

# VD\_FINDINFO Arrêt / 2025 / 569 vom 23. Oktober 2025

VD Tribunal cantonal, 2025-10-23, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2025\\_\\_569](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2025__569)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2025 / 569 du 23 octobre 2025

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2025 / 569 del 23 ottobre 2025

## Regeste

ÉVALUATION DE L'ATTEINTE À LA SANTÉ, LIBRE APPRÉCIATION DES PREUVES, INDEMNITÉ POUR ATTEINTE À L'INTÉGRITÉ, FORCE PROBANTE, ADMISSION PARTIELLE, RENTE D'INVALIDITÉ | 18 al. 1 LAA, 24 LAA, 6 al. 1 LAA, 61 let. c LPGA, 36 OLAA

## Erwägungen

### E. 23

avril 2018, l'assuré a été victime d'un nouvel accident professionnel en chutant d'un toit, avec réception sur les deux pieds et le ressenti d'une douleur au pied gauche. Cet événement lui a causé une fracture comminutive du calcanéum gauche et une fracture de la malléole externe de la cheville gauche. Le 2 mai 2018, l'assuré a bénéficié d'une réduction ouverte et ostéosynthèse du calcanéum gauche par plaque 3.5 Synthes (protocole opératoire du 2 mai 2018 des Drs A. \_\_\_\_\_ et E. \_\_\_\_\_, tous deux spécialistes en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur). Un traitement de physiothérapie a été prescrit. La CNA a pris le cas en charge. Dans un rapport du 29 janvier 2019, les médecins des I. \_\_\_\_\_ (I. \_\_\_\_\_) ont constaté le développement d'une algoneurodystrophie du membre inférieur gauche. Malgré un traitement sous corticoïdes et vitamine C, l'assuré présentait encore une hypoesthésie du nerf sural gauche et il poursuivait la physiothérapie. Il était autonome à l'intérieur et marchait avec une canne de sécurité en extérieur. Une demande de chaussage était en cours auprès de la CNA. Aux termes d'un rapport de consultation du 17 avril 2019, le Dr L. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé les diagnostics de status post traumatisme de l'épaule droite en 2016, de status post rupture du long chef du biceps avec lésion partielle de l'infra-épineux, de douleurs type musculaire au niveau de la ceinture scapulaire à droite suite à une surcharge et de status post fracture et intervention chirurgicale au niveau de calcanéum gauche le 2 mai 2018. Ce médecin a constaté des douleurs en augmentation chez l'assuré au niveau de son épaule droite mais avec une bonne évolution après un traitement conservateur. Les douleurs s'étaient accentuées à la suite de l'accident du 23 avril 2018 et de l'opération du calcanéum gauche impliquant l'utilisation de cannes. A l'examen clinique, il était relevé une bonne force avec une douleur plutôt localisée aux niveaux de l'omoplate et de la nuque. La mobilité était préservée avec une légère limitation en particulier lors des rotations. Le Dr L. \_\_\_\_\_ préconisait le suivi de la physiothérapie. Le 13 septembre 2019, en raison des douleurs persistantes, l'assuré a bénéficié de l'ablation du matériel d'ostéosynthèse d'une plaque anatomique calcanéenne (rapport du 7 février 2020 du Dr R. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur). Du 21 juillet au 14 août 2020, l'assuré a séjourné auprès du Service de réadaptation de l'appareil locomoteur de la Clinique romande de

réadaptation (CRR), lors duquel une neuropathie tronculaire du nerf sural (nerf saphène externe) gauche et une subluxation des péroniers ont été mises en évidence. Le diagnostic de syndrome douloureux régional complexe (SDRC) du pied et cheville gauches n'a pas été retenu et aucune psychopathologie n'a été retrouvée durant le séjour. La situation n'était pas encore stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles (rapport du 27 août 2020 des Drs Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et X.\_\_\_\_\_, médecin-assistante). Le 19 mars 2021, l'assuré a bénéficié d'un stripping du nerf sural, d'une téno-synovectomie des tendons péroniers de la cheville gauche, d'une plastie du rétinaculum des péroniers gauches et d'une arthro-dèse sous-talienne gauche (protocole opératoire du 9 avril 2021 des médecins de l'Hôpital orthopédique du CHUV). Du 15 septembre au 5 octobre 2021, l'assuré a effectué un deuxième séjour au sein du Service de réadaptation de l'appareil locomoteur de la CRR. Dans leur rapport du 25 octobre 2021, les Drs Q.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_, médecin-assistant, ont noté une aggravation de la neuropathie du nerf sural (nerf saphène externe) gauche avec une évolution subjective et objective peu significative. En l'absence d'une nouvelle intervention chirurgicale proposée pour le pied gauche de l'assuré, une stabilisation médicale était attendue avec des limitations fonctionnelles quasiment définitives retenues pour le membre inférieur gauche. En raison des douleurs persistantes au talon, l'assuré a bénéficié le 19 juillet 2022 de l'ablation des deux vis d'arthro-dèse sous-talienne gauche (protocole opératoire du 19 juillet 2022 du médecin boursier de l'Hôpital orthopédique du CHUV). Cette opération a permis une amélioration partielle des douleurs d'appui en talon. Un nouveau séjour de l'intéressé à la CRR était suggéré (rapport du 6 décembre 2022 de la Dre V.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur). Du 28 décembre 2022 au 7 février 2023, l'assuré a séjourné pour la troisième fois dans le Service de réadaptation de l'appareil locomoteur de la CRR. Dans leur rapport de sortie du 1<sup>er</sup> mars 2023, les Drs I.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et O.\_\_\_\_\_, médecin-assistante, ont posé les diagnostics suivants : “  
**DIAGNOSTIC PRINCIPAL** - Thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs chroniques et limitations fonctionnelles de la cheville et du pied gauches dans les suites d'une fracture du calcanéum gauche  
**DIAGNOSTICS SECONDAIRES** - Fracture Sanders 3 AC du calcanéum gauche le 23.04.2018 avec : - ROOS du calcanéum gauche par plaque le 02.05.2018 - Probable SDRC (algodystrophie) du pied gauche le 28.09.2018 - Atteinte du nerf sural et tendinopathie des péroniers gauches le 22.11.2018 - AMO plaque calcanéum gauche le 13.09.2019 - Arthrose débutante des articulations calcanéocuboïdienne et sous-talienne gauches (SPECT-CT) le 17.01.2020 - Fasciite plantaire et insertionite du tendon d'Achille gauche le 04.06.2020 - Subluxation des tendons péroniers gauches (US) le 22.07.2020 - Arthro-dèse sous-talienne gauche, téno-synovectomie des tendons péroniers, plastie du rétinaculum des péroniers et résection proximale du nerf sural (stripping) le 19.03.2021 - Ablation vis arthro-dèse sous-talienne gauche le 19.07.2022. ” Une stabilisation médicale était attendue dans un délai de deux à trois mois. Des limitations fonctionnelles, probablement définitives, étaient retenues à savoir, les activités nécessitant le port de charges prolongé ou répétitif de plus de cinq kilos, la marche sans moyen auxiliaire, la marche prolongée ou en terrain irrégulier, la réalisation répétée des escaliers et le travail en position accroupie ou à genoux en sorte qu'un travail essentiellement assis avec possibilité de gérer les pauses de manière autonome était uniquement envisageable. Si le pronostic de réinsertion dans l'activité habituelle était défavorable, il était en théorie favorable dans une activité adaptée aux restrictions fonctionnelles. Il était cependant

probable que des facteurs contextuels – en particulier l’absence de formation reconnue et la barrière de la langue dans l’optique d’une activité administrative – de même que la prépondérance des douleurs conséquentes à une pathologie bien installée dans sa chronicité puissent interférer ce processus. Dans un rapport du 19 avril 2023, la Dre V. \_\_\_\_\_ a estimé que la situation était stabilisée au plan rhumatologique. Les limitations fonctionnelles définitives étaient identiques à celles listées le 1<sup>er</sup> mars 2023 par les médecins de la CRR. Une reconversion de l’assuré vers un travail essentiellement assis était recommandée, avec la possibilité de gérer les pauses de manière autonome. Le pronostic de réinsertion dans une telle activité adaptée était favorable, mais les facteurs contextuels mis en évidence lors du dernier séjour à la CRR, en particulier l’absence de formation reconnue et la barrière de la langue dans l’optique d’une activité administrative, interféreraient avec un tel processus ; il en allait à l’identique de la prépondérance des douleurs consécutives à une pathologie bien installée dans sa chronicité. A sa demande, la CNA s’est vu remettre un rapport du 13 juillet 2023 d’ENMG (électro-neuro-myogramme) et d’examen neurologique réalisés le 11 juillet 2023, dans lequel la Dre F. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, a indiqué que depuis la pose du diagnostic en août 2020 d’une neuropathie focale axonale du nerf sural gauche avec une perte axonale estimée à 60 %, il existait une aggravation car ce nerf était inexcitable. Cela pouvait s’expliquer par la résection proximale du nerf sural réalisée le 19 mars 2021, sans une efficacité clinique pour le contrôle des douleurs. Le pronostic de récupération des douleurs neuropathiques était réservé avec une alternative thérapeutique proposée sous la forme d’un traitement per os par Saroten®. Interpellé par la CNA dans l’intervalle, par rapports des 26 février et 26 avril 2024, le Dr Z. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, médecin traitant, a posé les diagnostics d’arthrodèse sous-talienne avec révision des péroniers et résection proximale du nerf sural (Dr H. \_\_\_\_\_, chirurgie de la main 19 mars 2021), de status post AMO (ostéosynthèse) sous talienne gauche (19 juillet 2022) avec suspicion de Südeck, de séjour à la CRR de février à mars 2023 pour thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs chroniques et limitations fonctionnelles de la cheville et du pied gauche dans les suites d’une fracture du calcanéum gauche, arthrose calcanéocuboïdienne et sous talienne gauche, fasciite plantaire et insertiionite du tendon d’Achille gauche, subluxation des tendons péronniers gauches, arthrodèse sous-talienne gauche, ténosynovectomie des tendons péroniers, plastie du rétinaculum des péroniers et résection proximale du nerf sural et ablation de vis arthrodèse sous-talienne gauche. Le médecin traitant a indiqué que l’état de santé de l’assuré était stable sans une amélioration apportée par le traitement de Saroten®. Compte tenu de la situation qui ne s’était pas modifiée depuis de nombreuses années, le Dr Z. \_\_\_\_\_ s’en remettait à l’assureur-accidents pour la suite du traitement du cas. L’assuré a fait l’objet d’une appréciation médicale par la Dre B. \_\_\_\_\_, médecin praticien et médecin d’arrondissement de la CNA, le 7 mai 2024. Dans le rapport d’examen du 13 mai 2024, cette médecin a retenu les diagnostics suivants : “• Douleurs chroniques et limitations fonctionnelles de la cheville et du pied gauche[s] dans les suites d’une fracture multifragmentaire du calcanéum avec translation latérale de la tubérosité calcanéenne postérieure et multiples traits de fracture et arrachement osseux de 15 mm venant probablement de la fibula (fracture Sanders 3 AC du calcanéum gauche le 23.04.2018) ■ 02.05.2018 ROOS du calcanéum gauche par plaque ■ Probable SDRC (algodystrophie) du pied gauche le 28.09.2018 actuellement au décours ■ Atteinte du nerf sural et tendinopathie des péroniers gauches le 22.11.2018 ■ AMO plaque calcanéum gauche le 13.09.2019 ■ Arthrose débutante des articulations calcanéocuboïdienne et sous-talienne gauches

(SPECT-CT) le 17.01.2020 ■ Subluxation des tendons péroniers gauches (US) le 22.07.2020 ■ Arthrodèse sous-talienne gauche, ténosynovectomie des tendons péroniers, plastie du rétinaculum des péroniers et résection proximale du nerf sural (stripping) le 19.03.2021 ■ Ablation vis arthrodèse sous-talienne gauche le 19.07.2022 Diagnostic secondaire : • Fasciite plantaire et insertionite du tendon d'Achille gauche le 04.06.2020 • Trouble du sommeil et anxiété sans précision avec suivi psychiatrique ” La Dre B. \_\_\_\_\_ a indiqué que subjectivement l'assuré déclarait des douleurs constantes à 2-3 sur 10 en augmentation à 7-8 sur 10 dès qu'il chargeait son pied gauche, qu'il marchait entre 10 et 15 minutes, qu'il montait ou descendait des escaliers ou descendait des pentes par temps froid ou pluie. Il se plaignait également d'une rougeur et de tuméfaction après la marche. La médecin d'arrondissement a indiqué que durant l'anamnèse (une heure) l'assuré n'avait pas marché mais qu'il avait sans cesse massé son cou-de-pied et appuyé sur le bord externe de son pied gauche ce qui pouvait expliquer cette rougeur. Objectivement, il était constaté une importante boiterie d'épargne du membre inférieur gauche avec un pied tourné vers l'extérieur et sans déroulement. La marche sur les pointes ou sur les talons était impossible mais l'assuré pouvait s'agenouiller en tenant son membre inférieur gauche sans trop d'appui et un peu en retrait. Il présentait une amyotrophie du mollet gauche d'un centimètre. Les cicatrices étaient fines sans une véritable augmentation de la température et légère sur le bord externe du talon et du pied gauche au niveau des cicatrices. La médecin d'arrondissement a noté l'absence de critère pour retenir un syndrome douloureux régional complexe (SDRC) ; même si ce diagnostic avait été évoqué en novembre 2018 et avait bien réagi avec un traitement de vitamines C, il n'y avait depuis longtemps plus de critères pour le retenir. Ainsi le syndrome régional complexe était au décours et guéri. La Dre B. \_\_\_\_\_ a précisé que les douleurs pouvaient s'expliquer par l'atteinte du nerf sural (60 %) et par l'arthrose débutante des articulations calcanéocuboïdiennes. Toutefois, elle a relevé que l'ensemble des plaintes ne s'expliquait pas par les constatations objectives de son examen ainsi que celles effectuées par la CRR ou la Dre V. \_\_\_\_\_. De nombreux facteurs extra-médicaux (l'âge, l'absence du français parlé, le fait que l'épouse ne travaillait plus depuis 4-5 ans et les problématiques psychosociales) étaient susceptibles d'expliquer l'importance des douleurs mais surtout le fait que l'intéressé était très centré sur celles-ci. L'état de santé était stabilisé, sans un traitement chirurgical ou médical susceptible de l'améliorer. Le médecin traitant était tenu de conseiller l'intéressé pour suivre un traitement adapté aux douleurs et ainsi éviter une surconsommation d'opiacés délétère avec le temps. Les limitations fonctionnelles définitives étaient : « pas d'activités nécessitant le port de charges prolongé ou répétitif de plus de 5 kg, pas de marche sans moyens auxiliaires, pas de marche prolongée ou en terrains irréguliers, pas de réalisation répétée d'escaliers en montée ou en descente, ni de pente, pas de travail en position accroupie ou à genoux. L'assuré doit avoir une activité essentiellement assise avec possibilité de gérer quelques pauses de manière autonome, chez un assuré qui est resté tout de même plus d'une heure assis, même s'il a bougé sur sa chaise et mis son pied sur son genou pour le masser ». Dans une activité adaptée respectant strictement ces restrictions fonctionnelles, la capacité de travail de l'assuré était entière et sans diminution de rendement. Dans l'activité antérieure de plâtrier-peintre, l'incapacité de travail de celui-ci était totale et définitive. Par estimation séparée de l'atteinte à l'intégrité du 13 mai 2024, la Dre B. \_\_\_\_\_ a constaté des séquelles durables pour l'arthrose de la sous-talienne qui correspondaient à un taux de 15 % selon la table 5 (révision 2011) des atteintes à l'intégrité résultant d'arthrose (références 2870/5.f-2000). S'agissant de l'atteinte du nerf sural gauche avec une perte axonale estimée

à 60 %, le médecin d'arrondissement a précisé que ce nerf était une branche collatérale sensitive du nerf tibial (poplité interne). Elle évaluait l'atteinte à 2,5 % en référence à la table 2 (révision 2000) des atteintes à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres inférieurs (référence 2870/2.f-2000) dès lors que l'assuré présentait des séquelles correspondant à un huitième de la paralysie du nerf sciatique poplité interne. Au total, le taux d'indemnité pour atteinte à l'intégrité pour les séquelles présentées par l'assuré se montait à 17,5 % (à savoir, 15 % pour l'arthrodèse + 2,5 % pour l'atteinte du nerf sural gauche). Le 15 mai 2024, la CNA a écrit à l'assuré que l'examen médical du 7 mai 2024 ayant révélé qu'il n'avait plus besoin de traitement, elle mettrait fin au paiement des soins médicaux et aux indemnités journalières au 31 mai 2024. Elle statuerait ultérieurement sur le droit de l'intéressé à d'autres prestations. Par décision du 21 août 2024, la CNA a alloué à l'assuré une rente d'invalidité de l'assurance-accidents de 17 % dès le 1<sup>er</sup> juin 2024. Elle a retenu que ce dernier disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (« pas d'activités nécessitant le port de charges prolongé ou répétitif de plus de 5 kg, pas de marche sans moyens auxiliaires, pas de marche prolongée ou en terrains irréguliers, pas de réalisation répétée d'escaliers en montée ou en descente, ni de pente, pas de travail en position accroupie ou à genoux. L'assuré doit avoir une activité essentiellement assise avec possibilité de gérer quelques pauses de manière autonome »).

Après la comparaison entre les revenus exigibles au sens de l'art. 16 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1), il découlait une perte de gain de 17 %. La CNA a également versé le jour même à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) d'un montant de 25'935 fr. (calculée selon un taux d'atteinte de 17,5 % sur la base d'un gain assuré de 148'200 fr. pour 2018). Les 23 septembre et 5 décembre 2024, l'assuré, assisté de son conseil Me Olivier Carré, a contesté la décision précitée en concluant à son annulation et au versement par la CNA d'une rente d'invalidité LAA de 50 % dès le 1<sup>er</sup> juin 2024 et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 42 %. A cet effet, il a produit un rapport du 30 octobre 2024 adressé à l'avocat par le Dr U. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Ce rapport se termine de la manière suivante : “ Actuellement, Monsieur A. \_\_\_\_\_ a toujours des douleurs importantes de l'épaule et de la cheville gauche qui l'empêchent de marcher normalement ainsi que des troubles du sommeil importants en rapport avec la douleur de la cheville gauche au repos. Le patient reste toujours très irritable avec un état d'hypervigilance et de tensions internes permanentes. Sur le plan psychiatrique, la situation de ce patient est complexe. Dans sa jeunesse, il a été traumatisé par la guerre en Bosnie où des dizaines de personnes de son entourage proche ont été massacrées, cela lui laisse une sensibilité et de forts sentiments d'injustice et un état d'hypervigilance. Suite à l'accident de 2018, le patient subit un changement profond de son image corporel avec boiterie, douleurs permanentes et troubles du sommeil. En présence de séquelles d'un état de stress post traumatiques dues à la guerre, un changement d'image corporelle et douleurs avec impotences fonctionnelles persiste[nt]. Le pronostic sur le plan psychiatrique est très réservé. A mon avis, une invalidité de 17% ne tient même pas compte du degré d'atteinte physique. Monsieur A. \_\_\_\_\_ qui fait un travail physique n'est plus en capacité d'exercer de profession demandant des efforts physiques. A cela, s'ajoute les atteintes psychiques durables avec persistance d'un tableau dépressif chronifié. Sur le plan psychiatrique, l'incapacité de travailler est actuellement toujours à 100% pour l'activité exercée jusqu'en 2018. Je pense que le patient peut retrouver une capacité maximum de 50% à condition de bénéficier d'un programme de réadaptation dans une activité qui tient compte de son handicap physique et

de son état psychiatrique. Enfin, je signale que le positionnement de la SUVA et de l'Office AI me semble peu pertinent en admettant une invalidité à 100% jusqu'au 31 août 2023 et de 17% après, les évaluations somatiques et psychiatriques ne montrant aucune évolution favorable à ce jour. Je ne comprends pas cette amélioration miraculeuse de la capacité de travailler. ” Par décision sur opposition du 27 février 2025, la CNA a partiellement admis l'opposition en ce sens qu'une rente d'invalidité de 18 % était allouée à l'assuré dès le 1<sup>er</sup> juin 2024, la contestation étant rejetée pour le surplus et l'effet suspensif d'un éventuel recours retiré. La CNA a constaté que les troubles psychiques allégués au stade de l'opposition n'étaient pas en lien de causalité naturelle et adéquate avec les accidents des 7 juin 2016 et 23 avril 2018. Les atteintes à la santé psychique évoquées par le Dr U. \_\_\_\_\_, soit l'état de stress post traumatique et la dépression, étaient dues essentiellement à la guerre de Bosnie, les douleurs occasionnées par les accidents de 2016 et 2018 n'ayant fait qu'accentuer cet état. Même en retenant un lien de causalité naturelle entre les troubles psychogènes et ces événements, la CNA a relevé que la causalité adéquate ferait défaut. Selon son analyse, les accidents du 13 mai 2016 et du 18 avril 2018 devaient être classés dans la catégorie des accidents de gravité moyenne à la limite des accidents de peu de gravité. A cet égard, les circonstances des accidents n'étaient pas particulièrement impressionnantes ou dramatiques. Les lésions physiques (déchirure du biceps et fractures multiples de la cheville) n'étaient ni graves ni de nature particulière. Le traitement médical ne s'était pas révélé être particulièrement spécifique ou pénible. L'assuré n'avait pas été victime d'une erreur dans la mise en œuvre d'un traitement médical. Les douleurs n'avaient pas entravé la majeure partie des activités de l'intéressé. L'incapacité de travail n'avait pas été de longue durée en l'absence de contre-indication médicale à la reprise d'une activité professionnelle posée et d'une pleine capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée, selon l'avis du médecin d'assurance. Excepté le critère des difficultés apparues au cours de la guérison ou de complications importantes, aucun autre critère jurisprudentiel n'était rempli. Dans ces conditions, l'examen du droit aux prestations querellées s'effectuait sur la base des seuls troubles somatiques. En l'absence de troubles persistants, l'épaule droite pouvait être considérée comme guérie conformément au pronostic du Dr L. \_\_\_\_\_ et aux constatations des médecins du CHUV et de la CRR, l'intéressé ayant suivi des séances de physiothérapie. Selon le nouveau calcul de l'art. 16 LPGa, il résultait de la comparaison entre le revenu que l'assuré aurait pu réaliser en bonne santé dans sa dernière activité de 74'758 fr. et celui d'invalidité de 61'109 fr. calculé sur la base des chiffres du niveau de compétence 1 de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), une perte de gain de 17,53 % qui correspondait à un taux d'invalidité arrondi à 18 %. Par ailleurs, sur la base du rapport d'examen de son médecin d'arrondissement, la CNA a indiqué qu'elle ne pouvait pas suivre le recourant lequel soutenait que le taux de l'atteinte à l'intégrité devait être recalculé à 42 % au vu de l'altération de la cheville (30 %) et l'atteinte nerveuse (12 %). La CNA maintenait avoir reconnu à juste titre, sur l'estimation du 13 mai 2024 de la Dre B. \_\_\_\_\_, le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité basée sur un taux de 17,5 %. B. Par acte du 31 mars 2025, A. \_\_\_\_\_, représenté par Me Olivier Carré, a interjeté recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant à l'annulation de la décision du 21 août 2024 ainsi que de la décision sur opposition précitée et au constat de son droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents de 50 % dès le 1<sup>er</sup> juin 2024 et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 42 %. Subsidiairement, il a conclu au renvoi du dossier à la CNA pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants. En substance, après avoir indiqué que la stabilisation de son

état n'était plus litigieuse et qu'il y avait consensus sur le fait qu'il ne pouvait plus jamais exercer son activité antérieure de plâtrier-peintre, il a reproché à la CNA d'avoir mal instruit son cas sur le plan médical en contestant la valeur probante du rapport du 1<sup>er</sup> mars 2023 des médecins de la CRR et du rapport d'examen du 13 mai 2024 de la Dre B. \_\_\_\_\_. Il se plaignait de l'absence de prise en compte par ces médecins de la lésion au bras droit consécutive à l'accident de 2016 aggravée par l'utilisation des cannes lors du second accident en 2018. Au vu de la persistance des douleurs, il craignait une sous-estimation des évolutions futures prévisibles liées aux phénomènes d'arthrose, à tout le moins dans l'évaluation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Selon le recourant, il convenait également de mesurer l'incidence des répercussions liées à son état de santé psychique défaillant. A son avis, il était erroné de retenir une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles au vu de son incapacité de travail totale en toute activité. A titre de mesure d'instruction, le recourant a requis la production du dossier de l'assurance-invalidité en indiquant dans le même temps que ce dossier n'était d'aucun secours direct, à ce stade, dès lors que cet autre assureur social n'avait pas mené d'instruction propre mais qu'il s'était référé à celle, insuffisante, diligentée par l'intimée. Le recourant a également requis la mise en œuvre par le tribunal d'une expertise pluridisciplinaire (orthopédiste, neurologue, spécialiste de la douleur, psychiatre et neuropsychologue) pour mesurer l'incidence des médicaments sur ses facultés cognitives. Dans son écriture du 22 avril 2025, la CNA a conclu au rejet du recours. Elle a renoncé à déposer formellement une réponse compte tenu de l'absence de nouvel argument développé par le recourant à ceux figurant dans l'opposition des 23 septembre et 5 décembre 2024 et a renvoyé à la décision sur opposition attaquée. L'intimée a produit ses dossiers des accidents de 2016 et 2018. E n d r o i t : 1. a) La LPGA est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. 2. Le litige a pour objet le droit du recourant à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité, respectivement les taux à la base de ces prestations octroyées par l'intimée. 3. a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière sans l'événement accidentel. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de la personne assurée, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 148 V 356 consid. 3 ; 148 V 138 consid. 5.1.1 ; 142 V 435 consid. 1 et les références ; TF 8C\_71/2025 du 12 juin 2025 consid. 3.1). Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité

naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références). Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; TF 8C\_493/2022 du 8 mars 2023 consid. 4 in fine ). c) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 et les références). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 140 V 356 consid. 3.2 et la référence ; TF 8C\_686/2024 du 4 avril 2025 consid. 3.1.1). 4. 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. 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). 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. 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. b) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2). c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en

pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_757/2023 du 20 décembre 2024 consid. 7). d) Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C\_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C\_484/2019 du 3 août 2020 consid. 6.2). e) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, 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 asséculo-logique. 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 la personne assurée, 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 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C\_484/2019 du 3 août 2020 consid. 6.2). 5. a) En l'espèce, il sied de constater d'emblée que la stabilisation de l'état de santé du recourant au 31 mai 2024 n'est pas contestée et il est admis qu'il ne dispose plus de capacité de travail dans son activité habituelle de plâtrier-peintre. Le recourant soutient avoir droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents de 50 % dès le 1<sup>er</sup> juin 2024 mais sans fournir de motivation étayée sur ce degré d'invalidité. b) S'agissant de la capacité de travail, le recourant soutient ne plus pouvoir travailler dans une activité quelconque. Il se plaint en particulier de ce que la dimension de la lésion de son bras droit à la suite d'un précédent accident survenu en 2016 n'a pas été prise en compte dans l'évaluation globale de son état de santé alors que l'utilisation des cannes aurait aggravé l'état au niveau de ce bras. c) Lors du deuxième séjour à l'automne 2021, les médecins de la CRR ont observé chez l'assuré une aggravation de la neuropathologie du nerf sural gauche, sans réelle amélioration en cours d'hospitalisation. En l'absence de nouvelle intervention chirurgicale pour le pied gauche, une stabilisation de l'état de santé était attendue avec des limitations fonctionnelles quasiment définitives en lien avec l'état du pied gauche du recourant (rapport du 25 octobre 2021 des Drs Q. \_\_\_\_\_ et N. \_\_\_\_\_). A l'occasion du troisième séjour de l'assuré à la CRR du 28 décembre 2022 au 7 février 2023, une stabilisation du cas était attendue dans un délai de deux à trois mois. Les médecins de la CRR ont retenu les limitations fonctionnelles, probablement définitives (pas d'activité nécessitant le port prolongé ou répétitif de charges supérieures à cinq kilos ; pas de marche sans moyen auxiliaire, pas de marche prolongée ou en terrain irrégulier ; pas de montée ou descente répétée des escaliers ; pas de travail en position accroupie ou à genoux). A ce stade, seul un travail essentiellement assis avec la possibilité de gérer les pauses de manière autonome était envisagé (rapport du 1<sup>er</sup> mars 2023 des Drs I. \_\_\_\_\_ et O. \_\_\_\_\_). Le 7 mai 2024, la Dre B. \_\_\_\_\_ a examiné l'assuré. Elle a constaté une importante boiterie d'épargne du membre inférieur gauche, avec un pied tourné vers l'extérieur et dont le déroulement était impossible. La marche sur

la pointe des pieds ou sur les talons était impossible, alors que l'agenouillement était possible avec le membre inférieur gauche maintenu légèrement en retrait et sans trop d'appui. Le médecin d'arrondissement n'avait pas d'élément clinique pour retenir un syndrome douloureux régional complexe (SDRC). La Dre B. \_\_\_\_\_ a attribué les douleurs persistantes à une atteinte du nerf sural (60 %) ainsi qu'à une arthrose débutante des articulations calcanéocuboïdiennes. Elle a par ailleurs relevé des facteurs extra-médicaux (l'âge, l'absence de maîtrise du français, l'absence d'emploi de l'épouse depuis plusieurs années et les problèmes psychosociaux) pouvant influencer l'importance des douleurs. Elle a estimé que l'état de santé était désormais stabilisé en l'absence de traitement chirurgical ou médical susceptible d'améliorer la situation. Par ailleurs, elle a recommandé à l'assuré de consulter son médecin traitant afin d'adapter la prise en charge à ses douleurs. Selon le médecin d'arrondissement l'assuré disposait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (pas d'activité nécessitant le port prolongé ou répétitif de charges supérieures à cinq kilos ; pas de marche sans moyens auxiliaires ; pas de marche prolongée ni en terrain irrégulier ; pas de montée ou descente répétée d'escaliers ou de pente ; pas de travail en position accroupie ou à genoux). Elle a précisé qu'il devait exercer une activité essentiellement assise, avec possibilité de gérer quelques pauses de manière autonome ; durant l'examen, il avait pu rester assis plus d'une heure, bien qu'il ait bougé sur sa chaise et placé son pied sur son genou pour le masser. Ainsi, l'appréciation de la Dre B. \_\_\_\_\_ dans le courant mai 2024 rejoint l'évaluation interdisciplinaire du 1<sup>er</sup> mars 2023 des médecins spécialistes de la CRR, à savoir que les atteintes à la santé persistantes n'ont aucune répercussion sur une capacité de travail entière depuis le 1<sup>er</sup> juin 2024 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, listées tant par les médecins de la CRR que par le médecin d'arrondissement de l'intimée lors de son examen. d) Rien au dossier ne permet de remettre en cause ce point de vue. On constate en effet que l'appréciation du 19 avril 2023 de la Dre V. \_\_\_\_\_, suivant le recourant au CHUV, indique les mêmes limitations fonctionnelles définitives (pas d'activité nécessitant le port de charges prolongées ou répétitives supérieures à cinq kilos ; pas de marche sans moyen auxiliaire, pas de marche prolongée ou en terrain irrégulier ; pas de réalisation répétée des escaliers ; pas de travail en position accroupie ou à genoux) et précise qu'une reconversion vers un travail essentiellement assis a été recommandée avec la possibilité de gérer les pauses de manière autonome. La Dre V. \_\_\_\_\_ indique en outre les mêmes réserves liées aux facteurs contextuels que ceux constatés par ses confrères de la CRR lors du dernier séjour du recourant (en particulier l'absence de formation reconnue et la barrière de la langue dans l'optique d'une activité administrative interféreraient avec le processus, de même que la prépondérance des douleurs conséquentes à une pathologie bien installée dans sa chronicité qui impacteraient fortement l'assuré sur les plans physique et psychosocial). e) S'agissant du grief du recourant, il faut relever que les douleurs de son épaule droite ne sont constatées par aucun médecin. Pourtant, les médecins de la CRR ont procédé d'abord à une évaluation globale de l'état de santé de l'intéressé avant de préciser ce qui relevait de l'accident du 23 avril 2018. Le rapport du 27 août 2020 des Drs Q. \_\_\_\_\_ et X. \_\_\_\_\_ de la CRR mentionne ainsi la rupture du long chef du biceps et la rupture partielle du tendon de l'infra-épineux à droite traitées de manière conservatrice dans les antécédents médicaux. Cela étant, le recourant ne s'est pas plaint de douleurs à l'épaule droite durant son dernier séjour à la CRR (cf. rapport du 1<sup>er</sup> mars 2023 des Drs I. \_\_\_\_\_ et O. \_\_\_\_\_, p. 4), ni à son médecin traitant (le Dr Z. \_\_\_\_\_) dont les rapports des 26 février 2024 et 26 avril 2024 ne font pas mention d'atteintes au bras droit, ni

au médecin d'arrondissement de l'intimée (rapport d'examen du 13 mai 2024 de la Dre B. \_\_\_\_\_, pp. 10 – 13). Ainsi, le recourant échoue à rendre vraisemblable une péjoration de l'état de son bras droit ; dans son rapport du 17 avril 2019, le Dr L. \_\_\_\_\_ n'a pas relevé d'incapacité de travail ou de limitation fonctionnelle depuis l'accident du 23 avril 2018 au vu d'une bonne évolution des lésions au niveau de son épaule droite moyennant un traitement conservateur. Au vu de l'état de l'épaule droite considérée comme guérie depuis septembre 2016, il n'existe par conséquent aucune atteinte à la santé persistante touchant ce membre. f) A l'appui de sa cause, le recourant évoque encore son état de santé sur le plan psychiatrique mais sans pour autant rendre vraisemblable souffrir d'une atteinte psychique en relation de causalité naturelle avec l'accident. Selon le rapport du 30 octobre 2024 du Dr U. \_\_\_\_\_, il ressort en effet qu'en raison d'un état de stress post-traumatique dû à la guerre en Bosnie l'intéressé reste très irritable avec un état d'hypervigilance et de tensions internes permanentes. Les douleurs résultant de l'accident de 2018 ont uniquement accentué cet état de stress. Au demeurant, en présence d'un accident de gravité moyenne à la limite des accidents de peu de gravité, le lien de causalité adéquate entre les atteintes à la santé persistantes et l'accident ne serait de toute manière pas rempli (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1), comme la décision attaquée le relève à juste titre à son chiffre 8, contre lequel le recourant ne formule aucun grief. L'examen du droit aux prestations de l'assurance-accidents s'effectue donc sur la base des seuls troubles somatiques du recourant. g) Pour le reste, c'est à juste titre que l'intimée a procédé à une comparaison des revenus (au sens de l'art. 16 LPGa) contre laquelle le recourant n'a émis aucun grief. Le calcul effectué par l'intimée laisse apparaître une perte de gain de 17,53 % ouvrant le droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents de 18 % (cf. art. 18 al. 1 LAA) en faveur du recourant dès le 1<sup>er</sup> juin 2024. h) A la lumière de ce qui précède, il sied de constater que l'évaluation de la capacité de travail et du degré d'invalidité du recourant effectuée par l'intimée dans sa décision sur opposition est conforme au droit et peut donc être confirmée. 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 prétend pour sa part à l'octroi d'une prestation d'un taux de 42 %. 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.

## **E. 25**

al. 1 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital. Elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité, qui s'apprécie d'après les constatations médicales. C'est dire que chez toutes les personnes présentant le même status médical, l'atteinte à l'intégrité est la même ; elle est évaluée de manière abstraite, égale pour tous, de sorte qu'il n'est pas nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'elle entraîne pour la personne concernée (ATF 115 V 147 consid. 1 ; 113 V 218 consid. 4b ; TF 8C\_566/2017 du 8 mars 2018 consid. 5.1). L'évaluation de l'atteinte à l'intégrité incombe avant tout aux médecins, qui doivent d'une

part constater objectivement les limitations, et d'autre part, estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (TF 8C\_566/2017 précité consid. 5.1 et la référence). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 de l'OLAA (art. 36 al. 2 OLAA). Cette annexe comporte un barème des atteintes à l'intégrité en pour cent du montant maximum du gain assuré. Ce barème – reconnu conforme à la loi – ne constitue pas une énumération exhaustive (ATF 124 V 29 consid. 1b, 113 V 218 consid. 2a). Il représente une « règle générale » (ch. 1, première phrase, de l'annexe). Pour les atteintes qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il y a lieu d'appliquer le barème par analogie, en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1, deuxième phrase, de l'annexe). Le ch. 2 de l'annexe dispose au surplus qu'en cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence, aucune indemnité n'étant toutefois versée dans les cas pour lesquels un taux inférieur à 5 % du montant maximum du gain assuré serait appliqué. A cette fin, la Division médicale de la CNA a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA. Sans lier le juge, ces tables sont néanmoins compatibles avec l'annexe 3 OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc ; TF 8C\_198/2020 du 28 septembre 2020 consid. 3.1) et permettent de procéder à une appréciation plus nuancée, lorsque l'atteinte d'un organe n'est que partielle. 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). La perte d'intégrité doit être déterminée séparément pour chaque perte. Si un ou plusieurs événements assurés entraînent différentes atteintes à l'intégrité, les pourcentages correspondant aux différentes atteintes doivent être additionnés, pour autant que les atteintes soient clairement établies sur le plan médical et que leurs effets puissent être clairement distingués les uns des autres (ATF 150 V 469 consid. 3 ; 116 V 156 consid. 3, en particulier 3b ; TF 8C\_38/2024 du 28 juin 2024 consid. 2.3.2 ; TF 8C\_300/2020 du 2 décembre 2020 consid. 4.3 ; TF 8C\_19/2017 du 22 mai 2017 consid. 4.4). c) Pour ce qui est de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, dans son estimation du 13 mai 2024, la Dre B.\_\_\_\_\_ a constaté des séquelles durables sous la forme d'une arthrodèse sous-talienne gauche et a évalué l'atteinte à l'intégrité à 15 % en se fondant sur la table 5 (révision 2011) des atteintes à l'intégrité résultant d'arthrose (références 2870/5.f-2000). Ensuite, la médecin d'arrondissement a indiqué que, selon la table 2 (révision 2000) des atteintes à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres inférieurs (référence 2870/2.f-2000), une paralysie du sciatique poplité interne correspondait à un taux d'indemnité pour atteinte à l'intégrité de 20 %. Elle a expliqué que le recourant ne présentait pas une atteinte motrice avec paralysie du nerf sciatique poplité interne, mais une atteinte de 60 % de son nerf sural. Elle a retenu un taux d'indemnité pour atteinte à l'intégrité de 2,5 %, correspondant à un huitième de l'atteinte en cas de paralysie du nerf sciatique poplité interne, au motif qu'il s'agissait en l'espèce de la branche sensitive (un quart du nerf sciatique poplité interne) avec une atteinte de 60 %. Or l'ENMG et examen neurologique du 13 juillet 2023, pourtant cité par la Dre B.\_\_\_\_\_ mais mal retranscrit dans son rapport, indique « Par rapport à l'examen de 2020 qui retrouvait une neuropathie focale axonale du nerf sural gauche avec une perte axonale estimée à 60%, il existe une aggravation car le nerf sural gauche est actuellement inexcitable ». Il convient ainsi de prendre en considération une atteinte de 100 % de ce nerf, ce qui porte l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à 20 % (soit 15 % pour les séquelles durables de l'arthrodèse sous-talienne gauche + 5 % pour les séquelles des membres inférieurs, ce qui représente le quart du taux de l'indemnité pour une paralysie du nerf sciatique poplité interne). 7. Le

recourant sollicite la production du dossier de l'AI en précisant que ce dossier ne sera d'aucun secours puisque l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud n'a pas mené d'instruction propre. Il n'y a ainsi aucun intérêt à donner suite à cette réquisition. Pour le reste, le dossier est complet, permettant ainsi à la Cour de statuer en connaissance de cause. Un complément d'instruction apparaît inutile et la requête formulée en ce sens par le recourant – à savoir, la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire – doit dès lors être rejetée. En effet, la réalisation d'une expertise ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent. 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 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1). 8. a) En définitive, le recours doit être partiellement admis et la décision réformée en ce sens que le recourant a droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 20 %. La décision sur opposition litigieuse est confirmée pour le surplus. b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f bis LPGA). c) Obtenant partiellement gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, le recourant a droit à une indemnité de dépens, réduite, à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 500 fr., débours et TVA compris (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 qui succombe.

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