

# VD\_FINDINFO Arrêt / 2021 / 436 vom 4. Juni 2021

VD Tribunal cantonal, 2021-06-04, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2021\\_\\_436](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2021__436)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2021 / 436 du 4 juin 2021

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2021 / 436 del 4 giugno 2021

## Regeste

ACCIDENT PROFESSIONNEL, RENTE D'INVALIDITÉ, ÉTAT STABLE, INDEMNITÉ POUR ATTEINTE À L'INTÉGRITÉ, RAPPORT MÉDICAL, MÉDECIN-CONSEIL, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, FORCE PROBANTE, LIBRE APPRÉCIATION DES PREUVES, APPRÉCIATION ANTICIPÉE DES PREUVES, ADMISSION PARTIELLE | 10 al. 1 LAA, 18 al. 1 LAA, 19 al. 1 LAA, 21 LAA, 24 LAA, 25 al. 1 LAA, 16 LPGA, 36 OLAA

## Erwägungen

### E. 4

: L'algoneurodystrophie dont souffre Monsieur S. \_\_\_\_\_ est-elle encore susceptible de s'améliorer, ou au contraire de s'aggraver ? D'un point de vue purement orthopédique, l'ostéosynthèse du calcanéum montre une bonne reconstruction à mon sens. Il n'y a pas de signe d'arthrose, en tout cas sous-jacente. Clairement, ce patient, souffre d'une algoneurodystrophie importante, qui rend le pronostic bien entendu extrêmement difficile. Actuellement et comme je l'ai mentionné à maintes reprises dans les différents courriers pour la suva, Monsieur S. \_\_\_\_\_ est clairement dépendant de la physiothérapie, qui amène un soulagement important. Question

### E. 4.1

; 129 V 222). 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). ee) Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'assuré 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 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 (RAMA 2001 n° U 439 p. 347). 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). c) Pour pouvoir 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). d) 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\_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5). e) Une valeur probante doit également être accordée aux appréciations émises par les médecins de la CNA, car, selon la jurisprudence, cette institution n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, une entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et les références citées ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). f) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C\_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3). 4. a) Dans un premier moyen, le recourant conteste la stabilisation de son état de santé et le fait que l'intimée était en droit de passer au régime de la rente à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2019. Il invoque les avis successifs de son médecin traitant (cf. rapport du 6 janvier 2020 du Dr C. \_\_\_\_\_) en faisant valoir qu'une amélioration est encore possible. Selon les pièces médicales (rapports du 31 août 2018 et 8 octobre 2019 du Dr C. \_\_\_\_\_ ; rapport d'examen final du 21 août 2019 de la Dre X. \_\_\_\_\_), aucune nouvelle intervention n'est envisagée et l'état de santé de l'assuré est stabilisé. L'atteinte nécessite comme suites médicales des séances de

physiothérapie et la prise d'antalgiques (notamment), ce que la CNA continuera de prendre en charge (courrier du 21 octobre 2019). Ces suivis ne sont pas de nature à améliorer notablement l'état de santé de l'assuré mais constituent des traitements conservateurs au sens de l'art. 21 al. 1 let. c LAA ne justifiant pas la poursuite du versement des indemnités journalières de l'assurance-accidents. La Dre X.\_\_\_\_\_ recommande une réévaluation du cas six mois plus tard dans son avis du 21 août 2019 (pièce 203) dès lors qu'il s'agira d'examiner si le traitement de physiothérapie à raison de deux fois par semaine se justifie toujours ; cela ne signifie pas qu'il est attendu une sensible amélioration de ce traitement. La Dre X.\_\_\_\_\_ a clairement qualifié l'état de stabilisé. La persistance des douleurs n'est pas niée ni le fait que l'atteinte n'est pas guérie, mais en l'état il n'y a pas de prise en charge médicale susceptible d'améliorer notablement l'état de santé de l'assuré, de sorte que l'on doit considérer son état comme stabilisé. Dans son rapport du 6 janvier 2020 (pièce 238), le Dr C.\_\_\_\_\_ dit que le pronostic est difficile (« la situation reste difficile » et « le quotidien est plus ou moins géré par des séances de physiothérapie ») mais il ne voit pas l'ombre d'une amélioration en l'état, ajoutant qu'il reste très sceptique sur une évolution favorable, mais qu'il faudrait pouvoir permettre au recourant de gagner sa vie dignement au vu de son handicap depuis l'accident ; cette appréciation ne saurait conduire au maintien du versement des indemnités journalières. A cela s'ajoute que, les 5 octobre et 17 décembre 2018 (pièces 155 et 163), il qualifiait déjà l'évolution de stationnaire. Le 1<sup>er</sup> avril 2019 (pièce 181), le Dr C.\_\_\_\_\_ rapporte que la situation est globalement gérée par les séances de physiothérapie et que le bilan radiologique ne montre pas de changement significatif par rapport aux deux chevilles. Le 28 mai 2019 (pièce 192), il indique que l'évolution est globalement un statu quo avec une légère amélioration et que le patient est dépendant des séances de physiothérapie qui amènent un soulagement global. Le 8 octobre 2019 (pièce 216), le Dr C.\_\_\_\_\_ confirme que la situation est stationnaire et stabilisée, en ajoutant qu'elle est limitante pour l'assuré et nécessite des séances de physiothérapie qui lui procurent du soulagement. Or, le fait que l'état, même stabilisé, engendre toujours des limitations fonctionnelles n'est pas remis en cause ; c'est d'ailleurs ce qui conduit à examiner le droit à une éventuelle rente d'invalidité de l'assurance-accidents. En outre le fait que les séances de physiothérapie procurent un soulagement à l'assuré ne signifie pas qu'on peut attendre de cette mesure une amélioration sensible de son état de santé mais bien qu'il s'agit de soins conservatoires. Il résulte ainsi des rapports médicaux du Dr C.\_\_\_\_\_ que l'état de santé de l'assuré est stabilisé et que les traitements résiduels ne sont pas destinés à obtenir une amélioration notable de la situation mais qu'ils sont à but conservatoire. b) Le recourant reproche à l'intimée de ne pas avoir pris en compte les troubles de l'épaule gauche. L'intimée fait valoir que ces troubles sont apparus bien après l'accident de décembre 2016, qui consistait en une chute avec réception sur les pieds, de sorte qu'ils n'ont pas de lien de causalité avec l'événement accidentel. On relèvera que l'assuré s'est appuyé sur des cannes dans les suites de l'accident et que ce n'est qu'en août 2017 (pièce 66) qu'il s'est plaint de douleurs à l'épaule gauche. Lorsque dans son rapport du 21 août 2017 le Dr C.\_\_\_\_\_ les qualifie de douleurs séquellaires à l'accident, il ne motive pas cette affirmation ni même n'identifie une atteinte précise à ce moment-là. Il semble davantage utiliser cette expression pour décrire une chronologie d'événements, c'est-à-dire que les douleurs à l'épaule gauche sont survenues après le traumatisme, sans se prononcer de manière circonstanciée sur le lien de causalité entre celles-ci et l'accident. De leur côté, les médecins spécialistes de la CRR ont posé le diagnostic de ténosynovite du long chef du biceps, bursite et déchirure intersticielle du supra-épineux sur deux centimètres

révélés par l'ultrason de l'épaule gauche du 13 mars 2018. Ils ont indiqué qu'un traitement conservateur avait été mis en place, ajoutant qu'en cas de douleurs invalidantes présentes la nuit une infiltration sous-acromiale pouvait être proposée (rapport du 20 avril 2018 des Drs R. \_\_\_\_\_ et K. \_\_\_\_\_ [pièce 120]). Selon la Dre X. \_\_\_\_\_ (rapport d'examen final du 21 août 2019 [pièce 203]), les douleurs au niveau des épaules ne sont pas en lien de causalité pour le moins probable avec l'événement du 22 décembre 2016 mais sont une conséquence indirecte liée à l'usure des épaules plus à gauche qu'à droite. A l'aune des éléments au dossier, on doit constater qu'il est en effet apparu que l'épaule gauche était atteinte de troubles dégénératifs objectivés sur le plan médical et que la chute avec réception sur les pieds du 22 décembre 2016 n'a pas causé de lésion au niveau de l'épaule gauche. Compte tenu de ces circonstances ainsi que de l'âge du recourant, il n'est pas arbitraire de conclure que les atteintes en question n'avaient aucun lien de causalité avec l'accident, appréciation qui n'est au demeurant pas sérieusement remise en cause par les rapports médicaux au dossier. c) Le recourant prétend encore que les séquelles de l'embolie pulmonaire n'ont pas été prises en compte par l'intimée. Or, l'examen final du 21 août 2019 de la Dre X. \_\_\_\_\_ (pièce 203) mentionne la thrombose veineuse profonde du membre inférieur gauche et l'embolie pulmonaire parmi les diagnostics, qui ont donc été pris en considération. Les rapports médicaux au dossier ne font pas état de la persistance de troubles fonctionnels particuliers et supplémentaires liés à cette embolie. En ce sens le rapport des spécialistes de la CRR cite le status post-embolie pulmonaire en mars 2017 dans les antécédents avec la précision qu'il est sous anti-coagulation orale et suivi dans le service d'angiologie à Lausanne (rapport du 20 avril 2018 des Drs R. \_\_\_\_\_ et K. \_\_\_\_\_ [pièce 120]). Dans ces circonstances, il n'est pas question de restrictions spécifiquement liées à ces atteintes qui n'auraient pas été prises en compte. Pour sa part, le recourant allègue, lors de son entrée à la CRR, que l'embolie pulmonaire a contribué à le fragiliser psychologiquement ; or, il ne présente aucune attestation médicale d'un éventuel trouble psychique invalidant, ni même ne soutient bénéficier d'un traitement psychiatrique, la seule fragilisation psychologique ne constituant pas en elle-même une atteinte invalidante justifiant l'octroi des prestations de l'assurance-accidents. Lorsque l'assuré a été pris en charge à la CRR, alors qu'il a été examiné par le psychiatre de la clinique, aucun diagnostic psychiatrique n'a été posé (rapport du 20 avril 2018 des Drs R. \_\_\_\_\_ et K. \_\_\_\_\_ [pièce 120]). Dans ces circonstances, le fait pour la CNA de ne pas avoir investigué davantage le plan psychique n'est pas critiquable. d) Il y a lieu de constater au final que les atteintes consécutives à l'accident (en l'occurrence les troubles du calcaneum gauche et à la cheville droite) qui doivent seules être prises en compte sont stabilisées, de sorte qu'il y a lieu de mettre fin aux prestations provisoires de l'assurance-accidents et de passer à l'examen du droit à la rente. Il convient donc de se rallier aux constatations et conclusions de la Dre X. \_\_\_\_\_ et de retenir avec la CNA que le cas est stabilisé au 30 septembre 2019. En effet, le rapport d'examen final du 21 août 2019 (pièce 203) se fonde sur l'intégralité des pièces médicales et prend également en considération les plaintes exprimées. Son auteure s'est livrée à une étude circonstanciée de la situation en confrontant les plaintes recueillies à ses propres constatations, a posé les diagnostics de manière objective, après avoir effectué des examens cliniques complets et abouti à des conclusions claires. En l'absence d'indices concrets aptes à faire douter de son bien-fondé, une entière valeur probante doit être reconnue au rapport final d'août 2019 de la Dre X. \_\_\_\_\_ (cf. consid. 3d-e supra). 5. a) Dans le cadre de l'examen du droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents, le recourant nie disposer d'une quelconque capacité de travail

résiduelle. Il se réfère à cet effet au rapport du 31 août 2018 du Dr C. \_\_\_\_\_ (pièce 143) qui indique que la reprise de toute activité est impossible sur les prochains mois à venir voire peut-être même jusqu'à la retraite compte tenu des limitations et des facteurs contextuels. Or, le Dr C. \_\_\_\_\_ indique bien dans son rapport que les raisons médicales empêchent une reprise de l'activité habituelle d'aide-électricien ; il opère une distinction entre les facteurs contextuels observés à la CRR (pour rappel, une kinésiophobie modérée à sévère, un catastrophisme élevé, une sous-estimation des capacités fonctionnelles, un assuré centré sur les douleurs, très craintif de tout mouvement et vite dépassé par les nouveautés, ainsi que sur le plan professionnel une absence de formation, une mauvaise maîtrise du français ainsi que l'âge avancé) qui empêchent toute reprise du travail ; or, il n'y a pas lieu de prendre en compte les facteurs contextuels non médicaux, le droit des assurances sociales s'en tenant à une conception bio-médicale de la maladie (ATF 127 V 294 consid. 5a ; TF 9C\_44/2018 du 3 avril 2018 consid. 4.2). Dans son rapport médical du 6 janvier 2020 (pièce 238), le Dr C. \_\_\_\_\_ se réfère aux difficultés de l'assuré pour se déplacer et qualifie d'illusoire la possibilité pour lui de retrouver une activité adaptée ; or, la capacité de travail a été évaluée en tenant compte des limitations fonctionnelles que le Dr C. \_\_\_\_\_ ne remet d'ailleurs pas en cause. Les restrictions fonctionnelles liées aux membres inférieurs ont été déterminées de manière objective par la médecin d'arrondissement et elles constituent la base permettant de se prononcer sur la capacité de travail résiduelle de l'assuré. Dans son avis final du 21 août 2019, la Dre X. \_\_\_\_\_ a, du reste, apprécié la situation de manière correcte en concluant que le « pronostic de réinsertion dans une activité adaptée est extrêmement mauvais du fait que l'assuré a été mis au bénéfice d'une rente AI entière et de facteurs médicaux qui ne sont pas liés à l'événement du 22.12.2016 (douleurs des épaules, douleurs du genou D), tout comme en raison de facteurs non médicaux tels que l'âge, le fait que l'assuré n'ait pas de formation ou ne parle ni ne comprenne bien le français » mais que dans le domaine de l'assurance-accidents, il fallait tenir compte des seules restrictions liées à l'accident. Rien au dossier ne permet de remettre en cause le constat de la pleine capacité de travail du recourant dans une activité adaptée au handicap de ses membres inférieurs. b) Le recourant estime qu'il est illusoire de trouver une activité lucrative adaptée à son état de santé sur le marché de l'emploi. En l'espèce les limitations fonctionnelles retenues sont : « pas de marche en terrains irréguliers, pas de marche prolongée, sans cannes à l'extérieur et avec une canne à l'intérieur, pas de position statique debout prolongée, pas d'activités accroupies ou à genoux, et pas de port de charges (l'assuré marchant avec une canne, le port de charges est limité à cinq kilos en position assise et pas de port de charges en mouvements) ». La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. La référence à un marché du travail équilibré ne permet pas de prendre en considération une capacité de gain lorsque les activités envisagées ne peuvent être exercées que sous une forme tellement restreinte qu'en dehors de toute considération d'ordre conjoncturelle, elles n'existent pratiquement pas sur le marché général du travail ou que leur exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu pour la personne concernée de trouver un emploi correspondant (TF 9C\_659/2014 du 13 mars 2015 consid. 5.3.2 ; TF 9C\_941/2012 du 20 mars 2013 consid. 4.1.2 ; Margit Moser-Szeless , in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n. 24 ad art. 7). Or, il existe sur le marché du travail équilibré suffisamment d'emplois légers dans

divers secteurs de l'industrie, à la condition de respecter les limitations fonctionnelles retenues en l'occurrence. c) Pour le reste, le recourant conteste les montants retenus pour la comparaison des revenus (au sens de l'art. 16 LPG) dont il est résulté une diminution de la capacité de gain de 6 % insuffisante pour lui ouvrir le droit à la rente d'invalidité. aa) S'agissant du revenu d'invalidité, le recourant sollicite la prise en compte d'un taux d'abattement supérieur à celui de 5 % retenu par l'intimée. Il fait valoir que les seules limitations fonctionnelles devraient conduire à la déduction d'un abattement de 15 %. bb) Selon la jurisprudence, la mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits 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 (cf. ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc p. 79 s.). Il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération. Il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidité, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret (ATF 126 V 75 précité consid. 5b/bb p. 80 ; TF 8C\_227/2017 du 17 mai 2018 consid. 3.1 ; TF 8C\_883/2015 du 21 octobre 2016 consid. 6.2.1). cc) Selon la Dre X. \_\_\_\_\_ (pièce 203), les limitations fonctionnelles sont : pas de marche en terrains irréguliers, pas de marche prolongée, pas de marche sans cannes à l'extérieur et avec une canne à l'intérieur, pas de position statique debout prolongée, pas d'activités accroupies ou à genoux et pas de port de charges (à cause des cannes). Elles sont ainsi toutes liées à une restriction de mouvement des membres inférieurs, mais elles imposent en définitive une activité sédentaire théorique stricte ; en effet, l'assuré dispose d'une liberté de mouvement grandement restreinte en termes de périmètre de marche et son état entrave par ailleurs tout port de charges à la mobilité en raison de la nécessité de se déplacer avec deux cannes. Il n'est pas adéquat de retenir un abattement de 5 % dans cette circonstance, dès lors qu'il ne tient pas suffisamment compte de l'impact global des atteintes à la santé. En outre, le facteur de l'âge de l'assuré s'avère pertinent puisqu'il s'agit manifestement d'un âge avancé au sens de la jurisprudence (ATF 122 V 418 consid. 1b ; 426 consid. 2 ; TF 8C\_37/2017 du 15 septembre 2017 consid. 6), soit 63 ans, le 30 septembre 2019, au moment déterminant de l'ouverture du droit à la rente correspondant à la stabilisation de l'état de santé (art. 19 al. 1 LAA). Cela étant, prescrivant de faire abstraction de cet âge dans l'assurance-accidents, l'art. 28 al. 4 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202) ne trouve en l'occurrence pas application. En effet, l'âge avancé du recourant ne constitue pas, comme au sens de cette disposition, la cause essentielle de la diminution de la capacité de gain ou de l'empêchement d'exercer une activité professionnelle qui aurait permis de conserver cette capacité. Ce sont en l'espèce les séquelles de l'accident et les limitations fonctionnelles induites par les atteintes à la santé qui s'avèrent grever au premier plan la capacité de gain de l'intéressé. Or, le Tribunal fédéral semble s'être dispensé à ce jour encore de trancher la question de savoir si, dans le cadre de l'assurance-accidents, l'âge avancé constitue un critère d'abattement en soi ou s'il ne doit être pris en considération que dans le cadre de la réglementation particulière de l'art. 28 al. 4 OLAA. Néanmoins, la jurisprudence retient qu'il peut être tenu compte de ce critère en ce sens que l'effet de l'âge, combiné avec un handicap, doit faire l'objet d'une analyse dans le cas concrètement soulevé, singulièrement en procédant à l'examen de la persistance ou non d'une capacité d'adaptation sur le plan

professionnel, susceptible de compenser les désavantages compétitifs induits par l'âge, au regard de l'ensemble des facteurs que l'on prend en considération sur le marché équilibré du travail (TF 8C\_175/2020 du 22 septembre 2020 consid. 3.3 ; TF 8C\_766/2017 et 8C\_773/2017 du 30 juillet 2018 consid. 8.6). Or, en l'espèce, à l'âge avancé de l'assuré s'ajoutent, non seulement la persistance d'atteintes à la santé évolutives avec leurs limitations fonctionnelles manifestement lourdes, mais également l'absence d'une formation reconnue et d'une expérience professionnelle utile autre que celle exercée et qui ne peut plus être reprise, ainsi que le permis C donc il bénéficie depuis août 2017 seulement, puis les difficultés de l'assuré de s'exprimer et de comprendre la langue française. Il s'agit ainsi d'autant de facteurs pénalisants, dressant un tableau global sombre, ce qui permet de conclure que l'intéressé ne bénéficie concrètement plus d'une capacité d'adaptation professionnelle susceptible de compenser les désavantages compétitifs liés à son âge, ceci sur le marché équilibré du travail, et même dans le secteur des emplois non qualifiés qui est le sien. Il convient en conséquence, dans une approche globale du cas, de prendre en considération l'âge avancé du recourant comme facteur d'abattement supplémentaire. dd) Ainsi, un taux d'abattement global de 15 % s'avère approprié pour fonder le revenu avec invalidité du recourant. d) Invoquant les ATF 134 V 322 et 135 V 297, le recourant considère que le revenu hypothétique sans invalidité (68'725 fr.) devrait être augmenté de 8 % car son dernier salaire était inférieur de 13 % à la moyenne perçue dans la branche (78'984 fr.). Or, il perd de vue qu'il n'était au bénéfice d'aucune formation professionnelle et qu'il était employé en qualité d'aide-électricien et non pas d'électricien. Il n'établit nullement qu'il pouvait prétendre au salaire qu'il indique. En l'occurrence, le revenu sans invalidité de 68'725 fr. a été calculé selon les données fournies par l'ex-employeur, à savoir qu'en 2019 le salaire horaire de l'assuré se monterait à 30 fr. 50 (pièce 210). Le montant retenu par l'intimée est conforme aux salaires minimums pour collaborateurs sans titre professionnel de la branche à partir de 20 ans de l'art. 17 de la Convention collective de travail 2020 - 2023 de la branche suisse de l'électricité. e) Compte tenu du taux d'abattement, le revenu d'invalidité sera donc de 57'581 fr. 55 (67'743 fr. - 15 %). Après comparaison avec le revenu hypothétique sans invalidité (68'725 fr.), il en résulte un préjudice financier de 11'143 fr. 45 (68'725 fr. - 57'581 fr. 55) qui correspond à une perte de gain de 16,21 % ( $[11'143 \text{ fr. } 45 / 68'725 \text{ fr.}] \times 100$ ), arrondie à 16 % (ATF 130 V 121), ce qui conduit à l'admission du recours sur ce point. 6. a) Le recourant reproche également à l'intimée une estimation incorrecte de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à laquelle il a droit. Il revendique une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 30 % au moins au lieu des 20 % retenus. 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, 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). 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 tous les assurés 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 l'assuré concerné (ATF 115 V 147 consid. 1 ; 113 V 218 consid. 4b ; TF 8C\_566/2017 du 8 mars 2018 consid. 5.1). Il incombe donc 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 (TF 8C\_566/2017 du 8 mars 2018 consid. 5.1).

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 2018 consid. 2a). Il représente une « règle générale » (ch. 1 al. 1 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 al. 2 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 lien de juger, ces tables sont néanmoins compatibles avec l'annexe 3 OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc ; TF 8C\_566/2017 du 8 mars 2018 consid. 5.1) et permettent de procéder à une appréciation plus nuancée, lorsque l'atteinte d'un organe n'est que partielle. En cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité dues à un ou plusieurs accidents, l'indemnité est fixée d'après l'ensemble du dommage (art. 36 al. 3, première phrase OLAA).

c) Dans son estimation de l'atteinte à l'intégrité du 21 août 2019 (pièce 204), la Dre X.\_\_\_\_\_ a proposé de fixer à 20 % le taux d'atteinte à l'intégrité en tenant compte de l'ensemble des séquelles au niveau des membres inférieurs et plus particulièrement du membre inférieur gauche (séquelles de fracture du calcaneum, séquelles de thrombose et séquelles d'algoneurodystrophie), ce taux étant équivalent par analogie à une amputation de l'articulation du Chopart. Elle a indiqué qu'une gêne fonctionnelle dans les articulations sous-astragaliennes, par exemple après une fracture du calcaneum (arthrose), correspond à un taux d'IPAI entre 5 et 30 % d'après la table 2 d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA (Atteinte à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres inférieurs), éditée par la CNA. Aucune constatation médicale au dossier ne justifie de s'en écarter. En effet, le Dr C.\_\_\_\_\_ concède pour sa part ne pas pouvoir se prononcer sur la problématique du taux d'atteinte à l'intégrité de 20 % qui a été retenu par la CNA (rapport du 6 janvier 2020 Rép. 6).

d) Aux termes de l'art. 36 al. 4 OLAA, il sera équitablement tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité ; une révision n'est possible qu'en cas exceptionnel, si l'aggravation est importante et n'était pas prévisible. Cette règle ne vise toutefois que les aggravations dont la survenance est vraisemblable et l'importance quantifiable (RAMA 1998 no U 320 p. 602 consid. 3b et la référence). Dès lors, à supposer que la survenance d'une future aggravation de l'atteinte à la santé puisse être considérée comme une circonstance établie, cette aggravation n'en est pour autant pas quantifiable, si bien qu'elle ne peut être prise en considération (TFA U 173/00 du 22 septembre 2000 consid. 2). L'estimation faite dans le cas d'espèce n'exclut donc pas une indemnité complémentaire à celle de 20 % allouée si, à l'avenir, les atteintes au niveau des membres inférieurs venaient à s'aggraver de façon importante et durable.

### **E. 5**

: L'examen médical final du 21.08.2019 de la Dre X. \_\_\_\_\_ de la suva comporte-t-il selon vous des erreurs, lacunes ou imprécisions ? Le cas échéant, lesquelles ? Je n'ai jamais eu en ma possession le rapport de la Dre X. \_\_\_\_\_ de la suva du 21.08.2019. Question

### **E. 6**

: Le taux d'atteinte à l'intégrité de 20% retenu par la suva est-il suffisant, à votre avis ? Je ne peux pas me prononcer sur la problématique du taux d'atteinte à l'intégrité de 20% qui a été retenu par la suva. Concrètement et d'un point de vue médical pur, la situation s'est clairement péjorée suite à cette fracture, ce qui fait qu'actuellement Monsieur S. \_\_\_\_\_ présente un handicap important, autant au niveau de sa cheville gauche, autant au niveau de son épaule, qui fait qu'une reprise de travail, dans n'importe quelle profession, me paraît extrêmement difficile. Ceci est donc affirmé sans tenir compte des atteintes médicales, à priori, non déterminantes et sans tenir compte non plus de facteur de gain imputable, tel qu'une formation limitée ou même problématique de linguistique et autre. Question

### **E. 7**

Le dossier est complet, permettant ainsi à la Cour de statuer en connaissance de cause. Un complément d'instruction apparaît inutile et les requêtes formulées en ce sens par le recourant dans ses écritures – notamment son audition personnelle et la réalisation d'une expertise médicale judiciaire pluridisciplinaire – 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 conviction qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.3 et 130 II 425 consid. 2.1).

### **E. 8**

a) En définitive, il y a lieu d'admettre partiellement le recours en ce sens que la décision sur opposition du 20 mai 2020 refusant le droit à la rente d'invalidité de l'assurance-accidents au recourant est réformée en ce sens qu'une rente de 16 % est due dès le 1<sup>er</sup> octobre 2019. Le recours est rejeté pour le surplus. b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020, applicable conformément à l'art. 83 LPGA). Le recourant, qui obtient partiellement gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, a droit à des dépens réduits, qu'il convient de fixer à 1'500 fr., débours et TVA compris (art. 61 let. g LPGA, art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimée. c) Par décision du 1<sup>er</sup> juillet 2020, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 22 juin 2020 et a obtenu à ce titre la commission d'un avocat d'office en la personne de Me Alexandre Lehmann. Sur la base de la liste des opérations produite le 4 mai 2021, il convient d'arrêter à 2'385 fr. l'indemnité de Me Lehmann, correspondant à treize heures et quinze minutes de travail, au tarif horaire de 180 fr., somme à laquelle il y a lieu d'ajouter la TVA au taux de 7,7 %, soit un total de 2'568 fr. 65. A ce montant, il convient d'ajouter les débours fixés forfaitairement à 5 % du défraiement hors taxe (art. 3bis al. 1 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV

211.02.3]), avec TVA au taux de 7,7 % en sus, soit 128 fr. 45. L'indemnité totale sera donc arrêtée à 2'697 fr. 10 (2'568 fr. 65 + 128 fr. 45). d) L'indemnité d'office n'étant que partiellement couverte par les dépens, le solde, soit 1'197 fr. 10 (2'697 fr. 10 – 1'500 fr.), sera provisoirement supporté par le canton. Le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu d'en rembourser le montant dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ).

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