteintes à la santé et leurs conséquences sur sa capacité de travail.

A l'appui de son recours, l'assuré a produit une expertise médicale du 26 mars 2021 réalisée par le Drs LL._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et MM._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, lesquels indiquaient que son état de santé n'était pas stabilisé s'agissant de son épaule droite. Selon ces praticiens, une arthro-IRM de l'épaule droite aurait d'ailleurs dû être effectuée par le médecin d'arrondissement de la CNA afin d'évaluer la cicatrisation du tendon sus-épineux, le Dr LL. _____ ayant effectué une échographie de l'épaule droite qui relevait un tendon sus-épineux très fin, voire absent.

Concernant l'atteinte au pied droit, le médecin d'arrondissement de la CNA n'avait pas pris en compte les douleurs neuropathiques qui étaient une complication connue après un traumatisme par écrasement du pied. Il y avait des raideurs articulaires, ainsi que de l'amyotrophie parlant en faveur d'une sous-utilisation du membre inférieur droit dans un contexte douloureux.

S'agissant de l'atteinte psychique, aucune mesure d'investigation médicale n'avait été mise en œuvre sur la question de la causalité naturelle entre les atteintes psychiques dont il souffrait et l'accident subi.

Pour ce qui était de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, le Dr LL._____ n'avait pas pu fixer son taux pour l'épaule droite puisque l'état de santé n'était pas stabilisé. Toutefois, concernant le pied droit, ce praticien estimait le taux d'atteinte à l'intégrité à 10 %, en prenant en compte les tables d'indemnisation de la CNA s'agissant des troubles fonctionnels douloureux après fracture - luxation de Lisfranc ou des métatarses - qui donnaient une atteinte à l'intégrité de 10-25 %.

A titre de mesure d'instruction, si la Cour de céans devait considérer l'expertise du Dr LL._____ comme n'ayant pas de valeur probante, l'assuré requérait la mise en œuvre d'une expertise médicale sur l'atteinte à la santé des suites de l'accident du 7 novembre 2017.

b) Par réponse du 26 août 2021, la CNA a conclu à ce que la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal admette partiellement le recours dans le sens où l'indemnité pour atteinte à l'intégrité soit fixée à 20 %, le recours devant être rejeté pour le surplus. Dans le cadre de la présente procédure, elle avait transmis le dossier au Centre de compétences de médecine d'assurance. La Dre NN._____, spécialiste en chirurgie, avait rendu une appréciation chirurgicale le 10 août 2021, par laquelle elle confirmait la stabilisation de l'état de santé de l'assuré ainsi que l'exigibilité. Elle avait en revanche soutenu que l'assuré avait droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 20 % (cf. table 4) au lieu de 5 %.

c) Par réplique du 2 novembre 2021, l'assuré a estimé que l'écart d'appréciation sur le taux d'atteinte à l'intégrité permettait de nier la valeur probante accordée par la CNA au rapport de la Dre Q._____. Invité à se déterminer sur le rapport de la Dre NN._____, le Dr LL._____ a rendu un rapport complémentaire non daté. L'assuré a également indiqué qu'au-delà de la violation du droit d'être entendu, la seule admission partielle des conclusions du recours par la CNA permettait de démontrer une violation de la maxime inquisitoire. Il a aussi expliqué qu'il était tout aussi contradictoire de retenir une IPAI largement supérieure, à savoir 20 % telle qu'évaluée par l'expert, mais de nier l'autre conclusion de cet expert, à savoir que l'état de santé de l'assuré n'était pas stabilisé en ce qui concernait l'épaule droite.

d) Par duplique du 13 janvier 2022, la CNA a constaté qu'en l'absence d'élément contradictoire l'appréciation dûment motivée de la Dre NN._____ avait une pleine valeur probante, produisant une brève appréciation médicale de cette praticienne datée du 21 décembre 2021.

e) L'assuré s'est à nouveau déterminé le 11 mars 2022. Se prononçant sur l'appréciation de la Dre NN._____, le Dr LL._____ a rendu un rapport le 15 février 2022. Par ailleurs, l'assuré a également produit un rapport du 14 juin 2021 du Dr PP._____, spécialiste en

médecine interne générale et en rhumatologie, précisant que la CNA n'avait pris en compte ni les investigations médicales et avis de ce médecin ni ceux du Dr LL._____.

f) La CNA a pris position le 17 mai 2022. Après soumission du cas à la Dre NN._____, laquelle a rendu une appréciation médicale complémentaire le 16 mai 2022, elle a confirmé entièrement ses précédentes prises de position.

g) Dans ses déterminations du 11 juillet 2022, l'assuré a produit un nouveau rapport du 8 juillet 2022 des Drs LL._____ et MM._____ ainsi qu'un rapport du 13 juin 2022 du Dr PP._____.

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. 38 al. 4 let. a LPGA et 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) Sur le plan formel, le recourant invoque une violation du droit d'être entendu (art. 29 al. 2 Cst.) ainsi qu'une violation de la maxime inquisitoire. Sous l'angle matériel, le litige porte sur le point de savoir si l'état de santé de l'assuré peut être considéré comme stabilisé, ouvrant

l'examen du droit à une rente et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité ou si le versement des indemnités journalières et le paiement des frais médicaux doit se poursuivre.

b) A toutes fins utiles, il sera relevé que selon le Tribunal fédéral, la suspension des prestations provisoires et la liquidation du cas avec examen des conditions du droit à la rente sont des questions si étroitement liées entre elles qu'il faut partir du principe qu'il s'agit d'un seul objet du litige. Vu que l'art. 19 al. 1 LAA fait coïncider la suspension des prestations provisoires avec l'examen, le cas échéant la fixation du droit à la rente, il n'y a pas de place pour une pratique divergente, selon laquelle on se trouverait en présence de deux objets litigieux différents lorsqu'il est question de la suspension des indemnités journalières et du traitement médical d'une part, et de l'examen des conditions du droit à la rente d'autre part (ATF 144 V 354 ; TF 8C_619/2018 du 7 mars 2019 consid. 3.3).

Au vu de la jurisprudence précitée, il doit être admis qu'en rendant, le 15 avril 2021, une décision formelle de refus de droit à la rente et d'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5 %, la CNA a, par voie de conséquence, également refusé formellement la poursuite du versement des indemnités journalières et la prise en charge du traitement médical.

3. Il convient tout d'abord d'examiner les griefs formels soulevés par le recourant.

a) Le recourant se prévaut d'une violation de son droit d'être entendu dans la mesure où l'intimée a refusé de prolonger le délai d'opposition requis pour produire les documents médicaux indispensables pour apprécier les atteintes à sa santé et leurs conséquences sur sa capacité de travail. Le recourant se prévaut également d'une violation du devoir d'instruction, reprochant à l'intimée d'avoir « refus[é] (...) un ultime délai - dûment justifié - et dès lors en ne prenant pas en compte le rapport d'expertise privée annoncé » (cf. acte de recours du 12 mai 2021)

et « la seule admission partielle des conclusions du recours permet[tant] de démontrer une telle violation » (cf. réplique du 2 novembre 2021). Dans ses déterminations du 11 juillet 2022, le recourant a indiqué que la décision sur opposition était « prématurée » engendrant une violation de la maxime inquisitoire et du droit d'être entendu.

aa) La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu (art. 29 al. 2 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101]), en particulier, le droit de chaque personne de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 146 IV 218 consid. 3.1.1 ; 142 II 218 consid. 2.3 ; et références citées).

Le droit d'être entendu garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. comprend notamment le droit pour toute partie de produire des preuves pertinentes, d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuves pertinentes, lorsque cela est de nature à influencer sur la décision à rendre (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 143 V 71 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1). Il n'y a toutefois pas violation du droit à l'administration de preuves lorsque la mesure probatoire refusée est inapte à établir le fait à prouver, lorsque ce fait est sans pertinence ou lorsque, sur la base d'une appréciation des preuves dont elle dispose déjà, l'autorité parvient à la conclusion que les faits pertinents sont établis et que le résultat de la mesure probatoire sollicitée ne pourrait pas modifier sa conviction (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

bb) Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des

prétentions en cause soient suffisamment élucidés. Dans la conduite de la procédure, l'assureur dispose d'un large pouvoir d'appréciation en ce qui concerne la nécessité, l'étendue et l'adéquation de recueillir des données médicales (TF 9C_1012/2008 du 30 juin 2009 consid. 3.2.1 et la référence). Sont considérés comme nécessaires tous les moyens de preuve qui permettent d'établir les faits pertinents à l'application du droit. L'assureur n'a, au demeurant, pas à épuiser toutes les possibilités d'investigation, s'il estime, par une appréciation anticipée des preuves fournies par les investigations auxquelles il a déjà procédé, que certains faits présentent le degré de preuve requis par les circonstances et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (Jacques-Olivier Piguet, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n°9 ss ad art. 43 LPGa).

b) En l'occurrence, le recourant a bénéficié de trois prolongations de délai pour produire des rapports médicaux complémentaires (à savoir les 13 janvier 2021, 1^{er} mars 2021 et 2 avril 2021). Ce n'est que par courrier du 31 mars 2021 que le recourant a annoncé, pour la première fois, avoir confié une analyse de sa situation à des médecins spécialisés et attendre un prochain rapport, réclamant par la même occasion une prolongation de délai au 15 mai 2021. L'intimée a toutefois rendu sa décision sur opposition le 15 avril 2021, après avoir préalablement impartie au recourant une ultime prolongation de délai au 2 avril 2021, en expliquant que le recourant avait été rendu attentif au fait qu'au-delà du délai accordé il serait statué en l'état du dossier et que l'appréciation médicale du médecin d'arrondissement avait une pleine valeur probante. On ne saurait reprocher à l'intimée d'avoir estimé que les avis médicaux au dossier étaient suffisants, ce qui relève très majoritairement de l'appréciation des preuves, ces derniers étant nombreux, et l'intimée ayant laissé plusieurs mois au recourant pour compléter son opposition.

Au vu de la jurisprudence du Tribunal fédéral en la matière, on ne voit pas en quoi l'intimée aurait violé le droit d'être entendu du

recourant en refusant une nouvelle prolongation de délai pour produire une expertise privée, étant relevé au surplus que le recourant n'a produit le rapport d'expertise annoncé qu'avec son acte de recours du 12 mai 2021, alors même que cette expertise a été réalisée le 25 février 2021 et que le rapport corrélatif a été rendu le 26 mars 2021, c'est-à-dire avant la fin du délai du dernier délai de prolongation accordé au recourant et avant la reddition de la décision sur opposition.

Au demeurant, une éventuelle violation du droit d'être entendu devrait quoi qu'il en soit être tenue pour guérie, le recourant ayant eu la faculté d'exposer l'ensemble de ses moyens dans le cadre de la présente procédure de recours devant la Cour de céans qui statue avec un plein pouvoir d'examen en fait et en droit. Il a en particulier pu produire le rapport d'expertise privée précitée qu'il allègue ne pas avoir eu l'occasion de produire dans le cadre de la procédure d'opposition (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2 ; 135 I 279 consid. 2.6.1).

c) Le grief relatif à un défaut d'instruction porte en réalité sur le résultat de l'appréciation des preuves, de sorte qu'il sera examiné avec le fond du litige avec la question de la valeur probante des différents rapports médicaux.

d) Il résulte de ce qui précède que le droit d'être entendu du recourant et le devoir d'instruction de l'intimée n'ont pas été violés. La décision déferée est formellement valable.

4. Il convient dès lors de se prononcer sur le fond du litige.

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), l'indemnité journalière si l'assuré est totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident

(art. 16 al. 1 LAA), le versement d'une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA) et une indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 24 al. 1 LAA).

aa) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière sans l'événement accidentel. 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 la personne assurée, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 ; 142 V 435 consid. 1 et les références). 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 ou, 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). Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1).

bb) 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 148 V 138 consid. 5.1.1 et les références).

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) :

- 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_816/2021 du 2 mai 2022 consid. 3.3 et les références).

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 la personne assurée - 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_95/2021 du 27 mai 2021 consid. 3.2) - et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA). Il appartient alors à l'assureur-accidents de clore le cas en mettant fin aux frais de traitement ainsi qu'aux indemnités journalières, en examinant le droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. L'utilisation du terme « sensible » par le législateur montre que l'amélioration que doit amener une poursuite du traitement médical doit être significative. Ni la possibilité lointaine d'un résultat positif de la poursuite d'un traitement médical ni un progrès thérapeutique mineur à attendre de nouvelles mesures - comme une cure thermale - ne donnent droit à sa mise en œuvre (TF 8C_142/2017 du 7 septembre 2017 consid. 4 et la référence citée). Il ne suffit pas non plus qu'un traitement physiothérapeutique puisse éventuellement être bénéfique pour la personne assurée (TF 8C_736/2017 du 20 août 2018 consid. 4.1 et la référence citée). Dans ce contexte, l'état de santé doit être évalué de manière prospective (TF 8C_235/2020 du 15 février 2021 consid. 2.3).

5. a) Pour 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).

b) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. 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).

c) Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci 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. **a)** En l'espèce, le recourant a été victime d'un accident en date du 7 novembre 2017 lors duquel il a subi des lésions à son épaule droite et à son pied droit, ce qui n'est pas contesté par l'intimée.

b) Le recourant fait grief à l'intimée d'avoir retenu à tort que son état de santé était stabilisé, se basant sur le rapport d'expertise du 26 mars 2021 des Drs LL._____ et MM._____, lequel doit se voir conférer pleine valeur probante, et d'avoir en conséquence mis fin au versement des indemnités journalières et au paiement des frais médicaux. Il expose qu'aux termes de ce document son état de santé au niveau de l'épaule droite ne peut être qualifié de stabilisé sans que ne soit complété l'instruction afin d'évaluer la cicatrisation du tendon sus-épineux, complément qui aurait dû être ordonné par le médecin d'arrondissement de la CNA. Le recourant se prévaut aussi des rapports établis en cours de procédure par les praticiens précités ainsi que par le Dr PP._____, confirmant la non-stabilisation de son état de santé, contrairement à l'avis des Dres Q._____ et NN._____, médecins d'arrondissement auprès de la CNA.

Seule demeure litigieuse la question de la stabilisation de l'épaule droite, le recourant admettant que son pied droit doit être considéré comme stabilisé, ce qui ressort d'ailleurs du rapport d'expertise du 26 mars 2021 des Drs LL._____ et MM._____. Il s'agit donc de trancher le point de savoir si l'état de santé du recourant était stabilisé au 31 octobre 2020, à savoir s'il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration au-delà de cette date.

aa) S'agissant de l'épaule droite, dans un premier temps, à la suite de l'examen du recourant le 25 février 2021, les Drs LL._____ et MM._____ ont recommandé de compléter les examens par une arthro-IRM afin d'évaluer la cicatrisation du tendon sus-épineux et ont estimé, ce faisant, que l'état de santé du recourant n'était pas stabilisé. Ils avaient en effet effectué une échographie de l'épaule droite qui retrouvait un tendon

sus-épineux très fin, voire absent (cf. rapport d'expertise du 26 mars 2021).

Or la simple réalisation d'un tel examen ne saurait être de nature à remettre en cause le constat d'une stabilisation de l'état de santé du recourant, ces médecins ne préconisant au surplus aucun traitement médical visant à améliorer sensiblement son état de santé, ce qu'a d'ailleurs relevé la Dre NN. _____ (cf. appréciation chirurgicale du 10 août 2021).

Ce n'est donc que, dans un deuxième temps, que le Dr LL. _____ a ajouté, dans son rapport complémentaire non daté, que si l'arthro-IRM venait à confirmer l'absence de cicatrisation du tendon, une option chirurgicale de type prothèse totale inversée de l'épaule pourrait être proposée. Le Dr LL. _____ a ensuite expliqué que, selon son interprétation de l'arthro-IRM du mois de novembre 2019, le tendon sus-épineux était très fin, voire non continu par endroits, donc non cicatrisé. L'échographie effectuée lors de l'expertise privée était un argument supplémentaire en faveur d'une non-cicatrisation de ce tendon. Sur le plan chirurgical, ce praticien a toutefois nuancé son appréciation en soulignant qu'il n'y avait pas de possibilité de réparer le tendon sus-épineux tout en affirmant qu'une opération pour mise en place d'une prothèse totale inversée de l'épaule pouvait être proposée sans toutefois exposer qu'une sensible amélioration pourrait être attendue (cf. rapport du 15 février 2022). Comme l'a constaté à juste titre la Dre NN. _____ (cf. appréciations des 10 août, 21 décembre 2021 et 16 mai 2022), le recourant a été vu par le Dr L. _____ en mars 2020 et ce spécialiste a indiqué qu'il n'y avait pas de possibilité de prise en charge chirurgicale, la qualité tendineuse ne permettant pas une nouvelle intervention, privilégiant une prise en charge en physiothérapie (cf. rapport du 27 mars 2020). Aucun autre médecin, à part le Dr LL. _____, n'évoque la pose d'une prothèse. Même le Dr PP. _____ - le recourant ayant pourtant produit ses rapports pour démontrer une non-stabilisation de l'état de son épaule - a proposé la continuation de la prise en charge de la physiothérapie sans suggérer de traitement chirurgical (cf. rapports des

14 juin 2021 et 13 juin 2022). Par ailleurs, bien que le Dr LL._____ ait une interprétation divergente de l'arthro-IRM du 27 novembre 2019, les conclusions de cette arthro-IRM sont claires en ce sens que les Drs H._____ et D._____, médecins ayant procédé à l'examen, ont observé que l'assuré présentait un aspect fin mais continu de la réparation tendineuse du supra-épineux (cf. arthro-IRM du 27 novembre 2019), sans qu'il soit fait mention d'un tendon sus-épineux non continu par endroits donc non cicatrisé. L'ultrason de l'épaule droite, dont fait mention le Dr PP._____, dans son rapport du 14 juin 2021, ne fait également pas état de perte de continuité du tendon sus-épineux.

En définitive, aucun des médecins du recourant ne décrit une intervention chirurgicale ou un traitement qui pourrait être proposé en l'état pour améliorer sensiblement l'état de l'épaule, suggérant une non-stabilisation de celle-ci. La poursuite d'un traitement de physiothérapie, comme en l'espèce à raison de deux fois par semaine depuis trois ans n'a pas non plus permis d'amélioration. Au demeurant, conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral (TF U 551/06 du 14 décembre 2017 consid. 7.3), une thérapie consistant en de la physiothérapie ne constitue pas en soi un traitement susceptible d'améliorer notablement l'état de santé d'un assuré.

Faute de proposition médicale et thérapeutique, en l'absence d'un rapport médical d'un autre médecin, les conclusions de l'avis de la Dre NN._____ devaient se voir accorder une pleine valeur probante, cette praticienne ayant au surplus pris en compte l'ensemble du dossier médical avant de conclure à une stabilisation de l'épaule droite.

bb) A toutes fins utiles, comme l'a souligné l'intimée, en cas de péjoration de l'état de santé du recourant amenant à conclure qu'une intervention - type pose d'une prothèse par exemple - s'avérerait nécessaire, cet évènement devrait être annoncé comme une rechute. Un tel procédé est conforme à la jurisprudence et ne saurait être qualifié d'arbitraire (cf. art. 11 OLAA [ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]).

cc) Quant à l'existence d'une capsulite rétractile évoquée par le recourant dans sa réplique, il faut noter que selon le rapport médical de consultation ambulatoire du 23 avril 2018 du Dr K._____, la situation avait été discutée avec le Dr L._____ qui avait retenu une capsulite au décours. Bien que ce diagnostic ait été brièvement évoqué, il ne faut pas oublier que le recourant a subi une intervention en novembre 2018 (cf. appréciation chirurgicale du 10 août 2021 de la Dre NN._____) et que selon la Dre Q._____ une capsulite était peu probable du fait des discordances entre la mobilité passive et active notée lors du séjour à la W._____ en fin d'année 2019 (cf. rapport du 24 septembre 2020), les Drs LL._____ et MM._____ ne retenant d'ailleurs pas ce diagnostic dans leur rapport d'expertise du 26 mars 2021. Par surcroît, il faut ajouter que la capsulite rétractile présente une durée généralement limitée dans le temps et est suivie d'une restitution fonctionnelle dans l'écrasante majorité des cas selon l'évolution théorique rapportée dans la doctrine médicale (cf. Pierre-Alain Buchard/Cyrille Burrus/François Lüthi/Nicolas Theumann/ Nicolas Riand/Michel Konzelmann, La capsulite rétractile de l'épaule : mise au point en 2017, *in* Revue Médicale Suisse [RevMed] 2017/13, p. 1707).

dd) Pour ce qui est des bursites interépineuses et des discopathies des derniers niveaux lombaires sans franc conflit évoquées par le Dr PP._____ dans son rapport du 14 juin 2021, aucun autre élément au dossier ne permet de confirmer leurs existences. Les Drs LL._____ et MM._____ ne les retiennent d'ailleurs pas au titre de diagnostic (cf. rapport d'expertise du 26 mars 2021), de sorte que ces atteintes ne sauraient être retenues.

ee) Il résulte de ce qui précède qu'au plan somatique, l'intimée était fondée à considérer que l'état de santé du recourant était stabilisé au 31 octobre 2020, y compris s'agissant de l'épaule, et à statuer sur le droit à la rente en mettant de ce fait fin au versement des indemnités journalières et à la prise en charge du traitement médical. Le grief formulé par le recourant à cet égard est infondé et doit être rejeté.

c) Cela étant, il ressort du dossier que le recourant se prévaut en outre d'avoir présenté des troubles psychiques dans les suites de son accident, étant précisé qu'avant l'attestation médicale du 9 mars 2021 de la Dre JJ._____, produite dans le cadre de l'opposition, aucun diagnostic psychiatrique n'a été posé (cf. rapport du 13 janvier 2020 de la W._____) et qu'un suivi psychiatrique n'est attesté que depuis le 7 décembre 2020 sans que la fréquence ne soit indiquée.

Or, même si l'on admettait que la symptomatologie dépressive et l'état de stress post-traumatique – ce dernier diagnostic semblant toutefois être en lien avec des violences passées subies par le recourant – étaient en relation de causalité naturelle avec l'accident assuré – question qui peut demeurer ouverte en l'espèce –, il ne serait en tout état de cause pas possible d'admettre que ces atteintes sont en relation de causalité adéquate avec celui-ci.

Si le fait de recevoir sur soi une porte de benne d'un poids considérable a pu subjectivement revêtir chez l'intéressé un caractère relativement impressionnant, le déroulement de l'accident n'apparaît pas du point de vue objectif – seul déterminant en l'espèce – particulièrement dramatique. Bien que l'intimée admette que cet accident puisse être qualifié de gravité moyenne, il faut encore un cumul de trois critères au moins parmi les sept consacrés par la jurisprudence ou que l'un des critères se manifeste avec une intensité particulière pour que le caractère adéquat de l'atteinte psychique soit admis (TF 8C_249/2018 du 12 mars 2019 consid. 5.1 et la référence citée). Or tel n'est pas le cas en l'espèce. En effet, l'événement litigieux ne présentait pas de circonstances concomitantes particulièrement dramatiques et n'a pas causé de lésions physiques propres à entraîner des troubles psychiques. De même, il n'y a pas eu d'erreur dans le traitement médical. Outre deux interventions chirurgicales dont les suites ont été simples, celui-ci a consisté pour l'essentiel en un traitement antalgique et conservateur, sous la forme de physiothérapie. Il n'existe pas, à proprement parler, d'indices pour admettre des difficultés ou des complications au cours de la guérison,

hormis la persistance de la symptomatologie douloureuse. A cet égard, la Dre Q. _____ avait déjà relevé, lors de son examen du 5 juillet 2018, des discordances entre les plaintes qui étaient très importantes avec des intensités extrêmement élevées et un recourant calme et très passif avec des douleurs qui étaient discordantes par rapport aux constatations cliniques ou radiologiques objectives. De nombreux facteurs extra-médicaux entraient en ligne de compte, à savoir que le recourant n'avait pas de formation professionnelle, ne parlait pas le français, et que son épouse était à l'assurance-invalidité depuis deux-trois ans (cf. rapport du 6 juillet 2018). Les médecins de la W. _____ avaient du reste souligné l'importance des facteurs contextuels dans les plaintes et les limitations mentionnées par l'intéressé ; outre une focalisation sur la douleur élevée, une perception du handicap fonctionnel majeur associée à de nombreuses autolimitations influençaient défavorablement les aptitudes fonctionnelles du recourant (cf. rapport du 13 janvier 2020). Or l'intensité des douleurs doit être examinée au regard de leur crédibilité ainsi que de l'empêchement qu'elles entraînent dans la vie quotidienne (ATF 134 V 109 consid. 10.2.4 ; TF 8C_459/2017 du 16 avril 2018 consid. 5.2). Quant au critère du degré et de la durée de l'incapacité de travail, 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_208/2016 du 9 mars 2017 consid. 4.1.2). En l'espèce, l'appréciation de la Dre Q. _____ selon laquelle le recourant est objectivement en mesure d'exercer à 100 % une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles depuis l'examen final du 24 septembre 2020 n'est pas véritablement contredite, les LL. _____ et MM. _____ ne se prononçant pas sur une capacité de travail dans une activité adaptée. Ce critère ne peut donc pas être retenu. Ainsi, il n'est pas démontré – au stade de la vraisemblance prépondérante – que trois de ces critères seraient remplis de sorte qu'il y a lieu de nier l'existence d'un rapport de causalité adéquate entre les troubles psychiques du recourant et l'événement litigieux.

En fin de compte, aucune des conditions alternatives pour qu'un lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques et un accident de gravité moyenne soit admis n'est réalisée dans le cas présent. En l'absence de causalité adéquate, la question de la stabilisation de l'état psychique ne se pose pas.

d) Le grief du recourant doit ainsi être rejeté et la stabilisation confirmée. La cessation du paiement des soins médicaux (sous réserve du remboursement du traitement antalgique et des chaussures orthopédiques sur prescription médicale) et des indemnités journalières au 31 octobre 2020 est donc justifiée.

7. a) Pour l'examen du droit à la rente, l'intimée a admis une pleine capacité de travail dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles retenues par la Dre NN._____, à savoir pour le pied droit : « éviter les marches répétées sur terrain accidenté, les marches prolongées, les descente et montée d'escaliers/d'échelles répétées et le port de charge répété supérieur à 15 kg » et au niveau de l'épaule droite : « les mouvements répétés du membre supérieur droit au-dessus du plan des épaules, les activités nécessitant de la force ou des mouvements répétés du membre supérieur droit et le port de charges répété avec le membre supérieur droit de plus de 10 kg » (ces limitations rejoignant celles retenues par la Dre Q._____).

Le recourant critique l'évaluation de sa capacité de travail au regard de ses atteintes invalidantes et des limitations fonctionnelles consécutives. En réalité, il plaide une prise en compte plus large de ses douleurs au pied droit qui auraient pour conséquence une capacité de travail nulle, y compris dans une activité adaptée.

b) Ainsi qu'il a été examiné ci-avant, les atteintes psychiques alléguées par le recourant ne peuvent pas être mises en relation de causalité avec l'accident et ne sont ainsi pas pertinentes pour définir les limitations fonctionnelles à la suite de l'accident du 7 novembre 2017, partant doivent être exclues.

Il sied ensuite de constater concernant le pied droit que le recourant ne discute ni de l'exigibilité ni des limitations fonctionnelles retenues par la Dre NN._____, étant précisé que les limitations fonctionnelles retenues par les Drs LL._____, et MM._____ sont semblables à celles retenues par la Dre NN._____. Le Dr LL._____ n'a pas attesté que les douleurs devaient être considérées comme incapacitantes et justifiaient de retenir des limitations fonctionnelles supplémentaires. Le Dr PP._____ n'a pas non plus proposé de limitations fonctionnelles supplémentaires en lien avec une douleur incapacitante.

Dans tous les cas, les médecins, tant ceux consultés par le recourant comme les Drs LL._____ et MM._____ (cf. p. 47 du rapport d'expertise du 26 mars 2021) que les médecins de l'intimée (Dres Q._____ et NN._____), parlent d'un « comportement algique assez démonstratif », la manifestation des douleurs étant en disproportion avec les constatations objectives. Bien que le Dr GG._____ qui a effectué un examen neurologique et électroneurophysiologique a indiqué que les dernières terminaisons nerveuses du dessus des orteils, surtout le nerf péronier superficiel, non accessibles à la neurographie, étaient « probablement endommagées », ce praticien a également relevé que les neurographies sensibles au niveau du nerf péronier superficiel donnaient des résultats satisfaisants et qu'il y avait une absence de sollicitation à la marche du pied droit qui engendrait des réponses de faible amplitude du nerf péronier et tibial droit (cf. rapport du 2 juin 2020). Le Dr FF._____ a souligné que l'ENMG n'avait pas montré de compression focale nerveuse ni de signe de compression (cf. rapport du 15 juin 2020). Quant au Dr M._____, il a attribué les douleurs du recourant à des métatarsalgies de transfert (cf. rapport du 11 décembre 2019). Ainsi, il n'est pas établi que le recourant souffre d'une atteinte nerveuse à son pied droit, celle-ci n'étant pas objectivée.

Quoi qu'il en soit, on rappelle que la capacité de travail est une question qui doit être évaluée en premier lieu par un médecin et que le rôle de celui-ci est d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités

la personne assurée est incapable de travailler, en se fondant sur des constatations médicales et objectives, à savoir des observations cliniques qui ne dépendent pas uniquement des déclarations de l'intéressé, mais sont confirmées par le résultat des examens cliniques et paracliniques (ATF 140 V 193 consid. 3.2 ; TF 8C_96/2021 du 27 mai 2021 consid. 4.3.1). Dans leur expertise de mars 2021, les Drs LL._____ et MM._____ se déterminent sur le cas en fonction de leur anamnèse et à l'aide du score DN4 et concluent que la caractérisation des douleurs est classique des douleurs de type neuropathique. Ils corrélient ces douleurs neuropathiques avec leurs constatations objectives, c'est-à-dire « des raideurs articulaires et une amyotrophie en faveur d'une sous-utilisation du membre inférieur droit dans un contexte douloureux ». En outre ils se basent sur la littérature scientifique afin d'appuyer leur impression diagnostique. Les observations médicales des Drs LL._____ et MM._____ en faveur de douleurs neuropathiques post-traumatiques sont concluantes. Ces constatations sont aussi corrélées avec celles du Dr GG._____, lequel décrit dans son rapport de juin 2020 que « les dernières terminaisons nerveuses du dessus des orteils, surtout du nerf péronier superficiel ne sont pas accessibles à la neurographie mais probablement endommagées par la fracture et le tissu cicatriciel ». Ce médecin propose d'ailleurs un traitement de Lyrica® administré spécifiquement pour les douleurs neuropathiques. Finalement, les médecins de la consultation du Centre du pied au G._____ concluent dans leur rapport de janvier 2020 également à des « douleurs neuropathiques sur status-post écrasement en 2017 ».

Enfin, s'agissant de l'épaule droite du recourant, les Drs LL._____ et MM._____ ne décrivent aucune limitation fonctionnelle en lien avec cette atteinte, alors même que son état peut être considéré comme stabilisé (cf. consid. 6b *supra*), de sorte que seule l'appréciation de la Dre NN._____ est déterminante.

Il faut aussi constater que les médecins du recourant ne se prononcent pas non plus sur la capacité de travail dans une activité adaptée, ne remettant pas en cause qu'une activité adaptée serait exigible.

C'est ainsi à bon droit que l'intimée n'a pas tenu compte d'autres limitations fonctionnelles liées au pied droit et à l'épaule droite, et estimé la capacité de travail du recourant comme totale dans une activité adaptée aux limitations décrites par les médecins d'arrondissement de l'intimée. Les rapports de la Dre NN. _____ (lesquels rejoignent le rapport du 24 septembre 2020 de la Dre Q. _____ sur ce point) doivent ainsi se voir conférer pleine valeur probante.

c) L'intimée a pris en compte les revenus avec invalidité (65'542 fr. 36) et sans invalidité (60'164 fr.) pour la détermination du degré d'invalidité.

aa) 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).

bb) 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 144 I 103 consid. 5.3 ; 134 V 322 consid. 4.1). 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).

cc) 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. Lorsque la personne assurée 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 143 V 295 consid. 2.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1).

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 (TF 8C_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2). 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).

La personne assurée 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'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 146 V 16 consid. 4.1 ; 126 V 75).

dd) Il peut être relevé que c'est à juste titre que le revenu sans invalidité a été déterminé sur la base des indications fournies par l'employeur, conformément à la jurisprudence citée au-dessus.

Quant au revenu avec invalidité, l'intimée était fondée à se référer aux données de l'ESS 2018, étant donné que le recourant n'a pas repris d'activité lucrative.

L'abattement sur le revenu avec invalidité n'est pas non plus critiquable, l'ensemble des circonstances du cas particulier justifiant de procéder à une déduction.

d) L'intimée était par conséquent fondée à nier le droit à une rente, le degré d'invalidité du recourant n'atteignant pas le seuil de 10 % ouvrant le droit à une telle prestation.

8. En dernier lieu, il s'impose d'examiner la quotité de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité dont l'intimée a proposé dans le cadre de la présente procédure le réhaussement à concurrence de 20 %.

a) Le recourant fait valoir qu'en raison de l'état de santé non-stabilisé de son épaule droite, il est prématuré de statuer sur le taux d'atteinte à l'intégrité et qu'au niveau de son pied droit, le Dr LL. _____ a indiqué qu'une IPAI de 10 % au minimum devait lui être allouée.

Or, il a été démontré sous consid. 6b *supra* que l'état de l'épaule du recourant pouvait être considéré comme stabilisé, de sorte qu'il convient également de se prononcer sur le taux d'atteinte à l'intégrité en lien avec l'épaule.

b) 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).

L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre à une rente, lorsque le traitement médical est terminé (art. 24 al. 2 LAA). Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme (art. 19 al. 1, première phrase, LAA).

c) Aux termes de l'art. 25 al. 1 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital. Elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité, qui s'apprécie d'après les constatations médicales. C'est dire que chez toutes les personnes présentant le même status médical, l'atteinte à l'intégrité est la même ; elle est évaluée de manière abstraite, égale pour tous, de sorte qu'il n'est pas nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'elle entraîne pour la personne concernée (ATF 115 V 147 consid. 1 ; 113 V 218 consid. 4b ; TF 8C_566/2017 du 8 mars 2018 consid. 5.1). L'évaluation de l'atteinte à l'intégrité incombe avant tout aux médecins, qui doivent d'une part constater objectivement les limitations, et d'autre part, estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (TF 8C_566/2017 précité consid. 5.1 et la référence).

d) L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 de l'OLAA (art. 36 al. 2 OLAA). Cette annexe comporte un barème des atteintes à l'intégrité en pour cent du montant maximum du gain assuré. Ce barème - reconnu conforme à la loi - ne constitue pas une énumération exhaustive (ATF 124 V 29 consid. 1b, 113 V 218 consid. 2a). Il représente une « règle générale » (ch. 1,

première phrase, de l'annexe). Pour les atteintes qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il y a lieu d'appliquer le barème par analogie, en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1, deuxième phrase, de l'annexe). Le ch. 2 de l'annexe dispose au surplus qu'en cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence, aucune indemnité n'étant toutefois versée dans les cas pour lesquels un taux inférieur à 5 % du montant maximum du gain assuré serait appliqué. A cette fin, la Division médicale de la CNA a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA. Sans lier le juge, ces tables sont néanmoins compatibles avec l'annexe 3 OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc ; TF 8C_198/2020 du 28 septembre 2020 consid. 3.1) et permettent de procéder à une appréciation plus nuancée, lorsque l'atteinte d'un organe n'est que partielle.

En cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité dues à un ou plusieurs accidents, l'indemnité est fixée d'après l'ensemble du dommage (art. 36 al. 3, première phrase OLAA).

e) En l'espèce, l'intimée a admis de remonter l'IPAI à 20 % au total, soit 5 % pour le pied et 15 % pour l'épaule, ce que le recourant continue de contester.

aa) S'agissant du pied, les Drs LL._____ et MM._____ ont retenu que le recourant présentait des douleurs neuropathiques post-traumatiques avec une raideur de la cheville et des orteils secondaire à l'immobilisation. Selon les tables d'indemnisation de l'intimée, des troubles fonctionnels douloureux après fracture - luxation de Lisfranc ou des métatarses donnaient une atteinte à l'intégrité de 10-25 %. Par analogie, le recourant présentait des troubles fonctionnels douloureux après fracture des métatarses, estimant une atteinte à l'intégrité à 10 %.

Dans son appréciation du 10 août 2021, la Dre NN._____ a retenu un taux d'atteinte à l'intégrité pour le pied droit de 5 %. Prenant position sur le rapport du 26 mars 2021, la Dre NN._____ a indiqué que

le recourant n'avait pas subi une fracture - luxation du métatarse -, mais seulement des fractures de plusieurs métatarsiens, qui par ailleurs n'étaient ni fortement déplacées, ni intra-articulaires. Les fractures des métatarsiens 2-4 avaient été consolidées sans défaut d'axe. En s'arrêtant sur la dernière imagerie, elle constatait un léger raccourcissement du 1^{er} métatarsien, le 2^e métatarsien dépassant légèrement le 1^{er} métatarsien, qui étaient responsables des métatarsalgies de transfert, évoquées par le Dr M. _____ lors de la consultation du 11 décembre 2019. Cet état était par analogie tout au plus identique à une perte du 1^{er} orteil pour lequel il était retenu un taux de 5 %.

Or le Dr LL. _____ a estimé que les douleurs neuropathiques du pied droit, non prises en compte par la Dre NN. _____, étaient importantes dans la fixation de l'IPAI, corroborant ses propos par l'examen ENMG qui ne mettait pas en évidence d'atteinte nerveuse, mais « comme l'expliquait le Dr GG. _____, les dernières terminaisons nerveuses du dessus des orteils n'était pas accessibles à l'ENMG, mais elles étaient « probablement endommagées par la fracture et le tissu cicatriciel » (cf. rapport du 15 février 2022).

Les constatations de la Dre NN. _____ (cf. prise de position du 21 décembre 2021), selon lesquelles le recourant n'a pas présenté de luxation de Lisfranc ou encore du métatarse mais des fractures des métatarsiens, ne sont pas remises en cause par le Dr LL. _____ qui l'a admis dans son rapport du 15 février 2022. Par ailleurs, comme discuté sous consid. 7b *supra*, une atteinte nerveuse du pied droit a pu être objectivée et confirmée sur la base des constatations objectives au dossier. Il se justifie dès lors de tenir compte des douleurs neuropathiques post fracture par écrasement des métatarses 1 à 5 du pied droit dans le taux d'atteinte à l'intégrité. De plus, une importante raideur des orteils du pied droit est attestée par les différents médecins : « orteils très peu mobiles en passif » selon l'expertise des Drs LL. _____ et MM. _____ en mars 2021 ; « raideur importante des MTP 1 à 5 » selon les médecins du Centre du pied au G. _____ en février 2021 ; « limitation de mobilité très

importante des deux premiers orteils » selon le Dr PP._____ en juin 2021 ».

En l'absence de tableaux d'IPAI pouvant décrire toutes les atteintes à la santé possibles, dont le nombre est illimité, il convient en effet de faire des analogies avec les cas décrits dans les tableaux de l'intimée, c'est précisément ce que rappelle le Dr LL._____ dans son rapport du 15 février 2022.

Au vu de la perte de mobilité du pied droit liée aux douleurs post fractures des métatarses et à la raideur des orteils, l'analogie avec les troubles fonctionnels liés à une fracture-luxation des métatarses évoquée par le Dr LL._____, voire avec le blocage de tous les orteils, paraît davantage correspondre aux atteintes de l'assuré que la seule perte de l'hallux retenue par la Dre NN._____. Au demeurant, les radiographies initiales du pied droit montrent des fractures des métatarses significativement déplacées. Par conséquent, l'avis du Dr LL._____ selon lequel l'atteinte subie par le recourant ne peut pas s'apparenter uniquement à la perte du 1^{er} orteil convainc.

En intégrant l'ensemble des constatations médicales du Dr LL._____ sur l'état du pied droit du recourant, il se justifie de retenir un taux de 10 % - et non 5 % -, c'est-à-dire le seuil par analogie avec des troubles fonctionnels douloureux après fracture-luxation de Lisfranc ou des métatarses selon la table 2 des atteintes à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres inférieurs.

bb) Concernant l'épaule, le recourant maintient que son état n'est pas stabilisé, partant, il ne discute pas du taux de l'IPAI qui devrait être reconnu.

Dans son appréciation du 10 août 2021, la Dre NN._____ a retenu pour l'épaule droite que celle-ci présentait une mobilité jusqu'à l'horizontale - 90°. En se référant à la table 1 - atteinte à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres supérieurs -, une épaule

mobile jusqu'à 90° justifiait une indemnité pour atteinte à l'intégrité au taux de 15 %.

Le recourant ne conteste pas cette appréciation.

En se fiant au rapport de la Dre NN._____ lequel n'est contredit par aucun médecin, le taux de 15 % doit être confirmé.

cc) En définitive l'IPAI globale de 25 % (10 % + 15 %) doit être retenue, ce taux résultant d'une évaluation de l'ensemble du dommage subi par le recourant. Sur ce point le recours est donc partiellement admis.

9. Compte tenu de l'issue de la présente procédure, il n'y a pas lieu de donner suite à la requête du recourant tendant à la mise en œuvre d'une mesure d'instruction complémentaire sous la forme d'une expertise judiciaire « pour le cas où la Cour de céans devait retenir que l'expertise datée du 26 mars 2021 par les Drs LL._____ et MM._____ ne serait pas probante ». Ainsi qu'il a été exposé, les rapports des Drs LL._____, MM._____ et PP._____ ne sont pas de nature à remettre en doute la valeur probante des pièces médicales au dossier, notamment les avis de la Dre NN._____.

Le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause (appréciation anticipée des preuves ; ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.3 ; 130 II 425 consid. 2.1).

10. a) Au vu de ce qui précède, le recours doit être partiellement admis, en ce qui concerne l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, la décision sur opposition du 15 avril 2021 étant confirmée pour le surplus.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. fbis LPGA).

c) Vu le sort de ses conclusions, la partie recourante a droit à une indemnité de dépens réduite à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 1'500 francs, débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre intégralement à la charge de la partie intimée.

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

- I.** Le recours est partiellement admis.

- II.** La décision sur opposition rendue le 15 avril 2021 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est réformée, en ce sens que le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixé à 25 %, la décision déférée étant confirmée pour le surplus.

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

- IV.** La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents versera à P. _____ une indemnité de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens réduits.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Corinne Monnard Séchaud (pour P. _____),
- 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).

Le greffier :