

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 31 janvier 2025

Composition : M. WIEDLER, président
Mmes Pasche et Livet, juges
Greffière : Mme C. Meylan

Cause pendante entre :

L._____, à [...], recourant, représenté par Me Pierre Ventura, avocat à
Lausanne,

et

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

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

E n f a i t :

A. L._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], a travaillé comme manœuvre en démolition auprès de [...] du 4 janvier 2016 au 30 novembre 2022 et était, à ce titre, assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 11 avril 2019, alors qu'il retournait de la terre, l'assuré a glissé et sa jambe gauche s'est coincée dans une motobineuse. Il a été hospitalisé le jour même au Centre J._____ où il a subi un débridement et un lavage de la plaie, ainsi qu'un enclouage centromédullaire par clou T2 du tibia (cf. rapport de protocole opératoire du 17 avril 2019 du Dr G._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur). L'assuré a également nécessité une révision de la plaie à la jambe, un rinçage, des prélèvements profonds et une fermeture secondaire le 16 avril 2019 (cf. rapport de protocole opératoire du 24 avril 2019 des Drs G._____ et T._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur). L'assuré a pu rentrer à domicile le 20 avril 2019. Une totale incapacité de travail a été attestée à partir du 11 avril 2019.

Ce sinistre a été annoncé à la CNA par déclaration du 16 avril 2019, qui l'a pris en charge (indemnité journalière et frais de traitement).

Par rapport du 2 mai 2019, les Drs G._____ et Z._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, ont posé le diagnostic principal de fracture ouverte Gustillo IIIa du tibia et péroné gauche.

L'assuré a séjourné à la Clinique S._____ du 23 juillet au 28 août 2019 en vue de thérapies physiques et fonctionnelles pour des douleurs à la jambe gauche, l'état de santé de l'intéressé n'étant alors pas

encore stabilisé (cf. rapport du 6 septembre 2019 des Drs N._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et Q._____.).

Par rapport du 20 janvier 2020, le Dr F._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a constaté, radiologiquement, une consolidation de la fracture. D'un point de vue clinique, l'assuré conservait toutefois des douleurs à type de fourmillements dans le territoire du nerf péronier profond, possiblement à mettre en rapport avec la vis antérieure.

Le 11 juin 2020, l'assuré a ainsi bénéficié d'une infiltration du tendon tibial antérieur et le long extérieur des orteils (cf. rapport de consultation ambulatoire du 11 juin 2020 du Dr B._____, spécialiste en anesthésiologie).

Dans un rapport non daté, transmis le 27 novembre 2020 à la CNA, faisant suite à une consultation du 19 novembre 2020, la Dre R._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a confirmé que sur le plan radiologique, la fracture était complètement consolidée, mais qu'il existait potentiellement une lésion des tendons extenseurs communs des orteils. La symptomatologie neurologique était peu claire avec un engourdissement du dos du pied. Cliniquement, le patient présentait une hyperflexion au niveau des articulations interphalangiennes proximales des deuxième à cinquième orteils à gauche, réductibles. La praticienne constatait également une difficulté à palper les tendons des extenseurs des deuxième au cinquième orteils au niveau du pied gauche avec de fortes douleurs à la palpation en regard de la vis antéro-postérieure ainsi qu'au niveau antéro-latéral à hauteur de la plaie ouverte lors de l'accident. L'assuré avait été adressé à ses collègues en antalgie, sans effet bénéfique notable du traitement. Afin de mieux évaluer la situation, la praticienne proposait l'ablation du clou et la réalisation d'une IRM [imagerie par résonance magnétique].

Le 11 février 2021, l'assuré a subi une ablation du matériel d'ostéosynthèse (AMO) de la jambe gauche ainsi qu'une neurolyse du nerf

péronier superficiel à gauche (cf. rapport de protocole opératoire du 10 mars 2021 du Dr D. _____ et du Prof. K. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur).

Une IRM de la cheville gauche de l'assuré a été effectuée le 15 mars 2021. Selon le rapport du 17 mars 2021 du Dr W. _____, spécialiste en radiologie, il n'y avait pas d'anomalie significative pouvant expliquer la symptomatologie du patient.

Par rapport du 28 mai 2021, le Dr V. _____, spécialiste en neurologie, a retenu les diagnostics de : status après fracture ouverte de la jambe gauche le 11 avril 2019, traitée par débridement et enclouage le même jour, ablation du clou le 11 février 2021 ; légère lésion séquellaire post-traumatique du nerf tibial gauche ; lésion du nerf péronier commun droit d'origine indéterminée. Le praticien a relevé qu'il persistait encore un engourdissement au niveau du coussinet du pied gauche. L'assuré avait aussi développé des orteils en griffes à ce même pied. La douleur au niveau de la surface antérieure de la cheville avait néanmoins nettement diminué. L'examen neurologique ne révélait pas d'atrophie au niveau des pédieux à gauche. Quant au bilan électrophysiologique, il ne révélait aucune anomalie du nerf péronier commun gauche. Il y avait cependant une diminution de plus que 50 % de l'amplitude motrice du nerf tibial gauche par rapport au nerf tibial droit.

Dans un rapport du 11 juin 2021, le Prof. AB. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et la Dre R. _____ ont retenu le diagnostic de métatarsalgies postopératoires à gauche. L'assuré décrivait une évolution favorable de la symptomatologie douloureuse avec notamment une absence de douleurs au niveau de la face antérieure de la cheville et de meilleures amplitudes articulaires du genou. Il avait pu reprendre un petit peu la course à pied et était très content de cette évolution. La mobilisation de la cheville était conservée. La marche s'effectuait sans boiterie. A l'examen neurologique, les praticiens constataient une hypoesthésie mal définie de la face plantaire, une gêne à la palpation des têtes des métatarsiens deux à cinq,

la présence d'orteils en griffes deux à cinq au pied gauche, réductibles, avec une flexion forcée des orteils gauches légèrement diminuée par rapport au côté controlatéral. Il n'y avait toutefois pas de lésion visible sur les radiographies à la suite de l'AMO du clou. Au vu de l'évolution plutôt favorable, il n'y avait pas de geste orthopédique à proposer. Les médecins suggéraient toutefois que le patient soit évalué par leurs collègues de la chirurgie plastique pour discuter d'un geste de couverture au niveau de la malléole interne, l'assuré présentant un retard de cicatrisation. Une fois cette cicatrice guérie, il faudrait réévaluer le patient pour discuter d'un retour au travail dans une activité professionnelle adaptée.

Dans un rapport de consultation ambulatoire du 22 juillet 2021, le Dr AD._____, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, a indiqué que la plaie de l'assuré était guérie.

L'assuré a été revu en consultation orthopédique par le Prof. AB._____ et la Dre R._____ le 25 août 2021. Selon leur rapport du 8 septembre 2021, ces praticiens ont retenu que l'assuré souffrait également de métatarsalgies à droite. L'assuré présentait néanmoins une évolution favorable. Les praticiens n'avaient pas d'autre traitement à proposer. Selon eux, un retour au travail était possible dès le 1^{er} septembre 2021 à 50 %, puis à 100 % dès le 20 septembre 2021.

L'assuré a été examiné par la Dre P._____, médecin d'arrondissement auprès de la CNA, le 1^{er} décembre 2021. Au terme de son rapport d'examen final du 6 décembre 2021, la Dre P._____ a posé les diagnostics, d'une part, de métatarsalgies du pied gauche (dans les suites d'une fracture ouverte Gustilo III le 11 avril 2019 ayant nécessité un débridement, un lavage de plaie, un enclouage par clou T2 du tibia gauche avec triple verrouillage distal, une révision de la plaie de la jambe gauche et un prélèvement profond avec fermeture secondaire le 16 avril 2019, une ablation du clou le 11 février 2021 avec neurolyse du nerf péronier superficiel et un retard de cicatrisation de la malléole interne) et, d'autre part, de diminution des amplitudes motrices au niveau du nerf tibial

gauche au bilan neurologique du 28 mai 2021. Objectivement, les cicatrices étaient calmes et fermées. Il n'y avait aucun signe infectieux. La praticienne constatait une hyperkératose plantaire en regard des têtes des métatarsiens deux à quatre, parlant en faveur de métatarsalgies de déroulement, précisant qu'elle ne provoquait pas de douleurs à la palpation des têtes de ces métatarsiens et que les orteils étaient en griffes. Elle constatait une amyotrophie globale du membre inférieur gauche avec une mobilité légèrement diminuée que ce soit au niveau du genou ou de la cheville surtout en flexion dorsale. Sur le plan médical, la situation toutefois était stabilisée. Il n'y avait plus de traitement chirurgical ou médical qui puisse améliorer l'état de santé de l'assuré. Le médecin retenait les limitations fonctionnelles suivantes : pas de marche prolongée sur des terrains irréguliers et pas de position à genoux et/ou accroupie. Dans une activité adaptée, respectant strictement ces limitations fonctionnelles, la capacité de travail de l'assuré était entière, sans diminution de rendement. Dans son activité habituelle, une incapacité de travail totale et définitive pouvait lui être reconnue. Enfin, la Dre P. _____ a considéré que l'assuré ne présentait pas de séquelles qui correspondaient à un taux d'indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI).

Par courrier du 8 décembre 2021, la CNA a informé l'assuré mettre un terme à la prise en charge du traitement médical et au versement de l'indemnité journalière au 31 janvier 2022.

Par décision du 23 février 2022, la CNA a retenu que l'assuré serait à même d'exercer une activité dans différents secteurs de l'industrie à condition de ne pas effectuer de marche prolongée sur des terrains irréguliers et d'éviter les positions à genoux et/ou accroupie, qu'une telle activité était exigible à plein temps et lui permettait de réaliser, au vu des données statistiques (Enquête sur la structure des salaires [ESS]), un salaire annuel de 69'061 francs. Comparé au gain de 63'421 fr. réalisable sans l'accident, il n'y avait aucune perte de salaire. Elle a dès lors refusé de lui octroyer une rente d'invalidité. En outre, elle a

considéré qu'il n'y avait pas d'atteinte importante à l'intégrité physique, de sorte qu'il ne pouvait lui être octroyé d'indemnité à ce titre.

L'assuré s'est opposé à cette décision par courrier de son mandataire, Me Pierre Ventura, du 24 mars 2022. Il a estimé qu'il y avait lieu de tenir compte, pour établir son revenu sans invalidité, d'un montant de 71'050 fr. 81, lequel comprenait la part relative aux vacances et aux jours fériés. S'agissant du revenu d'invalidé, le recours aux données statistiques était une *ultima ratio* et ne pouvait entrer en considération que lorsque la détermination d'un tel revenu n'était pas possible. Or, il avait retrouvé un travail en qualité d'aide-sanitaire depuis le 1^{er} février 2022, à un taux de 100 %, auprès d'E. _____ (actuellement : E. _____ en liquidation) pour un salaire annuel de 46'852 fr. 80. Compte tenu de ces chiffres, il présentait un taux d'invalidité de 34 %, lui ouvrant le droit à une rente d'invalidité. L'assuré a également contesté le refus d'IPAI, considérant que le blocage de ses quatre orteils et la diminution de l'amplitude motrice de son nerf tibial gauche (cf. rapport du 28 mai 2021 du Dr V. _____) lui donnaient le droit à une indemnité à hauteur de 29'640 fr. (148'200 x 20 %). Il joignait notamment à son opposition son nouveau contrat de travail et un rapport du 22 mars 2022 du Dr C. _____.

Par décision sur opposition du 29 avril 2022, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré, retirant l'effet suspensif à tout éventuel recours contre cette décision, et confirmé sa décision du 23 février 2022. Après avoir relevé que l'assuré ne contestait pas la stabilisation de son état de santé, pas plus que l'exigibilité et les limitations fonctionnelles retenues, éléments qui pouvaient donc être confirmés, elle a expliqué qu'elle avait fixé le revenu sans invalidité sur la base du dernier salaire réalisé, soit un salaire horaire de 27 fr. 45 en 2019, qu'elle avait indexé jusqu'en 2022 pour arriver à 27 fr. 72. En prenant en compte un total des heures annuelles (2'112) et un treizième salaire (8.33 %), le revenu sans invalidité s'élevait à 63'421 francs. Contrairement à l'argumentation développée par l'assuré dans le cadre de son opposition, il n'y avait pas lieu de tenir compte d'une part supplémentaire relative aux vacances ou

aux jours fériés selon l'art. 24 al. 1 de la Convention nationale dans le secteur principal de la construction (ci-après : CN). Par ailleurs, la CNA relevait que le calcul opéré par l'assuré différait du sien en ce qu'il ne tenait pas compte de l'indexation. S'agissant du gain d'invalidité, la CNA a rappelé la jurisprudence du Tribunal fédéral pour la prise en considération d'un revenu effectivement réalisé qui supposait, entre autres conditions, l'existence de rapports de travail particulièrement stables. Or, une relation de travail débutée trois mois auparavant ne permettait absolument pas de considérer cette condition comme réalisée. Enfin, concernant l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, la CNA a relevé qu'il n'existait aucun élément médical au dossier permettant de s'écarter de la position de la Dre P._____. Il n'existait au demeurant aucun autre rapport qui se prononçait sur la question spécifique de l'atteinte à l'intégrité.

B. Par acte du 30 mai 2022, L._____, toujours représenté par Me Ventura, a formé recours contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Il a sollicité l'octroi, respectivement la restitution de l'effet suspensif et a conclu, sous suite de frais et dépens, principalement, à la réforme de la décision attaquée en ce sens qu'il soit reconnu invalide et mis au bénéfice d'une rente d'invalidité de l'assurance-accident pour un taux d'invalidité d'au moins 35 % dès le 11 avril 2019 et qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité d'au moins 20 % lui soit octroyée, et subsidiairement, à l'annulation de la décision litigieuse et au renvoi de la cause à la CNA pour nouvelle décision dans le sens des considérants. En substance, il a fait valoir que le revenu sans invalidité devait s'élever à 71'749 fr. 67, lequel tenait compte non seulement du treizième salaire, mais aussi de la part afférente aux vacances et aux jours fériés. Le revenu avec invalidité devait, lui, être fixé sur la base du contrat de travail conclu depuis le 1^{er} février 2022, soit 46'852 fr. 80. Il a également invoqué, outre une violation de la maxime inquisitoire, une violation de son droit d'être entendu, car la CNA l'avait empêché, par le rejet de sa requête de suspension de la procédure et la notification rapide de la décision entreprise, d'étayer le caractère stable de son emploi. Cette manière de procéder engendrait une inégalité de traitement. Enfin, l'examen final de la Dre P._____ ne prenait pas en

considération les troubles fonctionnels durables des membres inférieurs évoqués dans son opposition. À tout le moins, en vertu de la maxime inquisitoire, la partie intimée aurait dû soumettre ces éléments à son médecin d'arrondissement afin qu'elle se prononce sur l'IPAI.

Par réponse du 28 juin 2022, la CNA a conclu au rejet du recours. Elle a maintenu les arguments développés dans la procédure administrative.

Le dossier de la cause a été repris par le juge soussigné en octobre 2024.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité de l'assurance-accident ainsi qu'à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI).

3. Dans un grief de nature formelle, le recourant se plaint d'une violation de son droit d'être entendu, en lien avec le refus de suspension de la procédure requise devant l'intimée.

a) Le droit d'être entendu garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. comprend également 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).

b) En réalité, en tant que le recourant reproche à l'intimée une violation de son droit d'être entendu en lien avec le refus de suspension de la procédure afin d'établir le caractère durable de ses relations contractuelles avec son employeur à compter du 1^{er} février 2022, ce grief formel se confond avec les griefs de fond en tant qu'il critique l'appréciation des preuves opérée par l'intimée et se plaint d'un défaut d'instruction. Ces arguments seront donc examinés avec le fond du litige. On ne perçoit au demeurant pas de violation du droit d'être entendu.

4. **a)** L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA par renvoi de l'art. 18 al. 1 LAA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les

mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique (première phrase). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (deuxième phrase).

b) Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite (teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2023). 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).

c) 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).

d) 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).

e) 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).

f) Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Le revenu effectivement réalisé par la personne assurée après la survenance de l'atteinte à la santé doit être pris en considération si l'activité exercée repose sur des rapports de travail stables et qu'elle met pleinement en valeur la capacité résiduelle de travail et de gain raisonnablement exigible (ATF 143 V 295 consid. 2.2). Un éventuel salaire social versé par l'employeur n'est pas pris en considération. La preuve d'un tel salaire social est toutefois soumise à des exigences strictes, car on peut partir du principe que les salaires payés équivalent normalement à une prestation de travail correspondante (ATF 141 V 351 consid. 4.2).

g) 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).

5. a) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées).

b) 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).

c) 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).

d) 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'occurrence, le recourant ne conteste pas l'appréciation médicale de sa situation faite par l'intimée, à savoir qu'il dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de marche prolongée sur des terrains irréguliers et pas de position à genoux et/ou accroupie), alors que dans son activité habituelle sa capacité de travail est nulle. Le recourant a en effet repris une activité professionnelle à 100 %, ce qui correspond à la capacité attestée par la Dre P. _____ (cf. rapport du 6 décembre 2021). Pour rappel, cette praticienne a posé les diagnostics de métatarsalgies du pied gauche (dans les suites d'une fracture ouverte Gustilo III le 11 avril 2019 ayant nécessité un débridement, un lavage de plaie, un enclouage par clou T2 du tibia gauche avec triple verrouillage distal, une révision de la plaie de la jambe gauche et un prélèvement profond avec fermeture secondaire le 16 avril 2019, une ablation du clou le 11 février 2021 avec neurolyse du nerf péronier superficiel et retard de cicatrisation de la malléole interne), ainsi que de diminution des amplitudes motrices au niveau du nerf tibial gauche au bilan neurologique du 28 mai 2021.

b) Le recourant critique en revanche le calcul du degré d'invalidité effectué par l'intimée pour lui refuser une rente d'invalidité.

aa) Pour ce qui est, tout d'abord, du revenu sans invalidité, l'intimée a retenu un gain de 63'421 francs. Elle s'est fondée sur le dernier salaire horaire réalisé par l'assuré, soit 27 fr. 45 en 2019, qu'elle a indexé jusqu'en 2022 (respectivement 0.8 %, 0.1 % et 0.1 %), pour arriver à 27 fr. 72. Elle a ensuite tenu compte du total des heures annuelles (2'112) et d'un treizième salaire (8.33 %).

Le recourant conteste ce calcul. Il plaide, pour sa part, que le revenu sans invalidité doit s'élever à 71'749 fr. 67. Selon lui, au regard de l'art. 34 al. 1 de la CCT (sic), une part de 10.6 % pour les vacances est à ajouter au salaire de base, pour les travailleurs rémunérés à l'heure,

comme c'était son cas, en plus du treizième salaire et de l'indemnité pour les jours fériés (art. 38 al. 2 CCT [sic]).

Le raisonnement du recourant ne peut toutefois être suivi.

Le contrat de travail du recourant prévoit un renvoi à la Convention nationale du secteur principal de la construction en Suisse (CN) s'agissant de l'horaire de travail, qui fixe le nombre total des heures annuelles de travail déterminant à 2'112 heures par année. Ce nombre d'heures n'est pas contesté par le recourant. Tel que l'a expliqué l'intimée et comme cela ressort de la jurisprudence (cf. TF 8C_401/2018 du 16 mai 2019 consid. 4.4), ce chiffre est arrêté en tenant compte des vacances et des jours fériés, de sorte qu'il n'y a pas lieu de les ajouter au salaire horaire de base, sous peine de les prendre en compte deux fois. En revanche, comme l'a fait l'intimée, la part au treizième salaire doit être additionnée au salaire horaire de base, conformément au contrat de travail du recourant et à la convention (art. 50).

Ainsi, en multipliant le salaire horaire de 27 fr. 72 par 2'112 heures, on obtient un montant de 58'544 fr. 64. Ce chiffre doit encore être augmenté de 8,3 % en lien avec la part au treizième salaire, ce taux étant prévu tant par le contrat de travail du recourant que la convention (art. 50). Le montant de 8,33 % retenu par l'intimée à ce titre, pour aboutir à un revenu sans invalidité de 63'421 fr., est ainsi erroné. En définitive, le revenu annuel sans invalidité s'élève à 63'403 fr. 85 $([27 \text{ fr. } 72 \times 2'112 \text{ heures}] \times 8,3 \%)$.

Quoi qu'il en soit, même si on retenait le salaire sans invalidité de 71'749 fr. 67 allégué par le recourant, celui-ci n'aurait pas droit à une rente d'invalidité compte tenu de qui suit.

bb) S'agissant du revenu d'invalidité, le recourant s'étonne qu'il n'ait pas été tenu compte de sa relation de travail depuis le 1^{er} février 2022 avec E. _____ en liquidation et du revenu annuel qu'il

perçoit de 46'852 fr. 80, l'intimée s'étant fondée sur l'ESS pour calculer ce revenu.

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente ; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue être prises en compte (cf. ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 ; TF 8C_216/2016 du 30 septembre 2016 consid. 5.2). Si, au prononcé de la décision sur opposition du 29 avril 2022, le recourant avait retrouvé du travail comme aide-sanitaire, il faut encore que l'on soit en présence de rapports de travail particulièrement stables pour que le salaire perçu dans ce cadre soit retenu au titre de revenu avec invalidité.

Or, la condition afférente à la stabilité des rapports de travail posée par la jurisprudence n'était pas remplie au moment de la décision litigieuse. Le Tribunal fédéral a en effet jugé qu'une durée de trois mois, comme en l'espèce, était insuffisante pour considérer un rapport de travail comme stable (comp. TFA U 196/02 du 23 janvier 2003 consid. 4.3 et 4.4 ; TF 9C_140/2018 du 30 mai 2018 consid. 4.3). Au surplus, il convient de relever que le Tribunal fédéral a également considéré qu'une durée de près de onze mois était aussi insuffisante (TFA I 681/06 du 5 mars 2007 consid. 4.3).

Quoi qu'il en soit, compte tenu des limitations fonctionnelles du recourant (pas de marche prolongée sur des terrains irréguliers et pas de position à genoux et/ou accroupie), celui-ci pourrait prétendre à des postes mieux rémunérés, comme cela ressort du revenu statistique qui lui est imputable (cf. infra). Cet emploi ne met dès lors pas pleinement en valeur sa capacité de travail et le salaire qu'il perçoit dans ce cadre n'est donc pas pertinent pour établir son revenu avec invalidité.

Dans ce contexte, on ne perçoit pas en quoi l'intimée aurait violé l'égalité de traitement en rendant sa décision rapidement puisqu'elle

était en droit de statuer sans tenir compte de l'activité exercée par le recourant et donc sans attendre de savoir si ses relations de travail étaient durables, cet élément n'étant pas déterminant en l'espèce.

C'est ainsi à bon droit que l'intimée s'est fondée sur un revenu hypothétique en recourant aux données ESS, l'existence d'un revenu avec invalidité effectif fiable faisant défaut.

La détermination du revenu avec invalidité ne prête pas le flanc à la critique. L'intimée, comme l'exige la jurisprudence, a déterminé le revenu avec invalidité sur la base des données salariales résultant de l'ESS adéquate. Partant, le salaire avec invalidité s'élève à 69'061 fr. 50.

c) Compte tenu des salaires retenus avec et sans invalidité, le droit à une rente d'invalidité est exclu, à faute de préjudice économique, le revenu avec invalidité étant supérieur au revenu sans invalidité.

Même si le salaire sans invalidité de 71'749 fr. 67 allégué par le recourant avait été admis, le préjudice économique du recourant serait inférieur à 10 %, ce qui exclut tout droit à une rente d'invalidité ($[(69'061.50 - 71'749.67) \times 100 / 71'749.67 = 3.75 \%$).

7. **a)** Reste à examiner le droit du recourant à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Sur l'avis de la Dre P._____, l'intimée a nié ce droit au recourant au motif qu'il n'existait pas de séquelles correspondant à un taux d'indemnité pour atteinte à l'intégrité, si bien que les conditions requises pour l'octroi de cette prestation de l'assurance-accidents n'étaient pas remplies. Le recourant conteste ce refus, estimant avoir droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité d'au moins 20 % compte tenu du blocage de ses quatre orteils et de la diminution de l'amplitude motrice de son nerf tibial gauche.

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).

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 citée).

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.

d) En l'occurrence, dans son appréciation du 6 décembre 2021, la Dre P._____ a retenu que le recourant ne présentait pas de séquelles qui correspondaient à un taux d'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Quoi qu'en dise le recourant, sa situation a correctement été évaluée par la médecin d'arrondissement. En tant qu'elle retient l'absence d'atteinte importante à l'intégrité physique dans le cas particulier et que les conditions requises pour l'octroi de cette prestation de l'assurance-accidents ne sont pas remplies, la décision attaquée ne prête pas flanc à la critique. En effet, la Dre P._____ a basé son avis sur un dossier complet et un examen personnel du recourant. A cet égard, on relèvera que la fracture de la jambe gauche du recourant est consolidée (cf. rapport du 20 janvier 2020 du Dr F._____ et rapport non daté de la Dre R._____ transmis le 27 novembre 2020 à la CNA), qu'à la suite de l'AMO, les douleurs sur la face antérieure de la cheville en regard de la vis antéro-postérieure ont évolué favorablement (cf. rapport du 28 mai 2021 du Dr V._____ et rapport du 11 juin 2021 du Prof. AB._____) et que l'IRM de cette cheville n'a mis en exergue aucune anomalie (cf. rapport du 17 mars 2020 du Dr W._____). La fonctionnalité objective de la cheville a ainsi été confirmée par plusieurs praticiens.

Alors même que la fixation d'une IPAI est une question d'ordre médical, le recourant s'est limité à faire valoir son propre avis sur la question. Bien que le Dr V._____ ait relevé une diminution de l'amplitude motrice au niveau du nerf tibial gauche de 50 % par rapport au droit, il n'a pas estimé d'atteinte à l'intégrité ni même constaté de limitations. Il n'a en tout cas pas indiqué qu'une telle atteinte correspondrait à une paralysie du nerf sciatique poplitée interne (table 2 du barème de l'indemnisation des atteintes à l'intégrité). Le bilan neurologique effectué par ce praticien était pour le reste plutôt favorable, dans la mesure où il a indiqué que l'examen neurologique du recourant ne révélait pas d'atrophie au niveau des pédieux à gauche et que le bilan électrophysiologique ne révélait aucune anomalie du nerf péronier commun gauche.

Le recourant n'a, au demeurant, produit aucun avis médical susceptible de remettre en cause les conclusions de la Dre P._____ quant à l'absence d'une atteinte importante à l'intégrité. En particulier, le rapport du Dr C._____ ne se prononce pas sur la question spécifique de l'IPAI, malgré le constat d'orteils en griffes des rangs deux à cinq. Il faut d'ailleurs constater que les Drs V._____, R._____ et le Prof. AB._____ ont également exposé que le recourant présentait des orteils en griffes, sans que cela ne constitue une atteinte importante à l'intégrité. L'IRM réalisé le 15 mars 2021 n'a, pour le surplus, pas mis en évidence de problèmes aux extenseurs, étant souligné que ces derniers étaient « normaux ».

Vu ce qui précède, c'est à juste titre que l'intimée n'a pas accordé une IPAI au recourant.

8. a) En conséquence, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. La requête d'effet suspensif formulée par le recourant dans son mémoire de recours est, compte tenu du présent arrêt, devenue sans objet.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f^{bis} LPGA), ni d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 29 avril 2022 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
- III.** La requête d'effet suspensif est sans objet.
- IV.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Pierre Ventura (pour le recourant),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17

juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :