

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 28 septembre 2022

Composition : M. PIGUET, président
Mmes Brélaz Braillard et Berberat, juges
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

J._____, à U.____ (VD), recourant, représenté par Me Kieu-Oanh
Nguyen Oberhaensli, avocate à Morges,

et

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

E n f a i t :

A. J._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1982, travaillait en qualité de chauffeur-livreur pour le compte de K._____ Sàrl. 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 3 mars 2018, il s'est blessé à la cheville et au genou droits en portant un sofa sur des escaliers enneigés.

Dans un rapport du 15 mai 2018, le Dr L._____, spécialiste en médecine interne générale, a posé les diagnostics d'entorse de la cheville droite avec déchirure des ligaments talo-fibulaire antérieur et fibulo-calacanéen ainsi que de contusion et entorse simple du genou droit. Si l'évolution du genou était bonne, une instabilité persistait au niveau de la cheville, ce qui a motivé une intervention chirurgicale sous la forme d'une arthroscopie pratiquée le 21 mars 2019 dont les suites ont été simples et afebriles (rapport du 23 mars 2019 du Dr S._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur).

Le 15 janvier 2020, le Dr B._____, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement auprès de la CNA, a procédé à l'examen de l'assuré. Dans son rapport daté du même jour, il a constaté l'aspect « pratiquement normal » de la cheville droite ; il n'y avait pas de franche tuméfaction, pas d'hyperthermie ni d'autres signes réactifs locaux manifestes. La tibio-talienne avait récupéré une bonne mobilité. Il n'y avait pas de laxité résiduelle évidente. L'arrière-pied droit était normo-axé et normo-fonctionnel. Le pied droit, aligné, avait une bonne force. Il n'y avait pas d'amyotrophie significative du mollet droit. Tout en relevant une discordance entre l'ampleur des plaintes et les constatations cliniques, qualifiées de rassurantes, il doutait de la possibilité d'une reprise du travail dans l'activité habituelle.

Le 30 mars 2020, l'assuré a signalé à la CNA qu'il avait eu, le 20 mars précédent, une entorse à sa cheville droite à la suite d'une chute et qu'il n'arrivait plus à marcher.

En l'absence d'amélioration, le Dr S._____ a recommandé une nouvelle intervention chirurgicale, consistant en une arthroscopie antérieure de la cheville droite (révision chirurgicale) avec débridement de la fibrose interne et libération du retour externe, laquelle a été pratiquée le 27 octobre 2020. Les suites ont été simples et afebriles.

Suivant la suggestion du Dr S._____, l'assuré a séjourné à la Clinique H._____ du 31 mars au 11 mai 2021 en vue d'une rééducation intensive et d'une évaluation multidisciplinaire incluant divers examens médicaux et para-médicaux, une évaluation des capacités fonctionnelles et une observation en ateliers professionnels. Dans leur rapport du 31 mai 2021, les Drs D._____ et N._____, respectivement chef de clinique et médecin assistante, ont posé le diagnostic principal de traumatisme du genou et de la cheville droits survenu le 3 mars 2018, dans un contexte de multiples entorses externes de la cheville droite depuis 2013. Au terme de leur analyse, ils ont estimé que la situation n'était pas stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles. La poursuite d'un traitement de physiothérapie pouvait permettre d'améliorer les douleurs de la cheville droite, le schéma de marche ainsi que la force et l'endurance du membre inférieur droit et, partant, les aptitudes fonctionnelles. Une stabilisation médicale était attendue dans un délai de trois à quatre mois sans qu'une nouvelle intervention chirurgicale ne soit envisagée.

Dans un rapport du 17 juin 2021, le Prof. T._____ et la Dre P._____, respectivement médecin-chef et cheffe de clinique du Département de l'appareil locomoteur de l'Hôpital W._____, ont posé le diagnostic de douleurs chroniques de la cheville droite. Ils ont conclu à l'absence de lésion significative au niveau osseux ou ligamentaire. Selon ces médecins, l'absence d'une recommandation d'un traitement orthopédique signifiait une stabilisation du cas.

Le 7 juillet 2021, le Dr B. _____ a procédé à l'examen final de l'assuré. Formulいた pour l'essentiel les mêmes constatations que celles consignées dans son rapport du 15 janvier 2020, il a conclu à un aspect quasiment normal de la cheville droite. Les cicatrices d'arthroscopie étaient encore un peu rouges mais bien coaptées et non dysesthésiques. Le pied droit, dont la voûte plantaire était assez accentuée, mais pas plus qu'à gauche, semblait manquer de force, sans toutefois emporter la conviction d'un quelconque déficit. A l'examen de la sensibilité, l'intéressé décrivait une vague hypoesthésie du bord interne du pied droit. Il n'y avait pratiquement pas d'amyotrophie du mollet droit. Les callosités plantaires restaient bien marquées et normalement réparties. Les examens radiologiques du 6 avril 2021 des chevilles en charge montraient une mortaise tout à fait harmonieuse et symétrique avec une bonne conservation des interlignes articulaires. Les constatations opérées par le médecin d'arrondissement l'ont une nouvelle fois conduit à retenir une discordance importante entre l'ampleur des plaintes et les constatations objectives de l'examen radioclinique, « parfaitement rassurantes ». Outre que le Dr B. _____ ne voyait pas quelle mesure thérapeutique serait susceptible d'améliorer la situation, il estimait que les limitations fonctionnelles retenues pendant le séjour à la Clinique H. _____ devaient être considérées comme définitives (pas de port de charges supérieures à 5-10 kg, pas de port de charges répété supérieures à 5 kg, pas de marche prolongée, pas de marche en terrain irrégulier, pas de positions accroupies ou à genoux, pas de réalisation répétée d'escaliers, pas d'utilisation répétée d'échelles, éviter les travaux sur les toits et les activités nécessitant le maintien prolongé en position statique debout). Dans une activité adaptée à ces limitations, la capacité de travail était entière. Le Dr B. _____ a, pour finir, retenu un taux d'atteinte à l'intégrité de 5 % en raison d'un status après entorses itératives de la cheville droite.

Par courrier du 9 juillet 2021, la CNA a informé l'assuré qu'elle mettait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 31 juillet 2021, au motif que les suites de l'accident subi le 3 mars 2018 étaient stabilisées. Elle a annoncé qu'elle allait examiner si les

conditions d'octroi d'une rente d'invalidité de l'assurance-accidents étaient réunies.

Par décision du 24 août 2021, la CNA a nié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité, faute d'une diminution notable de sa capacité de gain due à l'accident (perte de gain de 3,6 %). En revanche, suivant l'appréciation du Dr B._____, elle lui a reconnu le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5 %.

En date du 23 septembre 2021, l'assuré s'est opposé à cette décision critiquant, pour l'essentiel, la fixation de son taux d'incapacité de gain. D'après lui, il n'était pas capable d'exécuter une activité d'une durée supérieure à quatre heures, quelle que soit sa position (debout ou assis, statique ou non, à l'établi ou non). Aussi fallait-il admettre qu'il ne serait pas en mesure d'exercer une activité lucrative à 96,4 % dans un autre secteur que celui du déménagement. Par ailleurs, l'aspect psychologique n'avait manifestement pas été pris en compte pour fixer le taux d'incapacité de gain.

Le 3 novembre 2021, l'assuré a annoncé à la CNA qu'il avait été licencié au mois d'août précédent et qu'il s'était inscrit au chômage. S'agissant de son état de santé, les pièces qu'il produisait attestaient une péjoration tant sur le plan somatique que psychique (rapport du 15 octobre 2021 de la Dre V._____, médecin-cadre au Département de l'appareil locomoteur de l'Hôpital W._____, et attestation médicale du 2 novembre 2021 du Dr R._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie), si bien qu'il était dans l'incapacité de retrouver un emploi.

Par décision sur opposition du 26 novembre 2021, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré. Sur le plan médical, elle a considéré que les dires de l'intéressé ne permettaient pas de mettre en doute l'analyse effectuée par le médecin d'arrondissement.

B. **a)** Par acte du 21 janvier 2022, J._____, représenté par Me Kieuh-Oanh Nguyen Oberhaensli, avocate, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud contre la décision sur opposition du 26 novembre 2021 en concluant, sous suite de frais et dépens, à la prise en charge des frais médicaux et au versement de l'indemnité journalière au-delà du 31 juillet 2021. Il a également sollicité la mise en œuvre d'une expertise ainsi qu'une comparution des parties. Reprenant les arguments formulés en procédure d'opposition, l'assuré a fait grief à la CNA de ne pas avoir tenu compte de divers éléments dans la fixation du taux d'incapacité de gain tels que son état psychique, ses douleurs ainsi que diverses limitations (incapacité à rester assis, debout, à marcher, à mener une activité au-delà d'une certaine durée). Se fondant sur un travail effectué aux ateliers de la Clinique H._____, il estimait que sa capacité de gain n'excédait pas 50 %. Par ailleurs, dans la mesure où sa cheville droite avait nécessité un examen par la Dre V._____ au mois d'octobre 2021, les conclusions de la Clinique H._____ ne pouvaient être suivies. En outre, il convenait d'admettre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques présentés et l'accident du 3 mars 2018 dans la mesure où, sur les sept critères posés par la jurisprudence, cinq d'entre eux étaient réalisés.

b) Dans sa réponse du 11 février 2022, la CNA a expliqué en quoi l'exigibilité et les limitations fonctionnelles retenues devaient être confirmées. Quant aux troubles psychiques, elle estimait que l'assuré ne réunissait aucun des critères dégagés par la jurisprudence en la matière, si bien que c'était à bon droit qu'elle avait nié l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident du 3 mars 2018 et les troubles psychiques allégués. Elle a conclu au rejet du recours.

c) Le 13 mai 2022, l'assuré a indiqué qu'il persistait dans toutes les conclusions prises dans son mémoire de recours du 21 janvier précédent.

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 (art. 38 al. 4 let. c et 60 al. 2 LPGA) auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. A teneur de la décision attaquée et des griefs soulevés dans l'acte de recours, le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents, singulièrement sur le calcul du degré d'invalidité.

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Selon l'art. 4 LPGA, est réputée accident 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.

b) 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).

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement *post hoc ergo propter hoc* ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_140/2021 du 3 août 2021 consid. 3.5). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré (TF 8C_117/2020 du 4 décembre 2020 consid. 3.1).

c) 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 matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 140 V 356 consid. 3.2 et la référence ; TF 8C_404/2020 du 11 juin 2021 consid. 6.2.1).

4. 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).

5. 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 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).

b) Conformément à l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 7 al. 1 LPGA, toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité est réputée incapacité de gain, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. L'art. 7 al. 2 LPGA précise que seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain et qu'en outre, il y a incapacité de gain uniquement si celle-ci n'est pas objectivement surmontable. Pour établir si on peut raisonnablement exiger de l'assuré qu'il surmonte par ses propres efforts les répercussions négatives de ses problèmes de santé et exerce une activité lucrative et, partant, réalise un revenu, il faut se placer d'un point de vue objectif. L'élément déterminant n'est donc pas la perception subjective de l'intéressé, mais de savoir si on peut objectivement attendre de lui qu'il surmonte ses limitations et exerce une activité lucrative en dépit de ses problèmes de santé (ATF 135 V 215 consid. 7.2 et les références citées).

6. Il n'est pas contesté que le recourant présente à la suite de l'accident dont il a été victime le 3 mars 2018 des séquelles à la cheville droite. Est litigieuse la question de savoir s'il dispose d'une capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

a) Se fondant sur l'analyse de son médecin d'arrondissement (cf. rapport du Dr B. _____ du 7 juillet 2021), l'intimée a retenu que la situation médicale de l'assuré était stabilisée. Sur le plan clinique, il a relevé que la cheville droite avait un aspect quasiment normal ; il n'y avait pas de franche tuméfaction, pas d'hyperthermie ni d'autres signes réactifs locaux manifestes. Les cicatrices d'arthroscopie étaient certes encore un peu rouges mais bien coaptées et non dysesthésiques. La tibio-talienne avait récupéré une bonne mobilité et il n'y avait pas de laxité résiduelle

évidente. Pour le reste, l'examen du pied et du mollet droits n'avait rien révélé de particulier. Les radiographies comparatives des chevilles en charge du 6 avril 2021 montraient une mortaise tout à fait harmonieuse et symétrique avec une bonne conservation des interlignes articulaires. Ainsi, le Dr B._____ avait fait état d'une importante discordance entre les plaintes du patient et les constatations objectives de l'examen radioclinique, qualifiées de parfaitement rassurantes. A l'instar de ses confrères (cf. rapports du 23 avril 2021 du Dr X._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et du 17 juin 2021 du Prof. T._____ et de la Dre P._____), il ne voyait pas quelle mesure thérapeutique serait susceptible d'améliorer la situation. D'autres médecins ont par la suite partagé ce point de vue (cf. rapports du 25 août 2021 du Dr S._____ et du 15 octobre 2021 de la Dre V._____). Le Dr B._____ n'a par ailleurs pas évoqué la nécessité d'une opération et aucun élément au dossier ne laisse à penser qu'une nouvelle intervention chirurgicale ou tout autre traitement serait susceptible d'améliorer la situation. Dans ces conditions, l'intimée n'a pas violé le droit fédéral en considérant qu'elle était fondée à mettre fin à la prise en charge du traitement médical et au versement des indemnités journalières et à passer à l'examen du droit à la rente.

b) S'agissant de la capacité de travail, le Dr B._____ a jugé que la profession de chauffeur-livreur-déménageur n'était plus exigible (cf. rapport du 15 janvier 2020), appréciation suivie par les médecins de la Clinique H._____ (cf. rapport du 31 mai 2021). En revanche, ces derniers ont estimé que le pronostic de réinsertion était théoriquement favorable dans une activité respectant les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges supérieures à 5-10 kg, pas de port de charges répété supérieures à 5 kg, pas de marche prolongée, pas de marche en terrain irrégulier, pas de positions accroupies ou à genoux, pas de réalisation répétée d'escaliers, pas d'utilisation répétée d'échelles, pas d'activités sur les toits et nécessitant le maintien prolongé en position statique debout. Au terme de son examen final, le Dr B._____ a déclaré que dites limitations devaient être considérées comme définitives et que la capacité

de travail du recourant était entière dans une activité compatible avec celles-ci (cf. rapport du 7 juillet 2021).

c) Le dossier ne contient aucune appréciation médicale propre à susciter des doutes quant au bien-fondé du rapport du 7 juillet 2021, si bien qu'il n'y a pas lieu de s'en écarter. En effet, ni le Prof. T. _____ ni la Dre V. _____ ne se prononcent sur la capacité de travail. Quant au Dr S. _____, il ne remet pas en question l'appréciation du Dr B. _____ sur ce point (cf. rapport du 25 août 2021).

d) Sur la base des conclusions du Dr B. _____, il convient de retenir que le recourant dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

e) Les renseignements médicaux étant complets et permettant à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, la mise en œuvre de mesures d'instruction complémentaires requise par le recourant n'apparaît pas de nature à apporter un éclairage différent sur les éléments retenus ci-dessus et peut dès lors être écartée par appréciation anticipée des preuves (ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 140 I 285 consid. 6.3.1).

7. Cela étant constaté, il s'agit de déterminer le degré d'invalidité du recourant.

a) 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). 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_1/2020 du 15 octobre 2020 consid. 3.1). Pour

procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente (ATF 143 V 295 consid. 4.1.3 et les références ; TF 8C_837/2019 du 16 septembre 2020 consid. 5.2).

bb) Il ressort en l'occurrence du dossier qu'il convient de retenir comme année de référence pour procéder à la comparaison des revenus l'année 2021.

b) aa) 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).

bb) Sur la base des renseignements communiqués par l'employeur, l'intimée a retenu un revenu mensuel de 5'500 fr. pour l'année 2020. Il n'existe aucun indice laissant à penser que ce montant aurait subi des changements depuis lors. Partant, il convient de retenir que le revenu sans invalidité du recourant se serait élevé à 71'500 fr. en 2021.

c) aa) 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).

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 (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).

cc) En l'occurrence, l'intimée s'est fondée, pour fixer le revenu d'invalidé, sur le revenu auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des tâches physiques et manuelles simples dans le secteur privé, tel qu'il ressort de l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2018, éditée par l'Office fédéral de la statistique (OFS), soit un montant mensuel de 5'417 francs. Cette valeur statistique s'applique en principe à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées, n'impliquant pas de formation particulière et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes. Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, ce revenu doit dès lors être adapté à la durée hebdomadaire usuelle dans les entreprises en 2021 (41,7 heures), soit un salaire annuel de 67'767 francs. Ce montant doit encore être adapté à l'évolution des salaires de 2018 à 2021 (soit 0,9 %, 0,8 % et - 0,2 %), ce qui donne un revenu de 68'784 francs.

d) La comparaison d'un revenu sans invalidité de 71'500 fr. avec un revenu d'invalidité de 68'784 fr. aboutit au constat d'une perte de gain de 4 % (taux arrondi). En tant que la décision attaquée nie le droit du recourant à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents, elle ne peut qu'être confirmée.

8. a) Estimant que les troubles psychologiques mentionnés par le Dr S. _____ dans son rapport du 25 août 2021 (cf. également l'attestation médicale établie par le Dr R. _____ le 2 novembre 2021) sont en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'événement traumatique du 3 mars 2018, le recourant réclame la prise en charge des traitements médicaux relatifs à cette atteinte et sa prise en compte dans l'évaluation de son degré d'invalidité.

b) Cela étant, même si l'on admettait que les atteintes alléguées 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 qu'elles sont en relation de causalité adéquate avec celui-ci.

c) 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).

d) Au regard de son déroulement et de ses conséquences immédiates, l'accident survenu le 3 mars 2018 peut être rangé, d'un point de vue objectif – seul déterminant en l'espèce –, dans la catégorie des accidents de gravité moyenne à la limite des accidents de peu de gravité. Il importe dès lors que plusieurs des critères consacrés par la jurisprudence se trouvent réunis ou revêtent une intensité particulière pour que cet accident soit tenu pour la cause adéquate des troubles psychiques dont souffre le recourant. En l'espèce, l'événement litigieux ne s'est pas déroulé dans des circonstances qui peuvent être qualifiées de dramatiques ou impressionnantes et n'a pas causé de lésions physiques propres à entraîner, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, 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 et afébriles, 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 V._____ a relevé que les douleurs apparaissaient après avoir marché une centaine de mètres mais que la cheville était indolore la nuit et au repos (cf. rapport du 15 octobre 2021). Si le Dr B._____ a également signalé des douleurs diffuses de la cheville droite s'accroissant dans la journée et s'accompagnant d'un gonflement, il a toutefois retenu une discordance importante entre l'ampleur des plaintes et les constatations de l'examen radioclinique, qu'il a qualifiées de parfaitement rassurantes. Les médecins de la Clinique H._____ avaient du reste déjà souligné l'importance des facteurs contextuels dans les plaintes et les limitations mentionnées par l'intéressé ; outre une cotation élevée de la douleur, une sous-estimation de ses capacités fonctionnelles associée à une kinésiophobie et à un catastrophisme élevé influençaient défavorablement le retour au travail. 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). A cet égard, il convient de relever que, à l'instar du Dr B._____, les médecins de la Clinique H._____ ont fait état d'une discordance entre l'importance des douleurs et du handicap perçu et les lésions organiques objectivables. 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 du Dr B._____ selon laquelle le recourant est objectivement en mesure d'exercer à 100 % une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles depuis l'examen final du 7 juillet 2021 n'est pas véritablement contredite, si ce n'est par le Dr R._____, lequel prend toutefois en considération des atteintes étrangères à l'accident du 3 mars 2018. Ce critère ne peut donc pas être retenu.

e) 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 à la limite des accidents de peu de gravité soit admis n'est réalisée dans le cas présent.

9. Sur le vu de ce qui précède, la CNA était légitimée à nier le droit du recourant à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents.

10. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision sur opposition litigieuse.

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).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 26 novembre 2021 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Kieu-Oanh Nguyen Oberhaensli, avocate (pour J. _____),
- 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 :