

VD_GERICHTE ZA11.031203 vom 28. März 2014

VD Tribunal cantonal, 2014-03-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA11.031203

FR: VD_GERICHTE ZA11.031203 du 28 mars 2014

IT: VD_GERICHTE ZA11.031203 del 28 marzo 2014

Erwägungen

E. 50

% au vu de l'évolution défavorable de la symptomatologie malgré les traitements entrepris". Le 5 juillet 2012, l'intimée a maintenu ses conclusions. Le 21 août 2012, le recourant a derechef requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. Dans un courrier du 27 septembre 2012, l'intimée a confirmé ses déterminations. Le 9 octobre 2012, le Tribunal a informé les parties, qu'après un examen anticipé des pièces au dossier, la mise en œuvre de l'expertise requise par le recourant ne paraissait pas indispensable pour trancher le litige et que, sauf nouvelle réquisition, un jugement serait rendu. Le 18 décembre 2012, le recourant a produit des notes manuscrites de la Dresse X. _____, dont il ressort que le recourant a une médication quotidienne consistant en deux produits dérivés de la morphine (Targin et Oxynorm) ainsi qu'un antidouleur (Lyrica) et que : "La sensation d'être "vaseux" est crédible car ces médicaments provoquent tous les 3 des sensations vertigineuses, des étourdissements, une fatigue, une somnolence. Ils peuvent être éventuellement ressentis comme un "handicap" à la marche du fait de ces effets secondaires."

- 24 - Le recourant fait valoir que ce sont les sensations vertigineuses, les étourdissements, la fatigue et la somnolence qui se manifesteraient dans une hypothétique activité de substitution, nécessitant précisément de la concentration, une pleine disponibilité (pas de fatigue ni de somnolence), etc. pour une activité industrielle de substitution. Il soutient qu'une expertise est aussi indispensable pour déterminer les question de l'alcoolisme secondaire dû aux douleurs ainsi que l'existence d'une dépression et relève qu'aucune "expertise digne de ce nom" ne figure au dossier, ni sur le plan somatique, ni en ce qui concerne les effets secondaires des médications et la question de l'antalgie par l'alcool. Par courrier du 18 décembre 2012, l'intimée n'a pas formulé de remarque particulière s'agissant de l'appréciation de la Dresse X. _____ et s'en est remise à l'appréciation du Tribunal pour savoir si cet élément pouvait motiver la mise en œuvre d'une expertise. Le 17 janvier 2013, le recourant a précisé qu'une expertise était indispensable pour "déterminer la question de la causalité, s'agissant non seulement des effets secondaires sus-décrits des médications, mais aussi des questions alcoolisme secondaire (en raison de douleurs) et dépression". Le 16 avril 2013, la juge en charge du dossier a informé les parties que l'affaire était, sauf instruction complémentaire qui pourrait être ordonnée par la Cour, en état d'être jugée. Par écriture du 24 juin 2013, le recourant a réitéré sa requête tendant à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire bidisciplinaire (orthopédique et psychique) en faisant valoir que, sur le plan orthopédique, la situation s'était gravement péjorée. Il explique que, selon le Dr G. _____, ancien médecin cantonal adjoint qui le suit désormais, les atteintes aux deux talons se sont amplifiées, tout comme les douleurs, et nécessitent la prise constante de médicaments (des dérivés morphiniques) entraînant à leur tour des effets secondaires (troubles du sommeil, fatigue, perte d'équilibre, etc). Le recourant soutient que les douleurs

sont

- 25 - devenues à ce point intolérables qu'il a dû avoir recours à la consommation d'alcool pour y faire face et que l'ensemble de ces éléments a entraîné une dégradation importante sur le plan psychique. A l'appui de sa requête d'expertise, il relève encore l'ancienneté des décisions attaquées. Par écriture du 12 août 2013, le conseil du recourant a confirmé sa requête tendant à la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire. A l'appui de celle-ci, il a produit les certificats médicaux établis respectivement à son attention le 18 juillet par la Dresse X. _____ et le 11 août 2013 par le Dr G. _____. Le certificat médical de la Dresse X. _____ du 18 juillet 2013 a la teneur suivante : "Après relecture du dossier, je me permets de vous transmettre certaines données utiles concernant ce patient. J'ai revu récemment Mr B. _____ pour un bilan sanguin. Celui-ci a montré des tests du foie dans les limites de la norme pour les transaminases et très légèrement au-dessus de la norme pour les Gamma-GT. Ces résultats vont dans le sens d'une consommation modérée d'alcool. Je précise que je n'ai jamais vu Mr B. _____ alcoolisé lors des consultations. Concernant le traitement médicamenteux antalgique introduit depuis 2011 en raison de douleurs permanentes sévères, insomniantes aux talons, Mr B. _____ le suit consciencieusement conformément au dosage prescrit; je peux certifier qu'il ne présente pas d'addiction à ce traitement et qu'il n'en abuse pas. Ce traitement a baissé l'intensité des douleurs nocturnes d'un niveau de 10/10 à 7/10 lui permettant ainsi de dormir 4 à 5h/nuit. Le traitement médicamenteux pris le matin permet d'atténuer ces douleurs à un niveau de 5/10, par contre lorsqu'il marche, les talalgies ne répondent pratiquement à aucune thérapie. Ces thérapies médicamenteuses comportent des effets secondaires principalement des étourdissements et des vertiges qui peuvent occasionner des troubles à la marche avec impression d'ébriété." Le certificat médical établi le 11 août 2013 par le Dr G. _____ indique ce qui suit : "Votre client présente les séquelles douloureuses irréversibles d'une destruction par écrasement des deux talons avec effondrement de la voûte plantaire. De telles séquelles bilatérales, malheureusement fréquents dans ce type de lésions, ont un pronostic fonctionnel catastrophique d'emblée par rapport à la capacité future de gain en

- 26 - premier lieu dans un travail de force, mais aussi pour toute activité exigeant la marche ou la station debout. Il n'est pas rare – c'est le cas de M. B. _____ – que le syndrome douloureux ne laisse aucun répit au patient jusque dans sa vie quotidienne et ne permette aucune reprise de travail, entraînant une invalidité complète dans le monde du travail. Dans l'intérêt bien compris du patient et des assurances sociales, il est attendu de mes confrères au cours du délai de réadaptation sociale une grande prudence dans l'énoncé de leur conclusion pour ne pas décourager le patient dans ses efforts de reprise d'une activité professionnelle. Ceux-ci déboucheront tout au plus sur une activité occupationnelle ou, dans les cas les moins graves – sur un travail partiel après changement complet de métier précédé d'une reconversion professionnelle. Il est donc faux de vouloir interpréter des avis cliniques itératifs donnés au cours du suivi de réinsertion pour juger de la capacité résiduelle effective du patient, ce que ne pourra déterminer qu'une expertise. Pour compléter les observations du médecin traitant de M. B. _____, j'ai effectué, à toutes fins utiles, une série de clichés du Status des pieds de M. B. _____ le 28 juin (trois photographies) et le 7 juillet (une photographie) l'après-midi. Le cliché No 1 montre une gracilité des mollets correspondant à une fonte musculaire importante des muscles de la jambe des deux côtés démontrant que M. B. _____ ne peut plus marcher. Ce status corrobore l'anamnèse du patient et les stratégies qu'il doit développer pour supporter ses journées et ses nuits – les autres causes

d'hypotrophie musculaire des membres inférieurs étant écartées par le médecin traitant. Sur le cliché No 2 montre une statique de chacun des pieds incompatible avec la fonction dynamique de soutien d'un pied normal; le cliché No 3 montre l'affleurement sous la peau de la vis du matériel d'ostéosynthèse laissé en place à cause d'une infection nosocomiale. Le cliché No 4 pris une semaine plus tard dans l'après-midi est le plus intéressant parce qu'il montre des deux côtés : des pieds très remodelés avec de l'oedème signalé par des flèches après une sollicitation mineure – le patient s'est rendu en voiture dans un magasin. Le 2 décembre 2013, l'intimée s'est déterminées sur les écritures du 24 juin et du 12 août 2013 du recourant, en alléguant que d'un point de vue juridique, s'il y avait bien eu aggravation, c'est par le biais d'une annonce de rechute que celle-ci devait être signalée à l'assureur, qu'en tout état de cause c'est en janvier 2011 que l'exigibilité médicale devait être évaluée, que le dossier était complet s'agissant de l'aspect médical et que dès lors elle maintenait sa position, à savoir que l'affaire était en état d'être jugée à l'instar de ce qu'estimait la Cour de céans. Par déterminations du 3 décembre 2013, le recourant a répondu à cette argumentation.

- 27 - C. Dans l'intervalle, soit le 7 décembre 2010, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1er mars au 31 juillet 2008 ainsi qu'un quart de rente pour la période du 1er août 2008 au 30 novembre 2009, puis à nouveau dès le 1er février 2010. Il ressortait de la rubrique "résultat de nos constatations" les éléments suivants: "Depuis le 7 mars 2007 (début du délai d'attente d'un an), votre capacité de travail est considérablement restreinte. • Selon les renseignements en notre possession, vous travaillez en qualité de grutier, maçon et machiniste chez K. _____ SA depuis le 12 mars 1989. • En date du 7 mars 2007, vous avez été victime d'un accident. • Du point de vue médical, votre dossier a fait l'objet d'un examen approfondi par le Service médical régional. • Au vu de ce qui précède, nous constatons qu'à l'échéance du délai de carence, vous présentez une incapacité de travail et de gain entière, ceci dans toute activité, ce qui vous donne droit à une rente basée sur un degré d'invalidité de 100 %. • A partir du mois de mai 2008, vous êtes apte à la réadaptation. En effet, votre état de santé s'est amélioré et vous présentez une capacité de travail raisonnablement exigible de 100 % dans une activité qui soit adaptée à vos limitations fonctionnelles, lesquelles sont les suivantes: station debout prolongée (activité assise), déplacements répétés et sur terrain inégal, montées/descentes d'escaliers, port de charges. • Dès lors, nous avons déterminé votre degré d'invalidité par le biais d'une approche théorique. (...) En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2008 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a), CHF 4808.00 par mois, part au 13ème salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2008, TA1; niveau de qualification 4). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle 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 CHF 4998.24 (CHF 4'806.00 X 41,6 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 59'978.88. (...) Compte tenu de vos limitations fonctionnelles et de l'effet des douleurs ressenties, un abattement de 20 % sur le revenu d'invalidité est justifié. Le revenu annuel d'invalidité s'élève ainsi à CHF 47'983.10. Revenu annuel professionnel raisonnablement exigible: sans invalidité CHF 80'712.00 avec invalidité CHF 47'983.10 La perte de gain s'élève à CHF 32'728.90 = un degré d'invalidité de 40.55 % Notre décision est par conséquent la suivante: • Du 1er mars 2008 au 31 juillet 2008, le droit à une rente entière est reconnu puis dès le 1er août 2008, le

droit à un quart de rente est reconnu, soit trois mois après l'amélioration de votre état de santé."

- 28 - Le 11 janvier 2011, l'assuré a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre des décisions du 7 décembre 2010 de l'OAI. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'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 sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA), auprès du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt (art. 58 al. 1 LPGA). La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). S'agissant d'une contestation relative aux prestations de l'assurance-accidents d'un montant indéterminé, il n'est pas exclu que la valeur litigieuse soit supérieure à 30'000 fr., de sorte que la cause doit être tranchée par la Cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979; RSV 173.01]) et non par un juge unique (art. 94 al. 1 let. a et al. 4 LPA-VD). b) Le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et satisfait aux autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

- 29 - 2. Le litige porte sur le droit du recourant à l'octroi d'une rente fondée sur un taux d'invalidité de 70 % au moins et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité basée sur un taux de 35 % au minimum. Le recourant conteste l'évaluation médicale à laquelle la CNA a procédé et en particulier les conclusions relatives à sa capacité résiduelle de travail eu égard à son état de santé somatique et psychique. Faisant valoir que les avis médicaux du Dr C. _____ de la CNA n'ont pas de valeur probante et que son état de santé psychique n'a pas été investigué, il requiert la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire (orthopédique et psychique) par un expert indépendant. Le recourant conteste également le calcul du degré d'invalidité opéré par la CNA. 3. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel ou de maladie professionnelle. Est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA). En vertu de l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. L'art. 8 LPGA définit l'invalidité comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 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 al. 1 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée dans la profession ou le domaine d'activité d'un assuré, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). 4. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi

d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du

- 30 - médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256, consid. 4; 115 V 133, consid. 2; TF, I 312/06 arrêt du 29 juin 2007, consid. 2.3 et les références citées). Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve qu'elle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353, consid. 5b; TF, 9C_418/2007 arrêt du 8 avril 2008, consid. 2.1). A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, 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 de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231, consid. 5.1). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, la jurisprudence récente du Tribunal fédéral a posé quelques principes relatifs à la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Notre Haute Cour a notamment précisé qu'il n'y

- 31 - avait pas lieu de mettre en doute la valeur probante d'une expertise réalisée dans un Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI), conformément à l'art. 44 LPG, au seul motif que celui-ci était lié par un contrat-cadre avec l'Office fédéral des assurances sociales et fréquemment mandaté par les offices de l'assurance-invalidité (ATF 137 V 210 consid. 1.3.3, 2.3 et 3.4.2.7; cf. également ATF 136 V 376). Il a par ailleurs considéré que la valeur probante d'un rapport d'examen établi par un SMR était en principe comparable à celle d'une expertise réalisée par un spécialiste externe à l'assurance-invalidité, étant toutefois précisé qu'en cas de divergence avec les autres avis médicaux probants figurant au dossier, une expertise externe devait être mise en oeuvre conformément à l'art. 44 LPG (cf. ATF 137 V 210 consid. 1.2.1 in fine, avec les références, ainsi que l'ATF 135 V 465 consid. 4.4). Enfin, il convient de prendre en considération, pour apprécier la valeur probante d'un rapport établi par un médecin traitant de l'assuré, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui le lie à ce dernier et qui le placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique; les constatations d'un expert revêtent donc en principe plus de poids (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Si l'assureur ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérant et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu de rechercher d'autres preuves. Cette appréciation

anticipée des preuves ne viole pas, en tant que telle, les garanties de procédure (ATF 119 V 335 consid. 3c; 124 V 90 consid. 4b; TF, 9C_382/2008 arrêt du 22 juillet 2008 consid. 3 et les références). 5. a) En l'espèce, il est établi que le recourant a subi une fracture comminutive du calcanéum droit avec atteinte de l'articulation calcanéo- cuboïdienne, de l'articulation sous-astragalienne et fracture de la grosse tubérosité, ainsi qu'une fracture du calcanéum gauche. En raison de ces atteintes, il s'est soumis à une intervention chirurgicale le 21 mars 2007

- 32 - (reconstruction du calcanéum droit, arthrodèse sous-astragalienne et mise en place de Connexus; cf. protocole opératoire établi par le Dr H. _____). Par la suite, il a subi une complication sous la forme d'une infection précoce ayant nécessité le débridement de la plaie infectée et la mise en place d'antibiotiques locaux, ainsi que la confection d'un lambeau fascio- cutané de rotation. Le recourant se plaint depuis lors d'une persistance des douleurs, particulièrement au pied droit. Pourtant, au début de l'année 2008, soit moins d'une année après son accident, le bilan radiologique du recourant montrait une consolidation acquise des fractures (rapport des Drs L. _____ et R. _____ du 22 février 2008). D'un point de vue orthopédique, l'ensemble des médecins consultés reconnaît au recourant une incapacité de travail totale dans son ancienne activité professionnelle. Il n'y a pas lieu de revenir sur ce point, qui ne prête pas à discussion entre les parties, à juste titre. En revanche, l'intimée considère que, si les atteintes des membres inférieurs empêchent le recourant d'exercer une activité exigeant le port de charges de plus de 10 kg, le maintien de la station debout de manière prolongée, de longs trajets, de la marche en terrain accidenté et l'utilisation des escaliers et échelles, il dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité respectant ces limitations. Cette appréciation médicale de sa capacité de travail résiduelle est contestée par le recourant. Il fait valoir que l'avis médical émanant du Dr C. _____, médecin d'arrondissement de l'intimée, n'a pas la valeur probante requise et qu'elle est en contradiction avec les avis médicaux de ses propres médecins traitants. En outre, à lire les arguments du recourant, on comprend qu'il considère que l'évaluation médicale à laquelle la CNA a procédé est lacunaire, raison pour laquelle il requiert la mise en œuvre d'une expertise bi-disciplinaire (orthopédique et psychiatrique). b) Pour évaluer la situation médicale du recourant du point de vue orthopédique, la CNA s'est fondée sur les rapports médicaux établis par son médecin d'arrondissement les 8 mai 2008, 18 février 2009 et 1er octobre 2010. Ces rapports médicaux font suite à plusieurs examens cliniques du recourant par l'auteur du rapport; ils tiennent compte de

- 33 - l'ensemble des données médicales relatives à l'assuré – en particulier des constats et des conclusions de l'évaluation médicale des médecins de la Clinique W. _____ ayant suivi le recourant lors de son séjour (rapport du 22 février 2008) et des observations et conclusions de l'équipe d'observation des Y. _____ (rapports des 9 décembre 2009 et 9 mars 2010) – et prennent en considération les plaintes du recourant. Ces rapports sont complets et détaillés et les conclusions du Dr C. _____, qui se basent sur un suivi régulier de l'état de santé du recourant depuis l'accident de 2007, sont dûment motivées et convaincantes. Cela étant, il n'y a pas lieu a priori de douter de la valeur probante des avis médicaux précités. Reste toutefois à examiner les griefs soulevés par le recourant à cet égard. c) Le Dr C. _____ conclut que, d'un strict point de vue orthopédique, le recourant dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée (absence de port de charges de plus de 10 kg, de station debout prolongée, de longs trajets, de marche en terrain accidenté, d'escaliers et d'échelles) à compter du mois de mai 2008 (cf. rapport du 8 mai

2008 dont les conclusions ont été confirmées dans les rapports des 18 février 2009 et 1er octobre 2010). Le recourant conteste cette appréciation de sa capacité résiduelle de travail en faisant valoir qu'elle est en contradiction avec l'avis des médecins qui le suivent (Dresse X. _____, Dr S. _____, Dr J. _____ et Dr G. _____) ainsi qu'avec les conclusions des responsables du stage au Copai (rapport d'observation du 19 décembre 2008) et celles de l'équipe des Y. _____ (rapports d'évaluation des 9 décembre 2009 et 9 mars 2010), qui tous considèrent, selon lui, que la capacité de travail dans une activité adaptée n'est pas supérieure à 50 % et s'approche même plutôt des 20 % (Dresse X. _____). Dans ce contexte, le recourant soutient que l'évaluation du médecin d'arrondissement de la CNA ne tient compte ni des douleurs chroniques, ni de la dégradation de son état psychique, ni enfin des effets secondaires engendrés par la lourde médication qu'il est contraint de prendre pour gérer les douleurs. Il insiste sur le fait que ces différentes atteintes, toutes en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident, sont extrêmement invalidantes, comme les rapports médicaux de ses

- 34 - médecins traitants l'attestent. L'assuré déduit de ces éléments l'absence de valeur probante des rapports médicaux du Dr C. _____. Contrairement à ce qu'allègue le recourant, on constate que, dans ses avis médicaux successifs, le médecin d'arrondissement de la CNA a pris en compte les plaintes du recourant quant aux douleurs. Il explique clairement qu'elles n'entraînent pas, du point de vue strictement orthopédique, une incapacité de travail dans une activité adaptée, mais que l'importance de la comorbidité (alcoolisme et tabagisme chronique notamment) que présente l'assuré est susceptible d'aggraver lesdites douleurs. Cet avis est d'ailleurs partagé par le Dr Z. _____ du SMR, qui, s'il admet dans son avis du 4 novembre 2008 que les lésions que présente l'assuré sont connues pour être douloureuses à long terme, relève cependant dans son avis médical du 14 janvier 2009 que la seule motivation pour s'écarter de l'appréciation du Dr C. _____ telle qu'elle résulte de l'évaluation faite au Copai (rapport du Dr F. _____ du 9 décembre 2008 et rapport de l'équipe responsable du stage du 19 décembre 2008 qui retiennent une capacité de travail de 50 % en raison d'un manque d'endurance) se fonde sur l'augmentation des douleurs au cours de la journée, ce qui constitue un élément subjectif. Il précise d'ailleurs que le comportement antalgique de l'assuré décrit par l'équipe d'observation du Copai est quelque peu contradictoire, puisqu'il indique un périmètre de marche limité à 10 mètres et un maintien de la station de bout à quelques minutes tout en soulignant que l'assuré doit, de temps à autre, faire une petite promenade pour se dérouiller. Le Dr Z. _____ en conclut, de manière convaincante, que le manque d'endurance et d'efforts observés peuvent, au moins partiellement, être attribués au problème d'alcool du recourant. Cette appréciation est d'ailleurs elle-même corroborée par le rapport d'observation établi le 9 décembre 2009 par les responsables du stage de l'assuré aux Y. _____ qui décrit de façon détaillée la problématique de la consommation d'alcool du recourant, conclut à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée (il est clairement mentionné que l'assuré est en mesure, d'un point de vue somatique, d'occuper un poste dans le circuit économique normal à plein temps avec des rendements proches de la norme dans des activités

- 35 - industrielles légères en position principalement assise) tout en relevant que l'observation amène à considérer que l'état de santé actuel de l'assuré est dû au premier chef à sa consommation d'alcool, au tabagisme et à sa difficulté à gérer les douleurs et son humeur. Certes, tant le Dr J. _____, cardiologue, que le Dr G. _____, médecin cantonal retraité (dont la spécialisation ne figure pas sur ses avis médicaux), indiquent que

les douleurs que présente le recourant sont d'origine mécanique. Leur avis ne saurait toutefois être considéré comme probant, ni même comme pertinent. D'une part, aucun de ces deux praticiens ne dispose des connaissances et compétences propres à un spécialiste en orthopédie, contrairement au Dr C._____. D'autre part, le Dr G._____ n'explique pas pourquoi il considère que les séquelles douloureuses du recourant sont irréversibles dans le cas du recourant. Il se contente d'indiquer que de telles séquelles bilatérales sont malheureusement fréquentes dans ce type de lésions, ont un pronostic fonctionnel catastrophique d'emblée par rapport à la capacité future de gain en premier lieu dans un travail de force mais aussi pour toute activité exigeant la marche ou la station debout et qu'il n'est pas rare que le syndrome douloureux ne laisse aucun répit au patient jusque dans sa vie quotidienne et ne permette aucune reprise de travail. Certes, il relève lui aussi la pauvreté de la masse musculaire des membres inférieurs et la présence d'un œdème, qu'il attribue aux lésions accidentelles, alors que le Dr C._____, comme le Dr V._____, lui aussi spécialiste en orthopédie, mettent ces problématiques en lien avec l'alcoolisme et le tabagisme chroniques du recourant. Quant au Dr J._____, il dit seulement que le status vasculaire et neurologique n'expliquent pas l'origine des douleurs et que celles-ci paraissent d'origine mécanique. Par ailleurs, les avis médicaux des autres médecins traitants du recourant ne sauraient non plus se voir reconnaître une pleine valeur probante, dès lors qu'ils ne répondent pas aux réquisits jurisprudentiels en la matière. Ainsi, le Dr S._____, chirurgien orthopédique traitant du recourant, attestait une évolution favorable de l'état de santé du recourant en août 2007 (rapport médical du 31 août 2007). En février 2008, il estimait en outre que l'assuré était en mesure de travailler huit

- 36 - heures trente par jour, sans perte de rendement, dans une activité ne nécessitant pas de déplacement prolongé sur un terrain vague (rapport médical du 21 février 2008). On peine ainsi à s'expliquer, pour quelles raisons, il retient - à peine deux mois plus tard, soit en avril 2008 - une capacité de travail résiduelle de 50 %; cette péjoration n'est objectivée par aucun élément médical (rapports médicaux du 8 avril 2008 et 23 juillet 2009). Il en va de même de l'appréciation médicale de la Dresse X._____, médecin traitant du recourant (certificat médical du 11 décembre 2009, complété le 5 février 2010) : celle-ci atteste certes elle aussi une incapacité de travail de 50 %, voire de 20 % (rapport médical du 19 octobre 2010), en se limitant toutefois à indiquer qu'elle est justifiée par les douleurs permanentes et intolérables ressenties par le recourant dans ses calcanéums et que celles-ci s'expliquent facilement par leur caractère mécanique, sans toutefois rendre ce dernier vraisemblable. Au vu de ce qui précède, il y a lieu de considérer que, d'un strict point de vue orthopédique, l'évaluation du Dr C._____ quant à la capacité de travail résiduelle du recourant a pleine valeur probante au sens de la jurisprudence. Il convient toutefois encore d'examiner les griefs soulevés par le recourant quant aux prétendues lacunes de l'instruction par la CNA sur les autres pathologies alléguées qui, si elles ne relèvent pas de l'orthopédie, constitueraient néanmoins, selon lui, des séquelles directes et invalidantes de l'accident. d) Le recourant fait état tout d'abord d'une dégradation importante de son état de santé psychique depuis l'accident. Certes, on constate que si, dans l'évaluation médicale du 22 février 2008 de la Clinique W._____, la Dresse P._____, psychiatre consultante, retient une surcharge psychique en relation avec les douleurs et la perte des capacités fonctionnelles, elle nie l'existence d'un trouble dépressif majeur ou d'un trouble de la personnalité constitué. Par ailleurs, même si, comme on l'a vu précédemment, les responsables des stages au Copai et aux Y._____ ont constaté les problèmes d'humeur du recourant et sa difficulté à les gérer, notamment en ayant recours à la consommation

d'alcool, il ne ressort d'aucun avis médical au dossier que le trouble

- 37 - constaté en 2008 par les médecins de la Clinique W._____ se serait aggravé ou qu'une autre pathologie psychiatrique aurait été diagnostiquée. En particulier, la Dresse X._____ ne se prononce dans aucun de ses rapports médicaux en faveur de l'existence d'une telle pathologie. A fortiori, il n'est nulle part question d'une incapacité de travail en lien avec un trouble psychiatrique. Enfin, aucun des avis médicaux figurant au dossier ne suggère la consultation d'un spécialiste en la matière. Cela étant, on ne saurait admettre, comme le fait le recourant, que la CNA aurait omis d'investiguer l'existence d'une atteinte à l'état de santé psychique, ce qui selon lui justifierait la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique. S'agissant de la problématique liée à la consommation d'alcool – qui peut constituer un trouble psychiatrique invalidant mais dont on verra ci-après que les conditions ne sont pas réunies pour la considérer comme telle dans le cas d'espèce – il n'est pas inutile de rappeler que le recourant l'a niée tout au long de la procédure et que son médecin traitant, la Dresse X._____, persiste d'ailleurs à émettre des réserves quant à son existence puisque, dans son avis médical du 18 juillet 2013, elle indique que les tests du foie sont dans les limites de la norme pour les transaminases et très légèrement au-dessus de la norme pour les Gamma- GT et relève que ces résultats vont dans le sens d'une consommation modérée d'alcool. Elle précise d'ailleurs que le recourant ne présente pas non plus de dépendance aux dérivés de la morphine auxquels il doit avoir recours pour supporter les douleurs. S'agissant de l'alcoolisme diagnostiqué chez le recourant, la Dresse P._____ ne s'est pas prononcée sur d'éventuelles conséquences invalidantes de cette dépendance. Le Dr Z._____ du SMR a quant à lui qualifié l'alcoolisme du recourant de primaire dans son rapport du 14 janvier 2009. Aucun autre rapport médical au dossier n'atteste que l'alcoolodépendance du recourant ait provoqué une maladie ou un accident ayant entraîné une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique nuisant à la capacité de gain, ni qu'elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui a valeur de maladie (ATF 124 V 265 consid. 3c et la référence citée; TF 9C_960/2009 arrêt du 24 février 2010, consid. 2.2;

- 38 - TF 9C_395/2007 arrêt du 15 avril 2008, consid. 2.2). Seul le recourant l'affirme aujourd'hui, sans toutefois le rendre vraisemblable. Au demeurant, les douleurs alléguées, qui auraient induit l'alcoolisme selon le recourant, ne sauraient être considérées comme une atteinte à la santé ayant valeur de maladie. Ainsi, en tant qu'elle n'est ni la cause ni la conséquence d'une atteinte à la santé physique ou psychique ayant valeur de maladie, l'alcoolodépendance du recourant constitue une affection primaire non constitutive d'invalidité au sens de la jurisprudence fédérale précitée. Compte tenu de ce qui précède, il convient d'exclure que le recourant présente une incapacité de travail d'un point de vue psychique. A supposer que cette atteinte soit dûment établie, elle n'impliquerait pas l'octroi des prestations litigieuses par l'intimée, faute de rapport de causalité avec l'accident du 7 mars 2007 (consid. 6b ci-après). e) Concernant les effets secondaires de la médication à base de deux produits dérivés de la morphine (Targin et Oxynorm) et d'un antidouleur (Lryrica), il suffit d'observer qu'il résulte du certificat médical de la Dresse X._____ du 18 juillet 2013 que cette médication n'a été introduite qu'en 2011, soit postérieurement à la décision entreprise. Le caractère éventuellement invalidant de cette médication ne saurait par conséquent être examiné dans le cadre de la présente procédure mais pourra le cas échéant être discuté dans le cadre d'une demande de révision. Enfin, en ce qui concerne les troubles neurologiques que présente l'assuré, il convient de se référer à l'avis médical des

médecins de la CRR, qui ont diagnostiqué une discrète polyneuropathie. Au demeurant, ils ont estimé qu'en l'absence de diabète, de carence vitaminique ou de paraprotéïnémie, il s'agissait d'une toxicité chronique, liée à l'alcool et qu'elle n'avait pas d'influence sur la rééducation (rapport du 21 janvier 2008 établi à la suite de l'ENMG du 18 janvier 2008). Ainsi, il y a lieu de retenir que l'appréciation médicale de la CNA tant sur le plan orthopédique que psychiatrique ou neurologique est fondée sur des documents médicaux pertinents ayant valeur probante et

- 39 - que l'instruction à laquelle l'intimée a procédé ne souffre pas de lacune. Il s'ensuit que l'évaluation de la capacité de travail résiduelle du recourant dans une activité adaptée est correcte et doit être confirmée, en ce sens qu'il présente une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles à compter du mois de mai 2008. 6. a) L'obligation éventuelle de l'assureur d'allouer ses prestations suppose un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans la survenance de l'événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé. En effet, il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. 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 les renseignements médicaux, et qui doit être tranchée à l'aune du principe du degré de vraisemblance prépondérante, appliqué généralement à l'appréciation des preuves en matière d'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 129 V 402 consid. 4.3; TF 8C_858/2008 arrêt du 14 août 2009, consid. 3). 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

- 40 - (ATF 129 V 177 consid. 3.2, 129 V 402 consid. 2.2 et les références; TF 8C_710/2008 arrêt du 28 avril 2009, consid. 2). Pour juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et les troubles d'ordre psychique développés ensuite par la victime, la jurisprudence a posé plusieurs critères. Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par ex. une chute banale), les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même. L'existence d'un lien de causalité adéquate entre un accident insignifiant ou de peu de gravité et des troubles psychiques consécutifs à l'accident doit, en règle générale, être niée d'emblée, tandis qu'elle doit être admise en cas d'accident grave. En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants : - les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère

particulièrement impressionnant de l'accident; - la gravité ou la nature particulière des lésions physiques compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques; - la durée anormalement longue du traitement médical; - les douleurs physiques persistantes; - les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident; - les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes; - le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques. Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents

- 41 - graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa, 115 V 403 consid. 5c/aa). b) En l'espèce, il ne ressort d'aucun document au dossier qu'un lien de causalité naturelle entre l'accident et une éventuelle atteinte à la santé psychique (y compris la problématique alcoolique) du recourant puisse être admis. En effet, non seulement cette relation de cause à effet ne ressort que des allégations du recourant sans que ces dernières ne soient appuyées par un quelconque élément de preuve, mais encore, aucun des rapports médicaux figurant au dossier ne permet de corroborer cette hypothèse. Ainsi, lors de son séjour à la CRR du 3 janvier au 19 février 2008, les médecins avaient déjà mis en évidence un syndrome de dépendance à l'alcool avec utilisation continue, accompagné d'un foetor alcoolique marqué lors de son admission. Dans le rapport du 16 janvier 2008, relatif au consilium psychiatrique, il est indiqué que l'assuré admettait une consommation régulière dans la journée de plusieurs boissons alcoolisées depuis plusieurs années. Le Dr S. _____ a pour sa part confirmé dans son rapport médical du 9 septembre 2008 que les problèmes psychiatriques et l'alcoolisme chronique étaient sans rapport avec l'accident. Par la suite, les responsables du stage aux Y. _____ ont décrit dans le détail les habitudes de consommation de l'assuré. Quoi qu'il en soit, le lien de causalité adéquate fait dans tous les cas défaut. En l'occurrence, si la chute d'un échafaudage d'une hauteur de trois mètres a pu subjectivement revêtir chez l'intéressé un caractère relativement impressionnant, le déroulement de l'accident n'apparaît pas d'un point de vue objectif, seul déterminant en l'espèce, particulièrement dramatique. On doit dès lors classer l'accident incriminé dans la catégorie des accidents de moyenne gravité. Il importe dès lors que plusieurs des critères consacrés par la jurisprudence se trouvent réunis ou revêtent une

- 42 - intensité particulière pour que l'accident du 7 mars 2007 soit tenu pour la cause adéquate des troubles psychiques dont le recourant allègue souffrir. Or, tel n'est pas le cas en l'espèce. Les lésions organiques subies par le recourant ne sauraient être qualifiées objectivement de graves et propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques. L'évolution thérapeutique s'est déroulée normalement, hormis les suites de l'opération du 21 mars 2007 qui semble avoir été compliquée par une infection précoce, laquelle a été complètement guérie. Rien ne permet en outre de retenir qu'il y aurait eu une erreur dans le déroulement du traitement médical. Au contraire, la prise en charge par le Centre T. _____ a été immédiate et correcte, avec une évolution favorable. Début 2008 déjà, les fractures étaient consolidées (rapport des médecins de la Clinique W. _____ du 22 février 2008). Dès mai 2008, le médecin de la CNA estimait l'état du recourant suffisamment stabilisé pour lui permettre de travailler à 100 % dans une activité

professionnelle adaptée (rapport du Dr C. _____ du 8 mai 2008). Reste que le recourant continue encore à ce jour à se plaindre de douleurs persistantes en relation avec l'accident qui l'empêchent de reprendre une activité lucrative à 100 %. L'importance de ces douleurs doit toutefois être relativisée, dans la mesure où celles-ci sont entretenues par la problématique psychique (alcoolique et tabagique) que présente le recourant. Différents rapports relèvent en effet l'influence de cette composante psychique sur les douleurs ressenties par le recourant et l'évolution de son état de santé (rapports du Dr C. _____ du 1er octobre 2010 et du Dr S. _____ du 8 avril 2008). Compte tenu de ce qui précède, la CNA n'est pas tenue de prendre en charge une éventuelle affection psychique du recourant, faute de rapport de causalité naturelle et adéquate. 7. Le recourant critique le calcul du degré d'invalidité en faisant valoir que le revenu de valide retenu par la CNA (73'031 fr.) n'était pas actualisé compte tenu des années qui s'étaient écoulées depuis l'accident et qu'il convenait de retenir, à l'instar de l'OAI un revenu sans invalidité au moins égal à 80'000 francs. Il fait également valoir que son dernier

- 43 - employeur était en retard par rapport aux salaires offerts par ses concurrents et qu'il fallait présumer qu'il aurait changé d'entreprise d'ici 2011. Quant au revenu d'invalidé fixé à 4'312 fr. par mois, le recourant soutient que non seulement l'intimée a, à tort, pris en considération des DPT en retenant un salaire moyen sur la base de trente-deux DPT mais a de surcroît choisi cinq DPT qui ne conviennent pas à ses limitations fonctionnelles. a) Pour évaluer le taux d'invalidité et ainsi le montant de la rente, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé à celui que l'assuré devenu invalide par suite d'un accident pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de traitements et de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail (art. 16 LPGA, auquel renvoie implicitement l'art. 18 al. 2 LAA; TF 8C_125/2010 arrêt du 2 novembre 2010, consid. 2). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment (ATF 129 V 222, 128 V 174). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants des revenus, avec et sans invalidité, et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 343 consid. 3.4 p. 348; 128 V 29 consid. 1 p. 30; TF 8C_748/2008 arrêt du 10 juin 2009 consid. 2.1). 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 de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la

- 44 - rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1; ATF 129 V 222 consid. 4.3.1; TF 9C_501/2009 arrêt du 12 mai 2010 consid. 5.2). La prise en compte d'une évolution différente du salaire justifiée par le développement professionnel personnel ou un changement de fonction ne peut être admise qu'en présence d'éléments concrets, de pures intentions ne suffisant pas (ATF 96 V 29; TFA U 490/05 arrêt du 22 novembre 2006, consid. 4.3). En l'absence d'un revenu effectivement réalisé — soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible — le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les

données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail établies par la CNA (ATF 135 V 297 consid. 5.2 ; 129 V 472 consid. 4.2.1 p. 475). Cette seconde méthode d'évaluation du revenu d'invalidé repose sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail (DPT), tirées d'une vaste base de données établie par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents. Le Tribunal fédéral considère que la détermination du revenu d'invalidé, selon l'art 18 al. 2 LAA, sur la base des DPT est admissible dans la mesure où elle suppose, en sus de la production d'au moins cinq DPT, la communication du nombre total des postes de travail pouvant entrer en considération d'après le type de handicap, ainsi que du salaire le plus haut, du salaire le plus bas, et du salaire moyen du groupe auquel il est fait référence. Les éventuelles objections de l'assuré sur le choix et sur la représentativité des DPT dans le cas concret doivent être soulevées, en principe, durant la procédure d'opposition. Si la CNA n'est pas en mesure de satisfaire aux exigences de procédure ci-dessus mentionnées, elle ne peut se référer aux DPT (ATF 129 V 472 consid. 4.2.2). 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 justifié ni admissible (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3; TFA I 471/04 arrêt du 16 juin 2005 consid. 3.3). Au surplus, il convient de préciser que les organes de l'assurance-invalidité ne sont en principe pas liés par l'évaluation de

- 45 - l'invalidité de l'assureur-accidents, et inversement (ATF 133 V 549; TF 9C_751/2007 arrêt du 8 août 2008 consid. 3.1). Les assureurs sont en effet tenus de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité, les uns ou les autres, sans 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_1062/2008 arrêt du 9 septembre 2009 consid. 4.1, 9C_813/2012 arrêt du 18 mars 2013, consid. 3.4). En raison de l'uniformité de la notion d'invalidité, il convient toutefois d'éviter que pour une même atteinte à la santé, assurance-accidents, assurance militaire et assurance-invalidité n'aboutissent à des appréciations divergentes quant au taux d'invalidité. La présomption de l'exactitude de l'évaluation de l'invalidité suppose donc que les assureurs concernés répondent d'une même atteinte à la santé (ATF 126 V 288 consid. 2d; TF U 84/07 arrêt du 31 janvier 2008 consid. 2.3.1; TFA I 864/05 arrêt du 26 octobre 2006 consid. 2.1). b) En ce qui concerne le revenu sans invalidité, il convient de relever d'emblée que, vu les années de service du recourant auprès de la société K. _____ SA (depuis 1989), il n'est pas établi au degré de la vraisemblance qu'il avait l'intention de quitter cette entreprise pour une société concurrente qui l'aurait mieux rémunéré et rien ne permet non plus d'admettre qu'il ait eu des perspectives concrètes d'évolution au sein de la société, de sorte que l'argument du recourant sur ce point est mal fondé. Pour fixer le revenu sans invalidité, la CNA s'est basée sur les informations fournies par l'ancien employeur du recourant (cf. courrier du 18 février 2010), à savoir qu'en 2010, le recourant aurait perçu un salaire horaire de base de 31 fr. 92 et travaillé 2'112 heures; l'intimée en déduit qu'en 2010 le recourant aurait perçu un salaire de 73'031 fr. (part au 13ème salaire comprise). Or, ce montant ne paraît pas vraisemblable, dès lors qu'il est inférieur au revenu annuel réalisé par le recourant en 2006. La CNA aurait dû s'en rendre compte puisque cela ressort du calcul effectué par K. _____ du team prestations de la CNA, qui retient un revenu annuel de 77'513 fr. 60, après déduction des allocations familiales

- 46 - (2'488 fr. 40). Si on se réfère aux indications fournies par l'employeur sur le questionnaire de l'OAI, le recourant a perçu, en 2006, un montant de 78'245 fr. 05 pour un nombre d'heures total de 2040.50. L'extrait de compte individuel AVS confirme d'ailleurs le montant de 78'245 fr. pour 2006. Cela étant, il y a lieu de rectifier la décision entreprise et de retenir que, le recourant ayant perçu un salaire annuel de 78'245 fr. en 2006, en 2011 - année de naissance du droit à la rente - il aurait réalisé, après indexation selon l'évolution des salaires (La Vie économique, Tableau B 10.2, p. 91) un revenu annuel de 84'287 fr. 20.

c) En ce qui concerne le revenu avec invalidité, la CNA s'est basée sur les DPT pour le déterminer. Si elle a choisi 5 DPT sur un total de 32 et calculé le revenu d'invalidé sur la moyenne des salaires des 5 DPT produites, il apparaît toutefois que ce n'est qu'au stade de la décision sur opposition qu'elle a indiqué son mode de calcul et que par conséquent le recourant n'a pas été en mesure de contester la méthode de calcul ou les DPT choisies dans le cadre de la procédure d'opposition. Cette façon de procéder est contraire aux règles de procédure fixées par la jurisprudence du Tribunal fédéral (ATF 129 V 472 consid. 4.2.2). Par ailleurs, il faut constater que, si les 5 DPT retenues par l'intimée (n° 992 : ouvrier d'atelier de perçage, n°s 8893, 1138 et 10198 : collaborateur de production) sont compatibles, au vu du descriptif détaillé de l'activité, avec les limitations fonctionnelles stricto sensu du recourant (travaux légers s'effectuant prioritairement en position assise et qui ne requièrent dès lors pas de maintien prolongé en position debout ni de déplacements), l'une d'entre elles (DPT n° 1138) se situe à Muntelier, soit dans le canton de Berne. Au surplus, on observe que sur les 4 DPT restantes, 2 sont situées à une distance non négligeable du domicile du recourant (N° 8893 à L'Abbaye et n° 10198 à Vallorbe) impliquant des trajets qui paraissent difficilement compatibles avec l'état de santé du recourant (déplacements à pied et maintien de la position debout). Enfin, si on se réfère aux 27 DPT restantes sur les 32 produites, on constate que 8 d'entre elles ne sont pas compatibles avec les aptitudes professionnelles et/ou linguistiques du recourant ou ses limitations fonctionnelles (aide d'administration, aide de bureau, vendeur par téléphone, caissier de grand magasin, employé de

- 47 - décoration), que 3 d'entre elles sont situées en-dehors du canton de Vaud (Saas-Fee, Brigue et Les Acacias) et que seules 13 d'entre elles sont situées à moins de 20 kilomètres du domicile du recourant. L'ensemble de ces éléments conduit à considérer que la méthode de calcul par DPT choisie par la CNA pour déterminer le revenu d'invalidé n'a pas la pertinence exigée en la matière (sans compter le fait que l'intimée n'a pas respecté les règles formelles de procédure sur ce point) que le calcul du revenu d'invalidé n'est pas conforme aux règles de droit et qu'il y a lieu de le rectifier en se fondant sur l'ESS (ATF 129 V 472 consid. 4.2.2). En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2010 : 5'000 fr. par mois, part au 13ème salaire comprise (ESS 2010, version corrigée au 19.11.2012, T1, niveau de qualification 4). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de 40 heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2010 (41,7 heures en 2010; La Vie économique, 2012, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à 5'212 fr. 50 (5'000 x 41,7 : 40), montant qu'il convient encore d'adapter à l'évolution des salaires pour l'année 2011 (année d'ouverture du droit à la rente), soit à 5'264 fr. 65 (La Vie Economique, 2012, Tableau B 10.2), ce qui correspond à un revenu annuel d'invalidé de 63'175 fr. 50. 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 (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc p. 79; voir aussi ATF 135 V 297 consid. 5.2 et 6.2 p. 301 s., 134 V 322 consid. 5.2 et 6.2 p. 327 s.). En l'espèce, compte tenu des limitations fonctionnelles et du ressenti des douleurs particulièrement importants qui réduisent l'endurance du recourant, partant son rendement, un abattement de 20 % paraît justifié. Le revenu annuel d'invalide s'élève au final à 50'540 fr. 40. Ceci étant, la perte économique résultant de

- 48 - l'invalidité est de 33'746 fr. 82 (84'287 fr. 22 ./ 50'540 fr. 40), ce qui correspond à un degré d'invalidité de 40,04 %. En définitive, la décision entreprise doit être réformée en ce sens que le degré d'invalidité, et par conséquent le taux de la rente à servir par l'intimée à compter du 1er janvier 2011, est de 40 %. Il appartiendra à la CNA de procéder au calcul exact du montant de la rente. 8. a) Selon l'art. 24 LAA, si, par suite de l'accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (al. 1). L'indemnité 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 (al. 2). Selon l'art. 25 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 (al. 1). Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (al. 2). Selon l'art. 36 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents; RS 832.202), une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie. Elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (al. 1). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 (al. 2). En cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité physique, mentale ou psychique, dues à un ou plusieurs accidents, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée d'après l'ensemble du dommage (al. 3, première phrase). D'après la jurisprudence, la quotité de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est évaluée selon les directives et le barème – non exhaustif – contenus dans l'annexe 3 de l'OLAA (ATF 124 V 29 consid. 1b,

- 49 - 113 V 218 consid. 2a; TF 8C_703/2008 arrêt du 25 septembre 2009, consid. 5.3 et 5.4). Lorsque l'atteinte n'y figure pas, le préjudice est estimé en s'inspirant des tables de la division médicale de la CNA, sans que le juge ne soit lié par ces dernières (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc, 116 V 156 consid. 3a). Le Tribunal fédéral des assurances a jugé qu'en cas de concours d'atteintes à l'intégrité (touchant en particulier des organes paires), le taux doit être évalué compte tenu de l'ensemble du déficit découlant des diverses atteintes, ce qui ne correspond pas nécessairement à la somme des déficits pris individuellement. Cela ne signifie toutefois pas qu'une évaluation globale aboutit nécessairement à un résultat supérieur à la somme des différentes atteintes, celle-ci pouvant atteindre parfois un taux trop élevé (cf. ATF 117 V 71 consid. 3c/bb et les références). b) L'intimée a fixé à 25 % le taux de l'atteinte à l'intégrité découlant de l'accident du 7 mars 2007, se fondant pour cela sur le rapport du Dr C. _____ du 8 mai 2008. En l'espèce, le recourant conteste ce taux d'indemnisation et fait valoir que l'intimée n'a pas tenu compte de l'effet cumulatif d'une affection atteignant les deux pieds. Cette allégation n'est toutefois pas de nature à mettre en

cause l'appréciation du Dr C._____. En effet, celui-ci fait état d'un taux de 15 % correspondant à un status après reconstruction-arthrodèse du calcanéum, au côté droit et un taux de 10 % pour une fracture du calcanéum ayant consolidé avec un varus de la tubérosité et un certain affaissement de l'angle de Bohler, au côté gauche. On doit ainsi admettre que ce médecin a tenu compte de la bilatéralité des lésions en additionnant les deux taux et que le taux de 25 %, tel qu'évalué par le DrC._____, tient compte de l'ensemble des lésions du recourant. En outre, il convient de noter qu'aucun des médecins consultés par l'assuré ne s'est prononcé sur le taux d'atteinte à l'intégrité. Ainsi, les seules allégations du recourant à cet égard ne permettent pas d'admettre

- 50 - un taux de 35 %. Partant, le taux d'atteinte à l'intégrité de 25 % fixé par l'intimée doit être confirmé. 9. Le dossier étant complet, permettant ainsi à la présente autorité de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'ordonner l'instruction complémentaire requise par le recourant (mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire). En effet, de telles mesures d'instruction ne seraient pas de nature à modifier les considérations qui précèdent (appréciation anticipée des preuves; cf. consid. 5b ci-dessus; ATF 122 II 464 consid. 4a; TF 8C_764/2009 arrêt du 12 octobre 2009 consid. 3.2; 9C_440/2008 arrêt du 5 août 2008), puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit. 10. a) Au vu de ce qui précède, le recours doit être partiellement admis et réformé dans le sens des considérants. b) La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires. Reste à examiner la question des dépens et de la rémunération du conseil d'office. c) En l'occurrence, Me Philippe Nordmann a chiffré à 15 heures et 5 minutes le temps consacré à ce dossier pour la période du 11 janvier 2011 au 13 mars 2014. Après examen détaillé, le temps consacré à la réalisation des opérations listées paraît adapté, vu notamment les écritures, l'ampleur du dossier et le fait que l'avocat n'a été consulté qu'en procédure judiciaire. C'est ainsi un montant de 2'715 fr. (15 heures et 5 minutes x tarif horaire de 180 fr.) qui doit être reconnu à titre d'honoraires pour les opérations effectuées dès le 11 janvier 2011, plus TVA à 8 % d'un montant de 217 fr. 20. En outre, l'avocat d'office a droit au remboursement de tous les débours qui s'inscrivent raisonnablement dans l'exécution de sa tâche (ATF 122 I 1). En l'occurrence, il convient d'allouer à Me Nordmann le montant forfaitaire de 100 fr. à titre de débours, plus TVA à 8 %, soit 108 francs. En définitive, l'indemnité d'office doit ainsi être fixée à 3'040 fr. 20.

- 51 - La rémunération du conseil d'office est provisoirement supportée par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser le montant dès qu'il est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service de justice et législation de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile, RS 211.02.3]) en tenant compte des montants payés à titre de franchise depuis le début de la procédure. d) Ayant obtenu partiellement gain de cause, le recourant peut prétendre à une indemnité de dépens réduits à la charge de l'intimée (art. 55 LPA-VD et art. 61 let. g LPGA), qu'il y a lieu de fixer à 1'800 francs. Il convient de déduire cette indemnité, qui sera payée par la CNA, du montant de la rémunération de l'avocat d'office telle qu'arrêtée au considérant 10c ci-dessus; en effet, il n'y a aucun risque que les dépens ne puissent être recouverts. Cette rémunération de conseil d'office est ainsi finalement arrêtée à 1'240 fr. 20.