

## **VD\_GERICHTE ZA20.025769 vom 15. November 2022**

VD Tribunal cantonal, 2022-11-15, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZA20.025769](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA20.025769)

FR: VD\_GERICHTE ZA20.025769 du 15 novembre 2022

IT: VD\_GERICHTE ZA20.025769 del 15 novembre 2022

### **Erwägungen**

#### **E. 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. Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus à attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré – ce par quoi il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; TF 8C\_202/2017 du 21 février 2018 consid. 3) – et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement

- 16 - médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA). b) Pour évaluer le taux d'invalidité, et ainsi le montant de la rente, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA). c) La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 137 V 334 consid. 3.1.1 ; TF 8C\_643/2016 du 25 avril 2017 consid. 4.1). Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (TF 8C\_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 5.4.1).

#### **E. 5**

a) 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 (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. 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).

- 17 - b) L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 de l'OLAA (art. 36 al. 2 OLAA). Cette annexe comporte un barème des atteintes à l'intégrité en pour cent du montant maximum du gain assuré. Ce barème – reconnu conforme à la loi – ne constitue pas une énumération exhaustive (ATF 124 V 29 consid. 1b,

113 V 2018 consid. 2a). Il représente une « règle générale » (ch. 1 al. 1 de l'annexe). Pour les atteintes qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il y a lieu d'appliquer le barème par analogie, en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 de l'annexe). Le ch. 2 de l'annexe dispose au surplus qu'en cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence, aucune indemnité n'étant toutefois versée dans les cas pour lesquels un taux inférieur à 5 % du montant maximum du gain assuré serait appliqué. A cette fin, la Division médicale de la CNA a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA. Sans lier le juge, ces tables sont néanmoins compatibles avec l'annexe 3 OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc ; TF 8C\_566/2017 du 8 mars 2018 consid. 5.1) et permettent de procéder à une appréciation plus nuancée, lorsque l'atteinte d'un organe n'est que partielle. Aux termes de l'art. 25 al. 1 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital. Elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité, qui s'apprécie d'après les constatations médicales. C'est dire que chez tous les assurés présentant le même status médical, l'atteinte à l'intégrité est la même ; elle est évaluée de manière abstraite, égale pour tous, de sorte qu'il n'est pas nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'elle entraîne pour l'assuré concerné (ATF 115 V 147 consid. 1 ; 113 V 218 consid. 4b ; TF 8C\_566/2017 du 8 mars 2018 consid. 5.1). Il incombe donc au premier chef aux médecins d'évaluer l'atteinte à l'intégrité, car, de par leurs connaissances et leur expérience professionnelles, ils sont les mieux à même de juger de l'état clinique de - 18 - l'assuré et de procéder à une évaluation objective de l'atteinte à l'intégrité (TF 8C\_566/2017 du 8 mars 2018 consid. 5.1).

## **E. 6**

En vertu du principe de la libre appréciation des preuves, consacré notamment à l'art. 61 let. c LPGA, le juge est tenu de procéder à une appréciation complète, rigoureuse et objective des rapports médicaux en relation avec leur contenu ; il doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la 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 (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352 ; TF 9C\_573/2010 du 8 août 2011 consid. 4.1). Il importe pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de 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 de l'expert 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 expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a et la référence citée ; TF 9C\_851/2012 du 5 mars 2013 consid. 2.2). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs 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 permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner

une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au

- 19 - sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee ; TFA U 216/04 du 21 juillet 2005 consid. 5.2). Le Tribunal fédéral a par ailleurs précisé que la CNA n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi, raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

#### **E. 7**

a) S'agissant, en premier lieu, de la question de savoir si l'intimée était fondée à mettre un terme au versement des indemnités journalières en faveur du recourant au 31 juillet 2018, on relèvera que celui-ci n'a pas pris de conclusion formelle à ce sujet dans son recours. Ce n'est en effet que dans ses déterminations du 18 janvier 2021 qu'il est revenu sur le fait que, selon lui, il aurait dû bénéficier des indemnités journalières jusqu'au mois de novembre 2018, en se référant notamment à son opposition du 4 octobre 2018. Quoiqu'il en soit, cette question fait partie de l'objet du litige et il y a lieu de l'examiner. En l'occurrence, l'intimée a mis fin au versement des indemnités journalières en faveur du recourant au 31 juillet 2018 en se fondant sur le rapport de la Clinique B. \_\_\_\_\_ du 12 avril 2018, ainsi que sur l'avis du 5 juin 2018 de son médecin d'arrondissement, le Dr F. \_\_\_\_\_. Durant son séjour à la Clinique B. \_\_\_\_\_ qui s'est déroulé du 27 février au 27 mars 2018, le recourant a bénéficié d'un traitement de physiothérapie et d'ergothérapie. Sa participation aux thérapies a été considérée comme moyenne en physiothérapie, la focalisation importante sur la douleur ayant empêché la mise en place d'un programme de réadaptation adéquat. En ergothérapie, la participation a été meilleure mais les spécialistes ont dû constater qu'aucune thérapie ne semblait l'aider. La situation n'était alors pas stabilisée tant du point de vue médical que des aptitudes fonctionnelles. Une stabilisation pouvait être attendue dans un délai maximal de 6 mois. A l'issue de la consultation orthopédique du 7 mars 2018, l'on pouvait espérer que le patient progresse un peu au niveau de la force dans les 6 à

- 20 -

#### **E. 8**

mois à venir en poursuivant la rééducation et que les doses d'analgésiques administrées puissent être diminuées. Dans son rapport d'examen final du 5 juin 2018, le Dr F. \_\_\_\_\_ a retenu que le résultat de la lésion grave du coude gauche était tout à fait correct, si bien qu'il ne voyait pas, du point de vue thérapeutique, quelle mesure était susceptible d'améliorer notablement la situation, étant précisé que l'ergothérapie, interrompue pour des motifs qui lui échappaient, n'était que peu susceptible d'aider beaucoup le patient. Le recourant soutient que sa situation médicale n'était pas stabilisée au 31 juillet 2018, les médecins de la Clinique B. \_\_\_\_\_ ayant mentionné un délai de stabilisation de 6 mois. Il en donne également pour preuve les diverses mesures thérapeutiques tentées au-delà de cette date (blocs stellaires [cf. rapport du Dr A. \_\_\_\_\_ du 14 janvier 2019], traitement par AINS [cf. rapport du Dr R. \_\_\_\_\_ du

#### **E. 12**

novembre 2018], Gabapentine et perfusions de Kétamine [cf. rapport du Dr A. \_\_\_\_\_ du 18 avril 2019]). Il sied de relever, à l'instar de l'intimée, que le délai de 6 mois mentionné par les médecins de la Clinique B. \_\_\_\_\_ avant d'atteindre une stabilisation de l'état de santé du recourant représente une durée maximale et non minimale. Aussi, dans la mesure où le Dr F. \_\_\_\_\_ n'a pas entrevu, lors de l'examen du 5 juin 2018, de mesure thérapeutique susceptible d'améliorer notablement l'état de santé de l'assuré, la stabilisation de l'état de santé ne saurait être fixée au 30 novembre 2018 seulement. Par ailleurs, le Dr A. \_\_\_\_\_ a relevé l'échec des traitements médicamenteux et invasifs (cf. rapport du 18 avril 2019), rejoignant ainsi l'appréciation du Dr F. \_\_\_\_\_. En outre, les médecins de la Clinique B. \_\_\_\_\_ escomptaient des progrès chez le recourant dans un délai de 6 à 8 mois sous l'effet de mesures de rééducation. Or, celui-ci n'a pas suivi de telles mesures et aucun progrès n'a été enregistré. Enfin, conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral (TF U 551/06 du 14 décembre 2017 consid. 7.3), une thérapie consistant en de la physiothérapie et de la médication ne constitue pas en soi un traitement susceptible d'améliorer notablement l'état de santé d'un assuré. Dans ces conditions, c'est à bon droit que l'intimée a mis fin au versement des indemnités journalières au 31 juillet 2018, aucune mesure thérapeutique n'ayant permis d'améliorer notamment les séquelles

- 21 - accidentelles présentées par le recourant à compter de cette date. Elle était ainsi légitimée à examiner le droit à une rente d'invalidité. b) Le recourant conteste ensuite le degré d'invalidité de 15% retenu par l'intimée et met en avant le fait que l'OAI lui a accordé une rente d'invalidité fondée sur un degré d'invalidité de 100%. Il se réfère à cet égard à l'avis SMR du Dr V. \_\_\_\_\_ du 16 septembre 2019, dans lequel ce médecin a conclu à une capacité de travail nulle tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, et soutient que la dimension psychique est pour peu de chose dans l'appréciation de la capacité de travail. On ne peut suivre le recourant dans son argumentation. En effet, contrairement à ce qu'il allègue, il ressort clairement de l'avis SMR précité que c'est l'aspect psychiatrique qui a conduit à l'OAI à octroyer une rente d'invalidité entière au recourant. Le Dr V. \_\_\_\_\_ a expressément mentionné que la capacité de travail du recourant dans l'activité habituelle était nulle depuis l'accident « pour raisons somatiques » tandis que la capacité de travail dans une activité adaptée était également nulle depuis l'accident « dans le contexte psychiatrique évoqué [antécédents de vécu traumatique, ressources adaptatives amenuisées à la suite de l'accident] avec un pronostic défavorable et des facteurs contextuels ». Ainsi, pour fonder son appréciation, l'OAI a tenu compte de l'ensemble des atteintes à la santé du recourant. Or selon la jurisprudence relative au principe d'uniformité de la notion d'invalidité dans l'assurance sociale, l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante pour l'assureur-accidents (cf. ATF 131 V 362 consid. 2.3). Plus particulièrement, l'assureur-accidents ne répond que des conséquences des atteintes à la santé qui sont en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident assuré ; c'est pourquoi l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-accidents n'a pas de force contraignante absolue pour l'assurance-invalidité et vice-versa (ATF 133 V 569 consid. 6.2 et 6.4 ; 131 V 362 consid. 2.2.1 et 2.2.2). En l'occurrence, l'intimée a considéré que les atteintes autres que celle du coude gauche n'étaient pas en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident assuré et qu'elle n'avait ainsi pas à en tenir compte dans l'évaluation du degré d'invalidité du recourant.

- 22 - aa) Pour ce qui est de l'atteinte à l'épaule gauche, l'examen par arthro-IRM pratiqué le 20 juin 2017, soit près de cinq mois après l'accident, n'a pas révélé d'atteinte traumatique fraîche au niveau des tendons du supra-épineux, du sous-scapulaire et de l'infra-épineux. En revanche, une dégénérescence sous forme d'arthrose acromio-claviculaire était visible. Dès lors qu'il s'est plaint d'une tendinite calcifiante de l'épaule gauche, le recourant a bénéficié d'une infiltration sous-acromiale de cette épaule en même temps que l'arthrolyse du coude gauche et de l'ablation du matériel d'ostéosynthèse de la tête radiale réalisée le 17 août 2017 (cf. rapport du Dr G. \_\_\_\_\_ du 18 août 2017). Du point de vue neurologique, aucune pathologie n'a été retenue au niveau de l'épaule gauche (cf. rapport du Dr L. \_\_\_\_\_ du 5 décembre 2017). Par ailleurs, lors de la consultation au sein du Centre d'antalgie du Centre hospitalier H. \_\_\_\_\_ le 17 octobre 2018, le test de l'épaule gauche s'est révélé sans particularité (« sp »). Ainsi, contrairement à ce que soutient le recourant, l'atteinte à l'épaule gauche n'a pas été banalisée mais s'est avérée banale en l'absence de lésion de la coiffe des rotateurs, d'atteinte neurologique et de particularité constatée au test. Force est d'admettre, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'existence d'un lien de causalité entre les troubles d'origine dégénérative de l'épaule gauche du recourant et l'accident doit être niée. bb) Concernant les troubles de la sphère psychique dont souffre le recourant, il sied de relever le vécu traumatique de celui-ci en lien avec la perte d'un enfant lors de la guerre en [...] en 1995, puis le suicide d'un autre enfant en 2016. Compte tenu de ces circonstances tragiques, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident assuré et l'atteinte psychique ne peut être admise sans autre. La question de l'existence d'un lien de causalité naturelle peut toutefois demeurer ouverte, dans la mesure où, comme on le verra ci-après, l'existence d'un lien de causalité adéquate doit de toute manière être niée (TF 8C\_236/2016 du 11 août 2016 consid. 4.2 ; 8C\_137/2013 du 4 juillet 2013 consid. 5 et 8C\_77/2009 du 4 juin 2009 consid. 4) dès lors que les critères jurisprudentiels applicables pour reconnaître un tel lien ne sont en

- 23 - l'occurrence pas remplis. Tout d'abord, si le fait de chuter d'une échelle d'une hauteur de 2m50 a pu subjectivement revêtir chez l'intéressé un caractère relativement impressionnant, le déroulement de l'accident n'apparaît pas du point de vue objectif – seul déterminant en l'espèce – particulièrement dramatique. Ainsi, cet accident peut, tout au plus, être qualifié de gravité moyenne stricto sensu, au vu des forces générées (cf. à cet égard TF 8C\_547/2020 du 1er mars 2021). Dans un tel cas de figure, pour qu'on puisse admettre le caractère adéquat de l'atteinte psychique, il faut un cumul de trois critères au moins parmi les sept consacrés par la jurisprudence ou que l'un des critères se manifeste avec une intensité particulière (TF 8C\_493/2017 du 10 juillet 2018 consid. 2.2). Or tel n'est pas le cas en l'espèce. En effet, l'événement litigieux ne présentait pas de circonstances concomitantes particulièrement dramatiques et n'a pas causé de lésions physiques propres à entraîner des troubles psychiques. De même, il n'y a pas eu d'erreur dans le traitement médical. Quant aux conditions des douleurs physiques persistantes, à la durée du traitement médical, aux complications apparues au cours de la guérison et au degré et à la durée de l'incapacité de travail, il y a lieu de relever que les différents médecins ayant examiné le recourant ont indiqué que les problématiques décrites par ce dernier n'étaient pas en lien avec leurs observations objectives (cf. rapports du Dr F. \_\_\_\_\_ des 12 février 2018 et 5 juin 2018 et rapport du 12 avril 2018 de la Clinique B. \_\_\_\_\_). Le Dr F. \_\_\_\_\_ a ainsi relevé une certaine discordance entre le vécu d'un handicap subjectif qui semblait majeur et les constatations objectives de l'examen radio-clinique qui allait dans le sens d'un résultat tout à fait correct après une lésion grave du coude gauche. Il a également mentionné que

c'étaient manifestement des facteurs non orthopédiques, voire non médicaux qui étaient responsables d'un vécu subjectif qui restait probablement assez catastrophique. Quant aux médecins de la Clinique B. \_\_\_\_\_, ils ont précisé que des facteurs contextuels et personnels influençaient négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par le patient et son retour au travail (patient centré sur la douleur et révolté, auto-évaluation très élevée de la douleur, auto-évaluation très élevée du handicap, auto-évaluation très basse de ses capacités fonctionnelles et vision très négative de son futur). Or l'intensité des douleurs doit être

- 24 - examinée au regard de leur crédibilité, ainsi que de l'empêchement qu'elles entraînent dans la vie quotidienne (ATF 134 V 109 consid. 10.2.4 ; TF 8C\_459/2017 du 16 avril 2018 consid. 5.2). Le recourant présente en outre un vécu traumatique qui a également joué un rôle dans la survenance de ses difficultés psychiatriques (cf. rapport de la Clinique B. \_\_\_\_\_ du 12 avril 2018). Ainsi, il n'est pas démontré – au stade de la vraisemblance prépondérante – que trois de ces critères seraient remplis de sorte qu'il y a lieu de nier l'existence d'un rapport de causalité adéquate entre les troubles psychiques du recourant et l'événement litigieux. cc) Compte tenu de ce qui précède, c'est à juste titre que l'intimée s'est fondée uniquement sur l'atteinte au coude gauche pour évaluer le degré d'invalidité du recourant. Elle s'est en particulier référée à l'appréciation des médecins de la Clinique B. \_\_\_\_\_, ainsi qu'à l'avis du Dr F. \_\_\_\_\_, pour déterminer les limitations fonctionnelles du recourant (activités en force avec le coude gauche surtout avec rotations répétées et/ou flexion/extension répétées, port de charges lourdes répétées) et pour considérer que celui-ci disposait d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée. En l'espèce, aucune pièce médicale au dossier ne permet de remettre en cause l'avis du Dr F. \_\_\_\_\_ et celui-ci des médecins de la Clinique B. \_\_\_\_\_. En effet, le Dr A. \_\_\_\_\_ a listé les différents traitements entrepris – sans succès – et conclu à une incapacité de travail de 100% mais n'a aucunement motivé son appréciation (cf. rapports des

#### **E. 14**

janvier 2019 et 18 avril 2019). Le Dr R. \_\_\_\_\_, quant à lui, s'est contenté de mentionner que son patient suivait un traitement d'AINS sans se prononcer sur sa capacité de travail. Enfin, le Dr V. \_\_\_\_\_ rejoint l'avis des médecins de la Clinique B. \_\_\_\_\_ et du Dr F. \_\_\_\_\_ puisqu'il conclut à une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle pour des raisons somatiques depuis l'accident et retient une capacité de travail nulle dans une activité adaptée uniquement pour des raisons psychiatriques. Dans ces conditions, il n'y a pas de motifs de s'écarter du rapport des médecins

- 25 - de la Clinique B. \_\_\_\_\_ et de l'avis du Dr F. \_\_\_\_\_ auxquels on peut conférer une pleine valeur probante. c) Le recourant ne critique pas le calcul de rente effectué par l'intimée. Ce calcul doit cependant être contrôlé d'office. En l'occurrence, l'intimée a retenu que l'assuré disposait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée, en se fondant sur l'appréciation convaincante des médecins de la Clinique B. \_\_\_\_\_ ainsi que sur celle du Dr F. \_\_\_\_\_. Elle s'est en particulier référée aux DPT (n° 10859584, 3432, 5788, 3487 et 9803) pour déterminer le revenu d'invalidé. En considérant ces activités légères, adaptées à l'atteinte au coude gauche du recourant, le gain réalisable annuel moyen s'élevait à 55'885 fr. 20 pour l'année de référence 2018. L'intimée a relevé, dans la décision litigieuse, que même si elle s'était référée à l'ESS en appliquant un taux d'abattement de 15%, le revenu d'invalidé aurait été supérieur (57'295 fr. 10) à celui qu'elle

a retenu. Le calcul effectué par l'intimée est correct et peut être confirmé. Le revenu sans invalidité retenu par l'intimée à hauteur de 65'457 fr. ne prête pas non plus le flanc à la critique. La comparaison des revenus avec et sans invalidité aboutit à un taux de 14.6%, donnant droit à une rente de 15%. d) Le recourant reproche encore à l'intimée d'avoir retenu un taux d'indemnité pour atteinte à l'intégrité insuffisant. Il estime que celui-ci devrait s'élever à 45 % au moins, pour tenir compte des douleurs ressenties, des troubles du sommeil, ainsi que des troubles à l'épaule gauche. L'intimée a fixé l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à 17.5 % sur la base des conclusions du Dr F.\_\_\_\_\_. Dans son avis du 5 juin 2018, ce médecin s'est référé à la table 5 du barème établi par la CNA relatif aux atteintes à l'intégrité résultant d'arthroses, prévoyant un taux situé entre 10 et 25% en cas d'arthrose grave du coude et a considéré qu'un taux de

- 26 - 15% pouvait être appliqué par analogie à une arthrose moyenne à grave du coude gauche. La neuropathie cubitale justifiait en outre une augmentation du taux de 2.5%, ce qui aboutissait à un dommage permanent de 17.5%. L'évaluation du Dr F.\_\_\_\_\_ paraît convaincante. Elle n'est d'ailleurs remise en cause par aucun avis médical versé au dossier. En outre, comme l'a relevé à juste titre l'intimée, l'atteinte à l'intégrité doit être évaluée sur la base de constatations médicales objectives et non sur les effets particuliers ressentis par un individu donné. Il n'y a donc pas lieu de prendre en considération le vécu subjectif de l'assuré. Enfin, pour ce qui est de l'épaule droite, une tendinite calcifiante a été évoquée par le Dr G.\_\_\_\_\_ (cf. rapport du 17 juillet 2017). Or ce trouble d'origine dégénérative ne saurait être mis sur le compte de l'accident assuré. Il s'ensuit que le pourcentage de 17.5% retenu par l'intimée pour l'IPAI peut être confirmé. e) Le recourant estime, dans un dernier moyen, qu'il peut prétendre à une allocation pour impotent. Si dans la décision sur opposition litigieuse, l'intimée a considéré que celui-ci ne remplissait pas les conditions pour bénéficier d'une telle allocation, elle a reconnu, au stade de la réponse au recours du 31 août 2020, qu'elle s'était prononcée de manière hâtive sur cette question qui sortait de l'objet du litige et qu'il convenait de rendre une décision en bonne et due forme après instruction complémentaire. Il y a ainsi lieu de renvoyer la cause à l'intimée pour qu'elle instruisse sur ce point avant de rendre une décision. 8. Dans ses déterminations des 18 janvier et 4 mars 2021, le recourant a sollicité la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire.

- 27 - En l'occurrence, le dossier est complet, si bien qu'il permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a donc pas lieu de donner suite à la mesure d'instruction requise par le recourant. En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, dès lors que les faits pertinents sur le plan médical ont pu être constatés à satisfaction de droit et librement appréciés par la présente juridiction (appréciation anticipée des preuves ; ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 141 I 60 consid. 3.3). 9. Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f bis LPGA), ni d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA). On précisera encore, à toutes fins utiles, que le recourant est au bénéfice de l'assistance judiciaire et que Me Carré, le conseil de celui-ci désigné d'office, a déjà perçu une indemnité équitable pour l'activité qu'il a déployée jusqu'au 28 septembre 2021 dans le cadre de son mandat (cf. décision du 15 octobre 2021). Il a en outre indiqué, par courrier du 21 mars 2022, qu'il n'avait pas de liste d'opérations à produire pour la période postérieure à la décision du 15 octobre 2021.

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