

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 6 juin 2023

Composition : M. PIGUET, président
M. Neu et Mme Pasche, juges
Greffier : M. Favez

Cause pendante entre :

R. _____, à [...], recourant, représenté par Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 18 LAA et 61 let. c LPGA

E n f a i t :

A. **a)** R._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 197[...], originaire du [...], travaillait comme manœuvre à plein temps pour M._____ Sàrl depuis le 1^{er} mars 2004. A ce titre, il était assuré contre le risque d'accidents auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 12 juin 2009, l'assuré est tombé d'un échafaudage d'une hauteur d'environ 1,60 mètre.

Des suites de cet accident, l'assuré a présenté une fracture malléolaire externe droite de type Weber B, traitée par ostéosynthèse, et une fracture du processus latéral du talus gauche, traitée conservativement.

Par décision du 20 janvier 2020 la CNA a nié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité en raison d'un degré d'invalidité inférieur à 10 %. Elle a retenu que l'assuré bénéficiait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de port de charges de plus de 10 kg, de station debout prolongée et de longs trajets surtout en terrain accidenté). Par la même décision, la CNA a octroyé à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 31'500 fr. fondée sur un taux de 25 %.

Cette décision est entrée en force.

b) Le 30 janvier 2020, R._____ a glissé, subissant une entorse de la cheville gauche en inversion et une fracture de la malléole postérieure gauche, accident annoncé le 7 février 2020 à la CNA.

Procédant à l'instruction de ce nouveau cas, la CNA a recueilli des renseignements médicaux auprès du Centre H._____ (lettre de sortie du 10 février 2020 et rapport du 3 février 2020).

En raison d'une évolution marquée par une recrudescence des plaintes fonctionnelles, la CNA a adressé l'assuré à la Clinique B._____ pour un complément de rééducation et une prise en charge pluridisciplinaire.

L'assuré a séjourné à la Clinique B._____ du 16 au 30 septembre 2021. Dans un rapport du 1^{er} octobre 2020, le Dr O._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation ainsi qu'en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et la Dre N._____, médecin-assistante, ont notamment retenu le diagnostic principal d'entorse en inversion de la cheville gauche avec une fracture de la malléole postérieure isolée chez un patient connu pour une arthrodèse de la sous-talienne à gauche en 2012, et, au titre de diagnostics secondaires, une obésité de grade 2 (BMI à 35.27), une hypercholestérolémie, une hypertriglycémie, une hépatomégalie stéatosique compliquée d'un carcinome hépato-cellulaire traité par radiofréquence, une hypertension artérielle traitée et une gonarthrose prédominant au compartiment médial du genou droit. Les médecins de la Clinique B._____ ont estimé que l'état de santé était stabilisé et retenu les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charge supérieur à 5-10 kg, de positions debout statique prolongée et contraignante pour les chevilles (escaliers, échelles, accroupissement, marche prolongée, terrain irrégulier).

Dans un rapport du 29 janvier 2021, la Dre C._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin associée auprès du Service d'orthopédie et de traumatologie du Centre H._____ a fait savoir à la CNA que son patient n'avait subjectivement pas perçu de bénéfices du séjour à la Clinique B._____. Sur le plan clinique, l'examen était strictement identique avec celui de l'année précédente. Elle a estimé que l'assuré présentait des séquelles post-traumatiques de l'arrière-pied gauche avec des douleurs résiduelles, lesquelles empêchaient la reprise dans l'activité habituelle et commandaient une reconversion professionnelle. Elle a proposé un

entretien musculaire et articulaire, voire une infiltration en cas de décompensation inflammatoire, précisant qu'il n'y avait pas d'indication à une intervention chirurgicale.

La CNA a soumis le cas de l'assuré à son médecin d'arrondissement, le Dr D._____, spécialiste en chirurgie, lequel a retenu, dans un rapport du 15 février 2021, que l'assuré bénéficiait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues par la Clinique B._____ et qu'une plus ample indemnisation de l'atteinte à l'intégrité ne se justifiait pas.

Par décision du 17 février 2021, la CNA a mis un terme au versement des indemnités journalières et à la prise en charge des soins médicaux avec effet au 28 février 2021

Par décision du 24 février 2021, la CNA a, notamment, nié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité.

Le 25 mars 2021, l'assuré, représenté par Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne, a formé opposition à l'encontre de la décision susmentionnée. Complétant ses motifs le 9 septembre 2021, l'assuré a produit un rapport du 3 septembre 2021 de la Dre F._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, dans lequel il était fait état de limitations fonctionnelles importantes avec un périmètre de marche limité à une demi-heure, des douleurs nocturnes quasi quotidiennes, un œdème important plus marqué à droite qu'à gauche. Ce médecin a posé les diagnostics d'arthrose débutante et de raccourcissement de la chaîne postérieure avec un équinisme important, ce qui était susceptible de surcharger le compartiment antérieur de la cheville déjà abîmé et proposé une solution chirurgicale en vue d'améliorer le périmètre de marche et la perception de la douleur.

Le 14 février 2022, la CNA a annulé sa décision du 24 février 2021.

Reprenant l'instruction de l'affaire, la CNA a soumis le dossier de l'assuré à son médecin d'arrondissement, le Dr Q._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lequel a, dans un rapport du 11 mai 2021, confirmé que l'état de santé de l'assuré était stabilisé en date du 15 février 2021, date de l'examen par le Dr D._____, et que l'assuré bénéficiait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues par la Clinique B._____ dans son rapport du 1^{er} octobre 2020.

Par décision du 13 juin 2022, la CNA a nié une nouvelle fois le droit de l'assuré à une rente d'invalidité.

Par acte du 12 juillet 2022, l'assuré, toujours représenté par Me Jean-Michel Duc, a formé opposition à l'encontre de la décision du 13 juin 2022, concluant notamment à l'octroi d'une rente d'invalidité. Il a contesté en particulier l'exigibilité d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée compte tenu de son important état algique, se référant au rapport du 3 septembre 2021 de la Dre F._____.

Par décision sur opposition du 17 octobre 2022, la CNA a rejeté l'opposition et confirmé sa décision du 13 juin 2022.

B. a) Par acte du 28 octobre 2022, R._____, toujours représenté par Me Jean-Michel Duc, a déféré cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant, principalement à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente d'invalidité de 19 % et subsidiairement à son annulation avec renvoi de la cause à la CNA pour complément d'instruction et nouvelle décision. Il a fait valoir que l'abattement de 5 % effectué sur le revenu d'invalidité qu'il pouvait réaliser en mettant pleinement en œuvre sa capacité résiduelle de travail était insuffisant et qu'un abattement d'au moins 15 % devait être appliqué.

b) Dans sa réponse du 28 décembre 2022, la CNA a conclu au rejet du recours, se référant à la décision attaquée.

c) L'assuré a répliqué en date du 10 janvier 2023 et confirmé ses conclusions. A cette occasion, il a produit un rapport du 6 décembre 2022 du Prof. E. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Ce chirurgien a notamment énoncé, au titre de limitations fonctionnelles, une impossibilité de marcher plus de dix minutes, de porter des charges de plus de 3 kg et de maintenir la position assise de façon prolongée, lesquels rendaient inexigible l'exercice d'une activité adaptée.

d) La CNA a dupliqué le 3 mars 2023 et maintenu ses conclusions. Elle a produit une appréciation médicale du 2 mars 2023 du Dr A. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lequel a confirmé les limitations fonctionnelles retenues par la Clinique B. _____ dans son rapport du 1^{er} octobre 2020, précisant que les autres limitations fonctionnelles retenues par le Prof. E. _____ relevaient d'atteintes à la santé dont la prise en charge n'incombait pas à la CNA.

e) Se déterminant le 27 mars 2023, R. _____ a confirmé ses motifs et conclusions.

E n d r o i t :

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

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi 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-accidents.

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 réputé 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 en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références citées).

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 129 V 177 consid. 3.2 ; TF 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.1 et les références citées). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle

(ATF 138 V 248 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_220/2016 du 10 février 2017 consid. 7.3). Il en va différemment en présence de troubles qui sont en relation de causalité naturelle avec l'accident, mais qui ne reposent pas sur un déficit organique objectivable (ATF 140 V 356 consid. 3.2). En pareil cas, l'examen de la causalité adéquate se fait selon des règles particulières en fonction de la gravité de l'accident et du type de lésion (ATF 134 V 109 consid. 2.1 ; 129 V 402 consid. 4.4.1 ; 115 V 140 consid. 5). Lorsque notamment l'accident est insignifiant ou de peu de gravité, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre cet événement et d'éventuels troubles psychiques peut, en règle générale, être d'emblée niée (ATF 115 V 403 consid. 5a ; TF 8C_140/2021 du 3 août 2021 consid. 3.3).

4. 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).

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

c) La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 137 V 334 consid. 3.1.1 ; TF 8C_1/2020 du 15 octobre 2020 consid. 3.1).

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) 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). 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).

cc) Si le revenu d'invalidité est déterminé sur la base de données statistiques sur les salaires, comme notamment l'ESS, la valeur de départ ainsi relevée doit, selon la jurisprudence actuelle, être éventuellement réduite. Il s'agit ainsi de tenir compte du fait que des caractéristiques personnelles et professionnelles telles que le type et

l'ampleur du handicap, l'âge, les années de service, la nationalité ou la catégorie de l'autorisation de séjour et le taux d'occupation peuvent avoir des répercussions sur le montant du salaire et que, selon les circonstances, la personne assurée ne peut exploiter la capacité de travail restante qu'avec un résultat économique inférieur à la moyenne, même sur un marché du travail équilibré, et doit généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne. L'abattement ne doit toutefois pas être automatique. Il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération. L'abattement doit plutôt procéder d'une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret ; il ne doit pas dépasser 25 %. La jurisprudence actuelle accorde notamment un abattement sur le revenu d'invalidé lorsqu'une personne assurée est limitée dans ses capacités, même dans le cadre d'une activité non qualifiée physiquement légère (ATF 148 V 174 consid. 6.3 ; ATF 146 V 16 consid. 4.1 ; 142 V 178 consid. 1.3 ; 135 V 297 consid. 5.2 ; 134 V 322 consid. 5.2 ; 126 V 75 consid. 5b/aa-cc ; 124 V 321 consid. 3b/aa).

6. a) Selon l'art. 61 let. c LPGA, le juge apprécie librement les preuves qu'il a recueillies, 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. (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4). Il n'est au demeurant pas lié par les faits constatés dans la décision litigieuse (JEAN MÉTRAL, Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, 2018, n. 63 ad art. 61 LPGA).

b) 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).

c) 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).

7. a) Il n'est pas contesté que le recourant présente à la suite des accidents dont il a été victime les 12 juin 2009 et 30 janvier 2020 des séquelles au niveau des articulations des deux chevilles (rapport des 13 janvier 2010 et 1^{er} octobre 2020 de la Clinique B.____ ; rapport du 15 février 2021 du Dr D.____). Se fondant sur les analyses des médecins de la Clinique B.____ (rapport du 1^{er} octobre 2020, p. 5), de son médecin d'arrondissement (cf. rapport du 15 février 2021 du Dr D.____, pp. 12-13) et du Dr Q.____ (rapport du 11 mai 2021), l'intimée a retenu que le recourant disposait, en lien avec les séquelles aux deux chevilles, d'une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de port de charges supérieures à 5-10 kg ; pas de position debout statique prolongée ; pas de positions contraignantes pour les chevilles [escalier, échelles, accroupissement, marche prolongée, terrain irrégulier]), à savoir un travail léger, principalement sédentaire, avec la faculté de changer les positions. Dans une telle activité adaptée, le pronostic de réinsertion était

« *théoriquement favorable* » selon les médecins de la Clinique B._____, la reprise d'une quelconque activité leur semblant cependant peu probable compte tenu du poids et de la durée des facteurs non médicaux.

b) Sur la base de la situation médicale susmentionnée, l'intimée a retenu un revenu d'invalidé de 62'086 fr. 68, calculé sur la base des données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2020 (niveau de compétence 1), qu'elle a comparé avec un revenu sans invalidité de 68'329 fr. correspondant au montant que le recourant aurait obtenu s'il avait pu poursuivre son activité dans le domaine de la construction (décision sur opposition du 17 octobre 2022, pp. 11 et 13 ; Résumé des documents déterminants pour la fixation de la rente du 11 juin 2022, pp. 2-3). Elle a abouti à un degré d'invalidité de 9 %, taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents.

8. a) Le recourant réfute l'évaluation des limitations fonctionnelles opérée par l'intimée en se prévalant du rapport du 6 décembre 2022 du Prof. E._____, lequel a apprécié la situation en ces termes :

Le patient fait 160 cm pour un poids de 89 kg (BMI 34.8). Le status se limite aux membres inférieurs. La marche sur la pointe des pieds et sur les talons est difficile, l'accroupissement est difficile. A la marche les pieds ne déroulent pas et il y a une discrète boiterie type Duchenne à G. La distance doigt-sol est à 40 cm. Le bassin est équilibré. La mobilisation de la hanche G est douloureuse avec une F à 80° (100° à D), une rotation interne/externe 10°/0/20° (20°/0/30° à D) Ab/Adduction 20°/0/10° (20°/0/20 à D). Les genoux ont une F/E à 115/0/0 ddc. Au niveau des chevilles on note à G plusieurs cicatrices antérieures et latérales sur la jambe et sur la malléole externe, les mêmes types de cicatrices sont présentes à D. La mobilité est très limitée des deux côtés avec une FP/FD à 20°/0/0° à DF comme à G. Les deux pieds sont enraidis avec des deux côtés une provo/supination de 10°/0/10°, la sous-astragalienne est quasiment bloquée en position neutre des deux côtés avec une inversion/éversion à 0°/0/0° à G et 50/0/50 à D. Les pouls sont palpables (Pédieux et Tibial Postérieur), les ROT sont présents (Achilléens et rotuliens), la force des MI est conservée à M5 dans tous les territoires testés.

Radiographies du 01.12.2022 (...) : Bassin de face en charge ; deux pieds face et profil en charge ; deux chevilles face et profil (Voir annexes).

Bassin de face : Coxarthrose bilatérale prédominant à G avec pincement de l'interligne, sclérose des berges et aspects ostéophytique des sourcils cotyloïdiens des deux côtés ainsi que des jonctions des deux têtes fémorales.

Deux pieds en charge face et profil : Arthrose sous-talienne G avec perte de visualisation de l'interligne articulaire. Discret pincement de l'interligne talo-crutale des deux côtés, Séquelles et remaniements post-opératoires malléolaire externe D avec vestige de tunellisation fibulaire distal et remaniement corticospongieux malléolaire externe. Aspect acéré des rebords articulaires talonaviculaire antéro-supérieur ddc. Remaniement dégénératif du Lisfranc avec pincement articulaire plus marqué au niveau cunéo-basi-métatarsien ddc.

Diagnostics :

- Coxarthrose bilatérale, sévère à G
- Arthrose cheville bilatérale posttraumatique
- Arthrose sous-astragalienneposttraumatique marquée à G
- Arthrose du Lisfranc posttraumatique bilatérale
- Obésité tronculaire
- Amaurose œil G

Sur le plan thérapeutique, une prothèse totale de hanche est à envisager à court et moyen terme. Un chaussage adapté est nécessaire avec des séances de physiothérapie pour maintenir la mobilité. Le patient nécessite également des anti-inflammatoires et des antalgiques à la demande.

La capacité de travail sur un chantier est nulle. Une capacité de travail dans une activité adaptée comprenant des limitations du périmètre de marche à 10 minutes, une impossibilité de marcher dans un terrain inégal, pas d'échelles ni d'escaliers, une impossibilité de la station debout ou assise prolongée, et une impossibilité de port de charge de plus de 3 kg, n'est pas exigible au vu des diagnostics ci-dessus.

b) En l'espèce, il n'y a pas lieu de s'écarter de l'évaluation des limitations fonctionnelles retenue par l'intimée, les autres atteintes mentionnées par le Prof. E. _____ n'étant pas en lien de causalité avec les accidents subis par le recourant comme le met en évidence le Dr A. _____ dans son appréciation médicale du 10 février 2023. Ce dernier a en particulier relevé ce qui suit :

L'arthrose du Lisfranc est qualifiée comme post-traumatique et bilatérale, ceci n'est pas un diagnostic, cette assertion n'est pas recevable en bloc, elle accole à un diagnostic médical une causalité. Sur les images dont nous disposons cette arthrose n'apparaît et de plus ceci ne correspond pas aux diagnostics qui ont pu être portés initialement en causalité naturelle et vraisemblance prépondérante, puisque, à droite il s'agissait d'une fracture malléolaire externe de

type Weber B, et à gauche d'une fracture peu déplacée du processus latéral du talus gauche à distance de de l'interligne de Lisfranc.

Il a existé, dans les diagnostics de sortie de la Clinique B._____, l'existence validée d'une algodystrophie de la cheville droite.

L'interligne de Lisfranc a donc toujours été épargné par tous les mécanismes en tout cas initiaux lors du premier événement du 12.06.2009, et lors du deuxième événement.

Nous ne pouvons que nous attacher à la description faite par le Dr L._____ du Centre H._____ (...) qui notait dans les diagnostics antécédents l'intervention :

- Status post fracture de la malléole postérieure isolée le 31.01.2020,

- Status post séquelles traumatiques de la cheville droite et de l'arrière-pied,

Avec un status post réduction ouverte et ostéosynthèse d'une fracture Weber B de la cheville droite,

- Arthrose sous-talienne gauche sur status post fracture du processus latéral du talus traitée par l'arthrodèse sous-talienne et la résection du processus latéral du talus le 30.11.2012,

- Status post ablation de matériel le 29.11.2013.

Ce sont ces diagnostics que nous considérons comme pertinents et probants.

La coxarthrose bilatérale, sévère à gauche, n'est pas en causalité avec aucun des événements présentés par l'assuré.

Les éléments diagnostiques qui eux sont ou constitutionnels comme l'obésité (...), ou d'apparition dans l'enfance comme l'amaurose de l'œil gauche, ce sont autant d'éléments jouant un rôle dans les plaintes possibles de l'assuré, mais hors de causalité avec l'évènement pris en charge par la Suva.

Si l'on élimine donc fondamentalement ce qui était le plus prégnant lors de l'examen du Prof. E._____, on ne peut que retenir, chez ce patient parfaitement examiné dans le cadre de la prise en charge des événements déclarés à la SUVA, suivis, connus, les limitations fonctionnelles définitives qui ont été retenues lors du dernier séjour à la Clinique B._____ qui sont :

Le port de charges supérieures à 5-10 kg.

- La position debout statique prolongée.

- La position contraignante pour les chevilles.

- Les escaliers et les échelles.

- Les accroupissements.

- La marche prolongée ou en terrain irrégulier.

Ces éléments font que l'ancienne activité de manœuvre n'est plus exigible.

En revanche, une pleine capacité de travail sans baisse de rendement dans une activité légère principalement sédentaire avec des possibilités de changer les positions, apparaît le plus adapté.

L'examen radio clinique est parfaitement superposable à celui du 04.12.2019.

Malheureusement, le patient n'est plus dans une démarche de recherche d'emploi depuis longtemps.

Quant à l'avis de la Dre F.____ (rapport du 3 septembre 2021), on ne voit pas dans quelle mesure les limitations fonctionnelles qu'elle énonce, singulièrement le périmètre de marche réduit de 30 minutes, empêcheraient l'exercice d'une activité adaptée telle que décrite par les médecins de la Clinique B.____. S'agissant plus particulièrement de la problématique des douleurs mentionnée par cette spécialiste, il y a lieu de souligner que les intervenants de la Clinique B.____ ont observé que les plaintes et limitations fonctionnelles ne s'expliquaient que partiellement par les lésions objectives constatées pendant le séjour, des facteurs contextuels jouant un rôle important dans les plaintes et les limitations fonctionnelles rapportées par le recourant (rapport du 1^{er} octobre 2020, p. 4). Ils ont notamment relevé ce qui suit :

On retrouve par exemple une focalisation marquée sur la douleur, une auto-évaluation des capacités fonctionnelles bien inférieure aux constatations objectives (en-dessous d'une activité très légère et sédentaire), une kinésiophobie marquée et des scénarios catastrophes multiples, se péjorant encore en fin de séjour. On rappelle également la longue incapacité, l'absence de formation chez un patient qui ne se projette absolument pas professionnellement, la douleur étant un frein à toute activité quelle qu'elle soit.

En définitive, il ne se justifie pas de fixer de plus amples limitations fonctionnelles, celles énoncées par la Clinique B.____ pouvant être confirmées.

9. Cela étant constaté, il s'agit de déterminer le degré d'invalidité du recourant, singulièrement d'examiner si l'étendue de l'abattement sur le salaire statistique pris en compte pour fixer le revenu d'invalidité est conforme au droit fédéral.

a) Le recourant reproche à l'intimée d'avoir sous-estimé ses limitations fonctionnelles, de ne pas avoir tenu compte de ses années de

services auprès de son dernier employeur, de sa nationalité et de son manque d'expérience dans les professions exigibles sur le plan médical.

aa) Il n'y a pas lieu de procéder à un abattement supérieur à 5 % afin de tenir compte des limitations fonctionnelles. Contrairement à ce que sous-entend le recourant, l'étendue de l'abattement opéré sur le revenu d'invalidé ne dépend pas du nombre de limitations fonctionnelles retenues (TF 9C_326/2018 du 5 octobre 2018 consid. 7.2). Ainsi que l'a mis en évidence la caisse intimée, le recourant souffre de limitations fonctionnelles au niveau des chevilles (pas de port de charges supérieures à 5-10 kg ; pas de position debout statique prolongée ; pas de positions contraignantes pour les chevilles [escalier, échelles, accroupissement, marche prolongée, terrain irrégulier]). Or il existe sur le marché du travail un certain nombre d'activités qui ne requièrent pas de déplacement itératif (surtout sur terrain irrégulier), de station debout prolongée ou de port de charges lourdes (TF 8C_860/2018 du 6 septembre 2019 consid. 6.3.3 ; voir aussi TF 8C_280/2022 du 1^{er} mars 2023 consid. 7.2.3). Considérées dans leur globalité, les limitations fonctionnelles retenues par la Clinique B._____ n'ont par conséquent qu'une incidence minime sur l'exercice des activités simples et légères qui restent exigibles du recourant. D'ailleurs, il ne ressort pas du dossier - et le recourant ne cherche nullement à mettre en évidence un tel fait - que les effets de l'atteinte à la santé pourraient jouer un rôle plus important sur les perspectives salariales dans le cadre de l'exercice d'une activité simple, légère et ne nécessitant pas de formation particulière.

bb) Contrairement à ce que soutient le recourant, il n'y a pas lieu non plus d'opérer un abattement sur le revenu d'invalidé en raison des années de service. Selon une jurisprudence constante, l'influence de la durée de service diminue dans la mesure où les exigences d'un emploi dans le secteur privé sont moins élevées, de sorte qu'un abattement pour les années de service n'est pas justifié dans le cadre du niveau de compétence 1 de l'ESS, pertinent en l'espèce (TF 9C_226/2020 du 13 août 2020 consid. 5.2 ; 8C_103/2018 du 25 juillet 2018 consid. 5.2 ;

8C_883/2015 du 21 octobre 2016 consid. 6.3.2 ; 9C_874/2014 du 2 septembre 2015 consid. 3.3.2).

cc) Il convient également d'exclure tout inconvénient lié à la nationalité étrangère du recourant, dès lors que celui-ci vit en Suisse depuis 2001-2002 (notice d'entretien à domicile de la CNA du 1^{er} juillet 2009) et qu'il est titulaire d'un permis d'établissement (cf. ATF 126 V 75 consid. 5a/cc ; TF 8C_883/2015 du 21 octobre 2016 consid. 6.3.2 ; 8C_738/2012 du 20 décembre 2012 consid. 6.2).

dd) Quant au manque d'expérience d'un assuré dans une nouvelle profession, il ne constitue pas selon la jurisprudence un facteur susceptible de jouer un rôle significatif sur ses perspectives salariales, lorsque les activités adaptées envisagées (simples et répétitives de niveau de compétence 1) ne requièrent ni formation, ni expérience professionnelle spécifique. En outre, tout nouveau travail va de pair avec une période d'apprentissage, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'effectuer un abattement à ce titre (ATF 146 V 16 consid. 6.2.3 ; TF 8C_103/2018 du 25 juillet 2018 consid. 5.2 ; 9C_200/2017 du 14 novembre 2017 consid. 4.5).

ee) Il y a enfin lieu de préciser qu'il est vain de vouloir procéder à des comparaisons avec d'autres affaires jugées par le Tribunal fédéral comme le recourant cherche à le faire dans son mémoire du 28 octobre 2022, dès lors qu'un abattement sur le salaire statistique pris en compte pour fixer le revenu d'invalidé résulte toujours d'une appréciation globale de l'ensemble des circonstances propres au cas d'espèce (ATF 126 V 75 consid. 5b/bb ; TF 8C_679/2020 du 1^{er} juillet 2021 consid. 6.1 ; 8C_883/2015 du 21 octobre 2016 consid. 6.3.2).

b) Aussi, la caisse intimée n'a pas violé le droit fédéral en retenant un abattement de 5 % sur le salaire statistique pris en compte pour fixer le revenu d'invalidé. La comparaison du revenu d'invalidé de 62'086 fr. 68 avec le revenu sans invalidité de 68'329 fr. aboutit à un degré d'invalidité de 9 %, taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents.

9. a) Mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition attaquée confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f^{bis} LPGA), ni d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

c) La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire. La liste des opérations produite par Me Jean-Michel Duc le 17 avril 2023 ne peut cependant pas être intégralement suivie. En effet, le tarif horaire sur lequel se fonde la liste des opérations produite ne peut être retenu et il convient de se référer au tarif horaire prévu par l'art. 2 al. 1 let. b RAJ (règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3), à savoir 110 fr. pour un avocat stagiaire. Pour le reste, les opérations de l'avocat-stagiaire de Me Jean-Michel Duc, vérifiées à la lumière du dossier, peuvent être confirmées, si bien qu'il convient d'arrêter l'indemnité à 891 fr. 50 (7h10 × 110 fr. + 5% + 7,7%), débours et TVA compris (art. 2, 3 al. 1 et 3^{bis} RAJ). La partie recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser l'indemnité provisoirement prise en charge par l'Etat dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (art. 5 RAJ).

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

I. Le recours est rejeté.

- II. La décision sur opposition rendue le 17 octobre 2022 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.
- IV. L'indemnité de Me Jean-Michel Duc, conseil d'office du recourant, est arrêtée à 891 fr. 50 (huit cent nonante-et-un francs et cinquante centimes), débours et TVA compris.
- V. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement de l'indemnité du conseil d'office provisoirement mise à la charge de l'Etat.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Jean-Michel Duc (pour le recourant),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (intimée),
- 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 :