

VD_FINDINFO Arrêt / 2016 / 338 vom 30. März 2016

VD Tribunal cantonal, 2016-03-30, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2016__338

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2016 / 338 du 30 mars 2016

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2016 / 338 del 30 marzo 2016

Regeste

ACCIDENT PROFESSIONNEL, ÉVALUATION DE L'ATTEINTE À LA SANTÉ, ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, ÉVALUATION DE L'INVALIDITÉ, ÉVALUATION MÉDICO-THÉORIQUE, ATTEINTE À LA SANTÉ PSYCHIQUE, LIEN DE CAUSALITÉ, CAUSALITÉ ADÉQUATE, CAUSALITÉ NATURELLE, INDEMNITÉ POUR ATTEINTE À L'INTÉGRITÉ | 16 al. 1 LAA, 18 al. 1 LAA, 19 al. 1 LAA, 24 LAA, 25 LAA, 6 al. 1 LAA, 16 LPGA, 4 LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA, 22 al. 4 OLAA, 36 OLAA

Erwägungen

E. 10

p. 28 consid. 4b; ATF 124 V 90 consid. 4b; 122 V 157 consid. 1d et référence citée). 5. 5.1. En l'espèce, l'intimée a considéré dans la décision attaquée que l'état de santé du recourant était stabilisé au plus tard dès le 25 juin 2010, date à laquelle elle a mis fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière. Dans leur rapport du 31 mai 2010, les Dr T._____ et M._____ ont considéré que, sur le plan asséculo-logique, la situation semblait stabilisée, surtout par le fait qu'aucune mesure complémentaire d'ordre conservateur ou chirurgical susceptible de modifier de manière déterminante la situation constatée n'était envisagée. Cette opinion rejoignait celle émise par les Dr K._____ et P._____ de la X. _____ qui relevaient dans leur rapport de sortie du 22 janvier 2010 que la situation médicale pouvait être considérée comme stabilisée. En se prévalant de la décision de l'OAI du 30 mai 2012, le recourant fait valoir que sa situation médicale n'aurait pas été stabilisée avant le 1^{er} décembre 2010. Il ne prend toutefois aucune conclusion tendant à la poursuite du paiement des soins médicaux ou des indemnités journalières. En outre, faute d'opposition déposée dans le délai légal, la décision de l'intimée du 25 juin 2010 mettant fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière est entrée en force. On doit dès lors considérer du point de vue du droit de l'assurance-accidents que la situation médicale du recourant était stabilisée au plus tard dès le 25 juin 2010, date à laquelle le recourant a atteint le statu quo ante vel sine. Cette stabilisation est par ailleurs confirmée par les pièces médicales au dossier s'agissant de l'aspect purement orthopédique, qui, comme on le verra ci-dessous, est le seul qui soit en lien de causalité adéquate avec l'accident à l'origine de la prise en charge. 5.2. Il n'est pas douteux que les troubles orthopédiques du recourant en lien avec son pied droit sont en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident du 2 novembre 2007. S'agissant des troubles au rachis, le recourant a d'abord déclaré, dans son mémoire de recours, qu'il renonçait à les faire valoir «dans la mesure de sa capacité résiduelle». Dans le cadre de la procédure administrative, le recourant a en effet échoué à rendre vraisemblable que ses troubles étaient en lien de causalité avec l'événement assuré. Ainsi, dans un rapport du 20 février 2013, le Dr

D. _____, qui a été consulté par le recourant, a exposé qu'il n'avait pas d'éléments suffisants pour ouvrir un dossier d'incapacité de travail en relation avec la pathologie rachidienne lombaire. Les troubles au rachis ont également fait l'objet d'une appréciation médicale du Dr C. _____ du 11 septembre 2012, rédigée en langue allemande et non traduite. Selon cet expert, il n'y a que peu de données médicales crédibles, s'il en existe, pour admettre un lien entre une fracture du calcanéum et des douleurs lombaires. Il s'est en conséquence prononcé dans sa conclusion contre l'admission d'un lien de causalité entre les douleurs lombaires du recourant et les lésions subies à son pied droit suite à l'événement assuré. Les documents produits ultérieurement par le recourant ne permettent pas de mettre en doute ces conclusions. Le rapport du 31 octobre 2013 du Dr D. _____ fait état de lombalgies préexistantes à l'accident. La symptomatologie douloureuse aurait été aggravée par le fait que le recourant doive marcher de manière systématique à l'aide de cannes anglaises depuis l'événement assuré. Toutefois, le Dr C. _____ a exposé dans son rapport qu'il n'existait pas de donnée scientifique pour accréditer l'existence d'un lien de causalité entre ces deux occurrences. Pour le surplus, dans son rapport précité, le Dr D. _____ ne met pas en évidence un tel lien de causalité mais estime que certaines limitations fonctionnelles sont les conséquences «associées» de la pathologie séquellaire du pied droit et de celle de la colonne vertébrale. L'emploi de l'adjectif séquellaire uniquement pour la pathologie du pied droit montre bien que ce médecin ne considère pas que la pathologie lombaire est en rapport avec l'événement accidentel du 2 novembre 2007. En conséquence, tout lien de causalité entre l'événement assuré et les troubles lombaires du recourant doit être écarté. Les limitations fonctionnelles à prendre en considération du point de vue de l'assurance-accidents sont donc uniquement celles qui sont liées à la problématique orthopédique indépendamment des troubles lombaires dont l'intimée n'a pas à répondre.

5.3. S'agissant des troubles psychiques, il faut d'abord relever que, du point de vue de la causalité naturelle, ils ne paraissent pas d'emblée sans rapport avec l'accident. Ainsi, dans leur rapport du 31 mai 2010, les Dr T. _____ et M. _____ estiment que «ces troubles psychiques sont en relation de causalité naturelle avec l'accident du 2 novembre 2007». Il n'y a pas de facteurs étrangers à l'accident qui peuvent expliquer leur survenue. Il convient donc d'examiner le degré de gravité de l'accident. Si l'on se réfère aux cas similaires traités par la jurisprudence, l'accident subi par le recourant le 2 novembre 2007 doit être classé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne stricto sensu. Cela étant, il y a lieu d'examiner si les différents critères retenus par la jurisprudence pour admettre un lien de causalité adéquate avec d'éventuels troubles psychiques sont remplis en l'espèce. L'accident dont le recourant a été victime a eu lieu sur le site de la gare de [...]. Son pantalon est resté croché au moment où il tentait de raccorder deux wagons et un essieu du mouvement de manœuvre lui a roulé sur le talon du pied droit. L'accident était donc sérieux mais pas particulièrement impressionnant. En particulier, le recourant n'a pas été traîné par le wagon si bien qu'il n'a pas craint pour sa vie. Le recourant, qui n'a pas perdu connaissance, était sérieusement blessé mais sa blessure était clairement délimitée, seul le pied droit étant atteint. Les lésions physiques n'étaient donc pas selon le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie de nature à entraîner des troubles psychiques. Le traitement médical a nécessité plusieurs interventions singulièrement pour reconstituer le pied du recourant au moyen de plusieurs greffes de peau. Si le traitement s'est étendu sur plus de deux ans, il n'avait en revanche pas un caractère continu et n'entraînait pas d'effets secondaires particulièrement lourds à supporter. L'accident a entraîné pour le recourant des douleurs physiques persistantes au pied droit qui sont confirmées tant dans le rapport final

de la CNA que dans l'expertise réalisée dans le cadre de la procédure d'assurance-invalidité. Aucune erreur dans le traitement médical ne peut être relevée. En outre, la blessure grave du recourant a pu être traitée sans complication majeure, même si les médecins ont constaté dans l'examen médical final que le traitement avait été «laborieux». Les médecins ont en outre constaté que le recourant avait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée un peu plus de deux ans après l'accident. Au vu de l'analyse ci-dessus, l'on se doit de constater que seul un des critères posés par la jurisprudence est réuni en l'espèce. Or, s'agissant d'un accident de degré de gravité moyenne stricto sensu, 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 pour l'accident (par. ex. TF, 8C_434/2013 du 7 mai 2014 consid. 7.1 et les arrêts cités). On notera en particulier que la survenance d'un accident de gravité moyenne présente toujours un certain caractère impressionnant pour la personne qui en est victime, ce qui ne suffit pas en soi à conduire à l'admission de ce critère (voir par comparaison TF, 8C_657/2013 du 3 juillet 2014 consid. 5.3). Partant, c'est à bon droit que la CNA n'a pas tenu compte des troubles psychiques du recourant dans la décision attaquée. 5.4. Sur la base des atteintes à la santé en lien de causalité avec l'événement assuré, l'intimée a retenu que le recourant conservait une capacité de travail entière pour déployer une activité légère, essentiellement en position assise toute la journée. Le recourant soutient pour sa part que compte tenu de ses empêchements il n'a plus aucune capacité de gain sur un marché du travail équilibré. Dans leur examen médical du 31 mai 2010, les Drs T._____ et M._____ ont retenu au titre de l'exigibilité une activité «purement sédentaire, sans nécessité de déplacement ou alors occasionnellement et seulement sur quelques mètres, sans déplacement dans les escaliers, sans nécessité de conduite». Le recourant allègue notamment qu'il doit continuer à effectuer tous ses déplacements avec deux cannes anglaises et non une seule comme le retient la décision attaquée. Cela étant, on ne voit pas en quoi cette circonstance serait de nature à l'empêcher d'exercer une activité essentiellement en position assise et qui n'implique pas de déplacement. Il n'y a donc pas de contradiction avec les limitations fonctionnelles retenues par l'intimée. Pour le surplus, le recourant fait valoir des limitations fonctionnelles résultant d'atteintes à la santé sans lien de causalité avec l'accident. Ainsi, le recourant soutient, en se fondant sur le rapport du Dr D._____ du 31 octobre 2013, qu'il ne peut rester en position assise mais doit au contraire alterner les positions pour soulager ses douleurs lombaires. Toutefois, cet élément est sans pertinence pour évaluer les limitations fonctionnelles dont doit répondre l'intimée soit celles qui sont en lien avec les atteintes à la santé consécutives à l'événement assuré et seulement celles-ci. Or, il apparaît que, sous l'angle orthopédique, le recourant conserve une pleine capacité de travail pour autant que l'activité exercée soulage entièrement le pied droit qui a pratiquement perdu toute utilité fonctionnelle suite à l'accident dont il a été victime. Ce constat correspond d'ailleurs à celui auquel les experts médicaux mis en œuvre dans le cadre de la procédure devant l'OAI sont parvenus. Dans leur rapport, les Dr F._____, H._____ et L._____ ont également considéré que, sur le plan strictement orthopédique, la capacité de travail du recourant était complète dans une activité adaptée, c'est-à-dire sans nécessité de déplacement ou occasionnellement sur quelques mètres et sans marche d'escaliers ou conduite de véhicule. L'OAI n'a admis une diminution de rendement, respectivement une incapacité de travail totale, qu'en raison des troubles psychiques qui ne sont pas en lien de causalité adéquate avec l'événement assuré. Au vu de ce qui précède, il y a lieu de retenir que le recourant a une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles

résultant des séquelles en lien de causalité avec l'événement assuré. 5.5. Sur le plan médical, le dossier est complet, permettant ainsi à la Cour de statuer en pleine connaissance de cause. Un complément d'instruction apparaît inutile et la requête d'expertise du recourant ainsi que celle tendant à l'audition de témoins doivent dès lors être rejetées. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 134 I 140 consid. 5.3, 131 I 153 consid. 3 et 130 II 425 consid. 2; cf. TF 9C_748/2013 du 10 février 2014).

6.1. En vertu 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. A teneur de l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré, et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente.

6.2. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptations exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain; de plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). On rappellera en outre que la notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance-invalidité et d'assurance militaire. Cela impose une certaine coordination aux institutions d'assurance, qui doivent en principe retenir un même taux d'invalidité pour une même atteinte à la santé. Des divergences ne sont toutefois pas à exclure d'emblée. S'ils ne peuvent pas ignorer purement et simplement l'évaluation de l'invalidité à laquelle a procédé un autre assureur social dans une décision entrée en force, ils doivent s'en écarter s'ils ont des motifs pertinents de le faire. Cela ne sera en principe qu'exceptionnellement le cas. Peuvent constituer des motifs suffisants le fait que l'évaluation contestée repose sur une erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable, qu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré, qu'elle repose sur des mesures d'instruction extrêmement limitées et superficielles ou encore, de manière plus générale, qu'elle ne soit pas du tout convaincante ou qu'elle soit entachée d'inobjectivité (ATF 126 V 288 consid. 3; TFA I 853/05 du 28 décembre 2006 consid. 4.1.1). Dans un arrêt publié aux ATF 133 V 549, le Tribunal fédéral a précisé sa jurisprudence relative au principe d'uniformité de la notion d'invalidité dans l'assurance sociale en ce sens que l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-accidents n'a pas de force contraignante pour l'assurance-invalidité au sens de l'ATF 126 V 288. Indépendamment de cette précision, le Tribunal fédéral des assurances avait déjà jugé que les organes de l'assurance-invalidité et ceux de l'assurance-accidents étaient tenus de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité, les uns ou les autres ne pouvant se contenter de reprendre simplement et sans avoir effectué leur propre examen le degré d'invalidité fixé par l'autre assureur (ATF 126 V 288 consid. 3d; TF 9C_813/2012 du 18 mars 2013 consid. 3.4).

6.3 Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de

réadaptation, sur un marché du travail équilibré (cf. également : TF 8C_125/2010 du 2 novembre 2010 consid. 2; Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit, 2^{ème} éd., Bâle/Genève/Munich 2007, n° 165 p. 898). La notion de marché du travail équilibré est certes théorique et abstraite mais elle est inhérente au système et trouve son fondement à l'art. 16 LPGA. Cela signifie qu'il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail – ce qui revient à l'assurance-chômage –, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (TF 8C_771/2011 du 15 novembre 2012 consid. 4.2). 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 ; dans la mesure où ils ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus; cf. ATF 128 V 29 consid. 1; TF 9C_195/2010 du 16 août 2010 consid. 6.2; cf. Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 165 pp. 898-899). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente (ATF 129 V 222; TF 9C_254/2010 du 29 octobre 2010 consid. 4.2).

6.4 Le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé; le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte si nécessaire de l'évolution des prix et de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1 et 129 V 222 consid. 4.3.1; TF 9C_651/2008 du 9 octobre 2009 consid. 6.1.2.1). En l'espèce, l'intimée s'est fondée sur les déclarations de salaire fournies par l'employeur conformément à l'art. 22 al. 4 OAA pour retenir un revenu mensuel, part au 13^{ème} salaire comprise, de 6'880 francs. Le recourant soutient que la valeur d'un abonnement général R. _____ ainsi qu'un montant forfaitaire pour compenser la perte d'un tarif avantageux sur les produits de la boutique des R. _____ devraient être ajoutés à ce montant. Toutefois, il n'apporte pas la preuve que ces avantages en nature aient été considérés par l'employeur ou par les autorités comme un élément du salaire. C'est à tout le moins douteux pour le rabais sur les articles de la boutique R. _____ dans la mesure où il ne s'agit à l'évidence pas d'une prestation régulière. Au vu de ce qui précède, c'est à juste titre que l'intimée a fixé le revenu avant invalidité à 6'880 francs.

6.5. Pour fixer le revenu d'invalide, il convient de se fonder sur un revenu hypothétique lorsque – comme en l'espèce – l'assuré ne met pas à profit sa capacité de travail après l'accident (cf. Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 170 p. 899). Dans ce cas, la jurisprudence considère que le revenu d'invalide peut être évalué sur la base des données salariales publiées par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) (cf. ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 et 126 V 75 consid. 3b/aa avec les références citées; cf. TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3; cf. Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 171 s. p. 900), ou en fonction des données salariales résultant des DPT établies par la CNA (cf. ATF 135 V 297 consid. 5.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1) La jurisprudence admet que les DPT, qui reposent sur des postes de travail concrets et permettent de ce fait une approche différenciée

des activités exigibles en prenant en compte les limitations dues au handicap de l'assuré, les autres circonstances personnelles et professionnelles, ainsi que les aspects régionaux, constituent une base plus concrète que les données tirées de l'ESS pour apprécier le salaire d'invalidé, même si le Tribunal fédéral a renoncé à donner la préférence à l'une ou l'autre de ces méthodes d'évaluation (cf. ATF 129 V 472 consid. 4.2; cf. Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 176 p. 901). Pour que le revenu d'invalidé corresponde aussi exactement que possible à celui que l'assuré pourrait réaliser en exerçant l'activité que l'on peut raisonnablement attendre de lui (cf. ATF 128 V 29 consid. 1), l'évaluation dudit revenu doit nécessairement reposer sur un choix large et représentatif d'activités adaptées au handicap de la personne assurée. C'est pourquoi la jurisprudence impose, en cas de recours aux DPT, la production d'au moins cinq d'entre elles (cf. ATF 129 V 472 consid. 4.2.2; cf. TF 8C_809/2008 du 19 juin 2009 consid. 4.2.2 et 8C_4/2008 du 25 juin 2008 consid. 3.2). La jurisprudence exige de plus la communication du nombre total des postes de travail pouvant entrer en considération d'après le type de handicap de l'assuré, ainsi que du salaire le plus haut, du salaire le plus bas et du salaire moyen du groupe auquel il est fait référence. Il s'agit d'assurer une certaine représentativité des DPT produites et de garantir le respect du droit d'être entendu du recourant (cf. ATF 129 V 472 consid. 4.2.2; cf. TF 8C_809/2008 précité consid. 4.2.2). Par ailleurs, il n'y a pas lieu de procéder à une réduction en cas de recours à des DPT car celles-ci prennent déjà en considération la situation particulière de l'assuré. En d'autres termes, lorsque le revenu d'invalidé est déterminé sur la base des DPT, une réduction du salaire, eu égard au système même des DPT, n'est ni justifiée ni admissible (cf. ATF 129 V 472 consid. 4.2.3; cf. TF 8C_715/2008 du 16 mars 2009 consid. 4.3). En l'occurrence, la CNA s'est fondée sur des descriptions de postes de travail figurant au dossier. Le recourant, qui n'a pas repris d'activité lucrative depuis l'accident dont il a été victime, se prévaut du degré d'invalidité plus favorable retenu par l'OAI dans sa décision du 30 mai 2012 sur la base des données statistiques de l'enquête suisse sur les salaires, soit 48% sans tenir compte des limitations psychiques justifiant une diminution de rendement de 20%. Conformément à la jurisprudence rappelée ci-dessus (consid. 6.2.), l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante pour l'assureur-accidents (ATF 131 V 362). On ne peut donc simplement se référer au degré d'invalidité retenu par l'OAI mais il convient bien plutôt d'examiner si l'évaluation à laquelle a procédé l'intimée est conforme au droit fédéral (TF 9C_813/2012 du 18 mars 2013, consid. 3.4.). En l'occurrence, la CNA a listé plus d'une centaine de DPT et en a sélectionné cinq, à savoir trois comme collaborateur de production, une comme employé de bureau et une comme fabricant d'instruments de mesure. Or, il apparaît que le poste d'employé de bureau ne répond aux qualifications du recourant. Selon le descriptif, il s'agit de saisir au sein d'une entreprise active dans la vente de produits sidérurgiques des bulletins de préparation sur informatique afin de les transformer en bulletins de livraison. L'employé peut en outre être amené à chercher ces bulletins dans les halles, ce qui peut représenter de 1 à 4 déplacements par jour sur 500 mètres aller-retour. Or, de nationalité kosovare, le recourant, bien qu'établi en Suisse depuis 1983, a une maîtrise très partielle du français dans la mesure où il ressort du dossier qu'il a besoin de son fils pour les démarches administratives. Il n'y a en outre aucun élément laissant apparaître qu'il dispose de connaissances informatiques. Enfin, les déplacements nécessités par ce poste ne sont pas en adéquation avec son handicap. Pour le surplus, les DPT retenues par l'intimée sont compatibles avec l'état de santé du recourant, dans la mesure où elles n'impliquent pas de déplacement ni de marche dans les escaliers et permettent d'alterner les positions debout et

assise. Cela étant, le nombre des DPT que l'on peut retenir s'avère donc inférieure au seuil de cinq fixé par la jurisprudence précitée. Force est en outre de constater que le revenu d'invalidé résultant des DPT sélectionnées par l'intimée (4'900 fr.) ne tient pas adéquatement compte de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier. En matière LAA, il est possible, mais non impératif, de recourir aux statistiques salariales (ESS) pour déterminer le revenu d'invalidé dans le cas où l'assuré n'a repris aucune activité lucrative ou une activité ne correspondant pas à l'exigibilité (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Dans un tel cas, on se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 323 consid. 3b/bb; TF I 7/2006 du 12 janvier 2007 consid. 5.2; Pratique VSI 1999 p. 182). En outre, une déduction supplémentaire des salaires statistiques peut être opérée dont la mesure dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). Une déduction globale maximale de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 135 V 297 consid. 5.2 in fine; 134 V 322 consid. 5.2; 126 V 75 consid. 5b/aa-cc; TF 9C_704/2008 du 6 février 2009 consid. 3). Dans le cas d'espèce, le salaire de référence pour des hommes effectuant des activités simples et répétitives était, en 2008 (ESS 2012; tableau TA1, niveau de qualification 4, disponible sur le site Internet de l'Office fédéral de la statistique : www.bfs.admin.ch), de 4'806 fr. par mois, part au treizième salaire comprise. En tenant compte de la durée hebdomadaire de travail dans les entreprises en 2008 (41.6 heures; La Vie économique, 10-2006, p. 90, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à 4'998 fr. 25, correspondant à un salaire annuel de 59'978 fr. 88. Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2008 à 2009 (+ 2.1%; La Vie économique, 10-2006, p. 91, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de 61'238 fr. 45. On observe que, dans sa décision du 30 mai 2012 retenant les chiffres ci-dessus, l'OAI a tenu compte d'une diminution de rendement de 20% due aux atteintes psychiques. Dans le cadre de l'assurance-accidents, il n'y a pas lieu de retenir cette diminution, faute de lien de causalité avec l'événement assuré. Cela étant, il y a lieu de retenir un abattement sur le revenu d'invalidité qu'aurait pu réaliser le recourant. Au moment où la décision litigieuse a été rendue, le recourant était âgé de 54 ans; il s'agit en outre d'un travailleur sans formation, de nationalité étrangère et s'exprimant difficilement en français, et qui a œuvré pendant dix-sept ans en tant que manœuvre pour le compte des R._____. Compte tenu de l'ensemble des circonstances, on doit admettre qu'un taux de 15% tel qu'il avait été retenu par l'OAI est approprié. Si le recourant est encore éloigné du seuil à partir duquel le Tribunal fédéral reconnaît généralement que le facteur de l'âge devient déterminant et nécessite une approche particulière (TF 9C_652/2014 du 20 janvier 2015 consid. 4.2 et les références), force est de reconnaître que les autres éléments relatifs à ses circonstances personnelles et professionnelles sont de nature à diminuer ses possibilités de revenu sur un marché de travail équilibré. Si l'on applique le taux d'abattement de 15% au revenu de 61'238 fr. 45, on obtient un revenu d'invalidé de 52'052 fr. 70. Comparé au revenu sans invalidité de 80'160 fr. (soit 6'680 x 12), il s'ensuit une perte de gain de 28'107 fr. 30, d'où un taux d'invalidité de 35.06%, qui doit être arrondi à 35%. 6.6. En définitive, il y a donc lieu de retenir le résultat de la méthode fondée sur les statistiques salariales qui tient mieux compte des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier et se rapproche donc en l'occurrence plus exactement d'une évaluation concrète du revenu d'invalidité. La décision doit donc être réformée sur ce point, l'intimée étant chargée de calculer à nouveau

le montant de la rente d'invalidité à laquelle a droit le recourant dès le 1^{er} août 2010 en se fondant sur un taux d'invalidité de 35%. 7. En dernier lieu, il s'impose d'examiner la quotité de l'indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (IPAI) octroyée par la CNA, à concurrence d'un taux de 30% alors que le recourant prétend avoir droit à une indemnité de 45% au moins.

7.1 Celui qui, par suite d'un accident assuré, 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 (art. 24 al. 1 LAA). Aux termes de l'art. 24 al. 2 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé. Cette disposition légale ne fixe pas seulement le moment auquel l'assureur-accidents doit statuer sur le droit éventuel à une indemnité pour atteinte à l'intégrité, mais également le moment déterminant auquel les conditions matérielles du droit doivent être examinées. L'assureur doit d'abord statuer sur le droit à la rente avant de rendre sa décision sur l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (TF 8C_221/2012 du 4 avril 2013 consid. 4.2.2; TFA U 105/03 du 23 décembre 2003 consid. 5.2 in : RAMA 2004 n° U 508 p. 265). D'après 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.

7.2 Faisant notamment usage d'une délégation de compétence prévue à l'art. 25 al. 2 LAA, le Conseil fédéral a édicté l'art. 36 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents; RS 832.202). Selon l'alinéa 2 de cette disposition réglementaire, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 OLAA. Cette annexe comporte un barème – reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 124 V 29 consid. 1b; 124 V 209 consid. 4a/bb; 113 V 218 consid. 2a) – des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent. L'indemnité allouée pour les atteintes à l'intégrité désignées à l'annexe 3 OLAA s'élève, en règle générale, au pourcentage indiqué du montant maximum du gain assuré (ch. 1 al. 1). Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, compte tenu de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2). La Division médicale de la CNA a établi des tables d'indemnisation en vue d'une évaluation plus affinée de certaines atteintes (Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA). Ces tables n'ont pas valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Toutefois, dans la mesure où il s'agit de valeurs indicatives, destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 OLAA et permettent de procéder à une appréciation plus nuancée, lorsque l'atteinte d'un organe n'est que partielle (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc; TF 8C_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.1).

7.3 Le Tribunal fédéral des assurances a consacré le caractère objectif ou égalitaire de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, qui doit être fixée exclusivement en fonction de la gravité et de la durabilité de l'atteinte et non pas en fonction de la manière dont elle est vécue par l'assuré (ATF 113 V 218 consid. 4). La gravité de l'atteinte s'apprécie selon les constatations médicales. Elle doit être la même pour tous les assurés présentant le même status médical, sur la base des mêmes constatations médicales objectives. Elle est évaluée de manière abstraite, égale pour tous et il n'est pas nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'elle entraîne pour l'assuré concerné ou des effets particuliers ressentis par un assuré donné (ATF 115 V 147 consid. 1; 113 V 218 consid. 4b et les références citées). Il incombe au premier chef aux médecins d'évaluer l'atteinte à l'intégrité, car, de par leurs connaissances et leur expérience professionnelles, ils sont les mieux à même de juger de l'état clinique de l'assuré et de

procéder à une évaluation objective de l'atteinte à l'intégrité (Gilg/Zollinger, Die Integritätsentschädigung nach dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Berne 1984 p. 100 ss; Frei, Die Integritätsentschädigung nach Art. 24 und 25 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, 1998, p. 68). Cette appréciation a lieu sur le plan médico-théorique et les facteurs subjectifs doivent être mis à l'écart. Les circonstances particulières (handicap dans les loisirs, âge, etc.) de l'assuré ne sont pas prises en considération dans la fixation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, ni la manière dont ce dernier ressent les douleurs. 7.4 En l'occurrence, l'intimée s'est fondée sur le barème figurant à l'annexe 3 OLAA fixant à 30% l'indemnité allouée pour la perte d'un pied. L'intimée a donc considéré à juste titre que le recourant avait complètement perdu l'usage de son pied droit. Pour le surplus, il n'y a pas lieu d'allouer au recourant une indemnité supplémentaire du fait du prélèvement des chairs destinés à la reconstitution du pied lésé ainsi qu'aux problèmes cutanés liés aux greffes dans la mesure où le taux de 30% vient déjà compenser entièrement la perte de cet organe. Quant aux autres troubles que fait valoir le recourant, ils ne sont, comme exposé ci-dessus, pas en lien de causalité avec l'événement accidentel si bien qu'il n'y a pas lieu de les prendre en compte pour la fixation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité corporelle. La décision attaquée doit donc être confirmée dans la mesure où elle fixe à 30% l'atteinte à l'intégrité corporelle pour les séquelles cliniques engageant la responsabilité de l'intimée. 8. Il résulte de l'ensemble des éléments qui précèdent que le recours doit être partiellement admis s'agissant du taux d'invalidité et rejeté pour le surplus. Le présent arrêt est rendu sans frais, la procédure étant gratuite (cf. art. 61 let. a LPGA; 45 LPA-VD). Obtenant partiellement gain de cause en étant assisté d'un mandataire professionnel, le recourant a droit à des dépens réduits, qu'il convient de fixer, au vu de l'importance et de la complexité du litige, à 1'500 fr. à la charge de l'intimé, qui succombe (art. 61 let. g LPGA; art. 55 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.