

# VD\_GERICHTE ZA23.007849 vom 7. Januar 2025

VD Tribunal cantonal, 2025-01-07, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZA23.007849](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA23.007849)

FR: VD\_GERICHTE ZA23.007849 du 7 janvier 2025

IT: VD\_GERICHTE ZA23.007849 del 7 gennaio 2025

## Erwägungen

### E. 11

avril au 11 juillet 2017, laquelle devait être réévaluée. La CNA a pris le cas en charge (cf. courrier du 7 juillet 2017).

- 3 - Une incapacité de travail totale a ensuite régulièrement été attestée par les médecins du L.\_\_\_\_\_. L'assuré a été examiné le 4 décembre 2017 par le Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement auprès de la CNA. Dans son appréciation datée du jour même, ce dernier a en particulier fait état de ce qui suit : « Appréciation [...] Le patient dit qu'il a encore d'importantes douleurs à la face externe de la hanche G [gauche], irradiant dans l'aîne, et qu'il peine à marcher en charge complète. Il continue à s'aider d'une canne anglaise, même chez lui. A cela s'ajoutent des paresthésies douloureuses et une insensibilité à la face externe de la jambe G jusque dans le gros orteil qui remonteraient à l'accident. Le patient est limité dans ses déplacements. Il ne peut conduire sa voiture que sur de courts trajets. Il a aussi le moral en bas parce qu'il a compris qu'il aurait des séquelles et que la reprise de son activité habituelle est peut-être compromise. L'évocation d'une prothèse de hanche l'a vraiment « achevé ». A l'examen clinique, on est en présence d'un patient de grande taille et de constitution athlétique, qui a tendance à économiser son MIG [membre inférieur gauche]. Objectivement, les MI sont normo-axés. Il n'y a pratiquement pas d'amyotrophie du MIG. Il n'y a pas de syndrome lombo-vertébral. La hanche G a récupéré une mobilité complète mais la mobilisation, bien qu'elle s'effectue tout à fait librement, semble donner lieu à d'importantes douleurs pelvitrochantériennes et surtout inguinales lors des mouvements combinés. La manœuvre de Lasègue est négative. Les ROT [réflexe ostéo-tendineux] sont normo-vifs, symétriques. Au testing musculaire, il y a beaucoup de lâchages mais pas de déficit certain. Le patient décrit des troubles de la sensibilité à la jambe G un peu à cheval sur les dermatomes L4-L5. Il n'y a pas d'inégalité de longueur des MI. Sur les RX [radiographies] du bassin du 10.07.2017, le cotyle paraît bien reconstruit et il n'y a pas d'évolution arthrosique de la hanche G. L'IRM [imagerie par résonance magnétique] du 04.05.2017, qui n'est pas dans le PACS montrerait des discopathies L4-L5 et L5-S1, sans évidence de conflit disco-radulaire. Il y a donc quand même une certaine discordance entre l'ampleur des plaintes et les constatations objectives de l'examen radio-clinique.

- 4 - Un complément de rééducation à la marche à la P.\_\_\_\_\_ [Clinique P.\_\_\_\_\_], dans le cadre d'un bilan global, a certainement tout son sens. On actualisera le bilan radiologique et on fera un examen neurologique avec ENMG [électroneuromyogramme]. Le patient, qui est d'accord de se rendre dans cet établissement, est annoncé ce jour au Dr [...]. » L'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) le 4 décembre 2017, en raison de la fracture du mur postérieur du cotyle gauche due à l'accident du 10 avril 2017.

L'assuré a séjourné à la Clinique P. \_\_\_\_\_ (ci-après : la P. \_\_\_\_\_), à [...], du 16 janvier au 20 février 2018. Aux termes d'un rapport y relatif du 28 février 2018, les Drs Q. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, et le Dr F. \_\_\_\_\_, médecin-assistant, ont posé le diagnostic principal de thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs persistantes et limitation fonctionnelle de la hanche gauche et les diagnostics supplémentaires d'accident au travail le 10 avril 2017 (chute d'une échelle) avec traumatisme de la hanche gauche, de fracture du mur postérieur du cotyle gauche, avec impaction marginale en région postéro-inférieure, et d'épaississement avec aspect hypoéchogène du tenseur du fascia lata en regard de la cicatrice au niveau trochantérien gauche, absence de bursite sur l'ultrason du 24 janvier 2018. Les médecins de la P. \_\_\_\_\_ ont indiqué qu'un ENMG avait été pratiqué le 23 janvier 2018 et que celui-ci n'apportait aucun argument franc en faveur d'une atteinte des structures nerveuses, soit tronculaire, ni radiculaire, à gauche, à l'origine des doléances du patient. Sur le plan psychiatrique, ils n'ont pas rapporté de psychopathologie mais ont noté que le patient était très soucieux pour son avenir professionnel avec beaucoup de ruminations, de sorte qu'un suivi par le psychologue clinicien de la P. \_\_\_\_\_ avait eu lieu durant le séjour. Les Drs Q. \_\_\_\_\_ et F. \_\_\_\_\_ ont exposé que les plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquaient principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour ; des facteurs contextuels jouaient toutefois un rôle important dans les plaintes et les limitations fonctionnelles rapportées par le patient et influençaient défavorablement le retour au travail. Les médecins ont ainsi relevé un catastrophisme

- 5 - élevé, une kinésiophobie élevée, une autoévaluation basse des capacités fonctionnelles, un niveau d'anxiété assez élevé, ainsi que la lourdeur de l'activité professionnelle, l'âge et l'absence de formation qualifiante. S'agissant de l'évolution subjective et objective, elle était partiellement favorable avec une amélioration de la qualité de la marche, qui s'effectuait sans boiterie et à l'aide de bâtons de marche, les cannes anglaises ayant pu être sevrées. La participation du patient aux thérapies a été considérée comme élevée. Hormis le fait que le patient sous-estimait le niveau d'activité qu'il pouvait réaliser, les médecins de la P. \_\_\_\_\_ n'ont relevé aucune incohérence. Ils ont retenu les limitations fonctionnelles provisoires suivantes : le port de charges supérieurs à dix kilos de manière répétitive et/ou prolongée, la marche prolongée, la marche en terrain irrégulier, la montée et la descente répétées d'escaliers. Une stabilisation médicale était attendue dans un délai de trois à six mois et la poursuite d'un traitement de physiothérapie en ambulatoire pourrait permettre de consolider le résultat acquis pendant le séjour et d'améliorer les capacités fonctionnelles du patient. Aucune nouvelle intervention n'était proposée. Les Drs Q. \_\_\_\_\_ et F. \_\_\_\_\_ ont estimé que le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité d'[...] était défavorable compte tenu des facteurs médicaux retenus après l'accident. Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles susmentionnées était en revanche favorable, une pleine capacité de travail étant attendue en théorie. Sur demande du Dr X. \_\_\_\_\_, médecin adjoint au Service d'orthopédie et traumatologie du L. \_\_\_\_\_, l'assuré a effectué un nouveau séjour à la P. \_\_\_\_\_ du 12 décembre 2018 au 8 janvier 2019. Par rapport du 16 janvier 2019, le Dr Q. \_\_\_\_\_ et la Dre G. \_\_\_\_\_, médecin-assistante, ont posé le diagnostic supplémentaire de discrète tendinopathie des fessiers de la hanche gauche sur l'ultrason du 21 décembre 2018 par rapport au précédent rapport du 28 février 2018 et noté à titre de complications une coxarthrose secondaire visible par arthrographie par scanner du 25 juin 2018. Ils ont expliqué que le patient se plaignait surtout de coxalgies à type de coups de couteau qu'il décrivait en regard de la face latérale de la hanche gauche, ainsi que de

- 6 - claquements qui pouvaient survenir dans la face latérale de la hanche, de douleurs insomniantes majorées par le froid et diminuées par le repos et la prise de médicaments, le périmètre de marche déclaré par le patient étant limité à vingt minutes sans aide technique. Ces plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquaient principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour. Selon les médecins, des facteurs contextuels pouvaient toutefois influencer négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par le patient ; les auto-questionnaires montraient une anxiété élevée, une kinésiophobie légère ayant diminué au cours du séjour, un catastrophisme élevé, ainsi qu'une interférence élevée entre la douleur et le travail. A cela s'ajoutaient l'absence de formation qualifiante, la difficulté de se projeter dans une autre activité professionnelle et l'âge, qui pouvaient être un frein à la reprise d'une activité adaptée. Les médecins susmentionnés ont qualifié la participation du patient aux thérapies de moyenne en raison des douleurs qui limitaient le programme de rééducation. Ils ont indiqué que les limitations fonctionnelles définitives de la hanche gauche étaient les suivantes : les longs déplacements surtout en terrain accidenté, les maintiens de position statique debout prolongés, le port de charges lourdes de plus de dix kilos de manière répétitive et/ou prolongée, ainsi que les positions contraignantes pour la hanche (accroupie surtout). Selon eux, la stabilisation de l'état de santé du patient dépendait de la décision de la mise en place d'une prothèse, la question de la pose d'une prothèse totale de hanche gauche devant être discutée en mars. Ainsi, les Drs Q. \_\_\_\_\_ et G. \_\_\_\_\_ ont estimé que le pronostic de réinsertion dans l'activité d'[...] était défavorable mais que le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée était favorable, une pleine capacité étant attendue dans une telle activité, étant précisé que l'interférence des facteurs non médicaux pouvait ralentir le processus de réinsertion. Dans un rapport du 15 mars 2019, le Dr K. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a émis l'appréciation suivante :

- 7 - « Explication de la problématique : le traumatisme a probablement entraîné une chondrolyse postérieure avec développement actuellement d'une coxarthrose postéro-inférieure. La symptomatologie douloureuse est dans ce sens tout à fait typique et expliquée. Par ailleurs M. A.D. \_\_\_\_\_ présente également une petite faiblesse résiduelle des muscles fessiers qui explique la boiterie de Duchenne et que je propose de traiter par des exercices de tonification ainsi qu'une antalgie locale par Flectoparin Tissugel selon nécessité. Au niveau de l'articulation, toutes les possibilités de chirurgie conservatrice sont clairement dépassées. Au vu de la symptomatologie gênante et limitant la reprise des activités notamment professionnelles du patient, je pense que l'indication à l'implantation d'une PTH [prothèse totale de la hanche] gauche peut être retenue. Je pense qu'il n'y a pas de raison de repousser cette intervention étant donné qu'aucun gain n'est à attendre en repoussant l'échéance. Par ailleurs, le patient est volontaire et désire reprendre ses activités professionnelles, ce que je pense envisageable, bien que non garanti, suite à l'implantation d'une PTH et une rééducation appropriée. » Le 23 septembre 2019, le Dr K. \_\_\_\_\_ a procédé à une neurolyse du nerf sciatique et à l'implantation d'une prothèse totale de hanche gauche non cimentée sur mesure (cf. protocole opératoire du 23 septembre 2019). Aux termes d'un rapport du 22 octobre 2019, le Dr K. \_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de coxarthrose gauche post-traumatique sur status après ostéosynthèse d'une fracture de la paroi postérieure du cotyle. Il a relevé que les suites opératoires avaient été localement simples permettant de mobiliser le patient en charge selon douleurs dès le lendemain de l'intervention. Celui-ci avait progressivement récupéré une autonomie suffisante pour lui permettre un retour à domicile le 1er octobre 2019. Par rapport du 27 août 2020, le Dr

S. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, a indiqué avoir soumis l'assuré à un examen neurologique et électroneurophysiologique. Il a relevé que le patient marchait lentement mais en sécurité, que la marche était bonne sur les talons et les pointes des pieds, ainsi que sur la ligne, qu'il ne constatait pas de trouble de la force de la motricité fine ou de la trophicité musculaire aux deux membres

- 8 - inférieurs ; l'assuré lui avait décrit une hyposensibilité dominant dans la face latérale du mollet et légèrement également dans la face médiane du mollet, relativement mal systématisée, qui diffusait vers le pied. Le médecin précité a noté que les réflexes étaient faibles voire absents aux deux membres inférieurs. Les neurographies comparatives des membres inférieurs distalement étaient à considérer comme normales, les ondes F examinant les structures proximales des nerfs et racines étaient également obtenues ; les nerfs sensitifs montraient en revanche déjà du côté droit des faibles amplitudes et, à gauche, il n'obtenait plus de réponse sur le nerf sural et sur le nerf péronier superficiel. Le Dr S. \_\_\_\_\_ a ainsi estimé que l'assuré pouvait être atteint d'une neuropathie sensitive focalisée des branches terminales du nerf sciatique dominant dans sa partie péronéenne soit post-traumatique soit en relation avec l'ostéosynthèse nécessaire pour stabiliser la fracture ou dans le cadre d'un processus cicatriciel. La motricité du membre inférieur gauche n'était toutefois pas touchée et le patient avait été informé de la bénignité relative de cette atteinte neuropathique séquellaire focalisée. Il a ainsi proposé à l'assuré un traitement avec du Rivotril et du magnésium, afin de calmer les crampes nocturnes et prié le médecin traitant d'effectuer un bilan, à la recherche de toute cause traitable pour l'atteinte systémique. L'assuré a à nouveau été examiné par le Dr B. \_\_\_\_\_ le 8 décembre 2020. Durant cet examen, il a déclaré que l'intervention du 23 septembre 2019 l'avait un peu aidé mais qu'il continuait à souffrir de la hanche gauche. Il devait en particulier éviter de se coucher dessus ; il marchait cependant librement à plat et conduisait normalement sa voiture. L'assuré s'est surtout plaint de crampes nocturnes extrêmement pénibles dans la jambe gauche qui le réveillaient et l'obligeaient à se lever, précisant que des paresthésies étaient apparues d'emblée après l'intervention du 11 avril 2017. Le traitement prescrit par le Dr S. \_\_\_\_\_ les avait selon lui tout de même atténuées. Le patient avait également commencé à souffrir du genou droit, pour lequel des infiltrations seraient peut-être nécessaires. A l'examen clinique, le médecin de la CNA a indiqué retrouver un patient de grande taille et de constitution athlétique, à la thymie légèrement abaissée, qui ne semblait pas avoir de limitation

- 9 - fonctionnelle importante. Il a noté une légère amyotrophie de tout le membre inférieur gauche, sans inégalité de longueur des membres inférieurs ; le genou droit présentait une lame d'épanchement, il n'y avait pas d'hyperthermie, pas d'autre signe réactif local manifeste, pas de signes méniscaux vrais et la mobilisation s'effectuait librement, la mobilité étant complète. Le Dr B. \_\_\_\_\_ a noté que la hanche gauche avait récupéré une très bonne mobilité et que la mobilisation s'effectuait plus librement qu'auparavant, ne donnant lieu qu'à de légères douleurs pelvitrochantériennes lors des mouvements contre résistance. A l'examen de la sensibilité, le patient décrivait une hypoesthésie un peu diffuse à la face latérale de la jambe gauche, mal systématisée. Le médecin de la CNA a indiqué que les radiographies du 3 mars 2020 montraient une prothèse en place qui n'inspirait aucune inquiétude, ainsi qu'un status après ostéosynthèse d'une fracture du cotyle consolidée. Du point de vue thérapeutique, il n'y avait selon lui plus rien à proposer. Par appréciation du 22 février 2021, le Dr B. \_\_\_\_\_ a constaté que l'assuré présentait un

status après une fracture du cotyle gauche, ayant nécessité la mise en place d'une PTH et s'étant probablement compliquée d'une discrète atteinte du tronc du nerf sciatique. Il a par conséquent fixé le taux d'indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après également : IPAI) à 25 % pour les suites de l'accident du 10 avril 2017, se basant sur la table 2 du barème de l'indemnisation des atteintes à l'intégrité, la situation correspondant à une perte fonctionnelle de 50 % du membre inférieur gauche. Le 2 juin 2021, le Dr B. \_\_\_\_\_ a noté que les limitations fonctionnelles définitives avaient été précisées lors du second séjour de l'assuré à la P. \_\_\_\_\_ et que la CNA pouvait s'y référer. Le 9 juin 2021, la CNA a informé l'assuré qu'elle allait mettre fin au paiement des soins médicaux et au versement de l'indemnité journalière le 30 juin 2021, étant donné qu'il n'avait plus besoin de traitement, et qu'elle procédait à l'examen de son droit à d'autres prestations d'assurance, ce dont elle l'informerait prochainement.

- 10 - Le 18 juin 2021, Me Jean-Michel Duc a annoncé à la CNA avoir été mandaté par l'assuré pour la défense de ses intérêts. Un entretien a eu lieu le 21 septembre 2021 au sein de l'étude du mandataire de l'assuré, en présence du case manager de la CNA, de la conseillère en réadaptation de l'AI, de B.D. \_\_\_\_\_, fils de l'assuré et patron de l'entreprise V. \_\_\_\_\_, de l'assuré et de son conseil. Selon le rapport y relatif, l'entreprise V. \_\_\_\_\_ souhaitait engager l'assuré à 40 % comme surveillant de chantier jusqu'à sa retraite, au vu des limitations de celui-ci et de la difficulté à trouver une activité adaptée. Compte tenu de ce qui précède, il a été évoqué la possibilité d'une transaction quant à l'octroi d'une rente d'invalidité par la CNA. Par communication du 5 octobre 2021, l'OAI a octroyé à l'assuré des mesures professionnelles accompagnées d'indemnités journalières, sous la forme d'un stage et d'une formation interne de contrôleur/surveillant de chantier effectués auprès de V. \_\_\_\_\_ du 1er octobre 2021 au 31 mars 2022 à un taux de présence de 50 %. Le 11 mars 2022, lors d'un nouvel entretien à l'étude du conseil de l'assuré, en l'absence cette fois-ci de la conseillère en réadaptation de l'AI, la question d'une transaction a été discutée et la CNA a proposé l'octroi d'une rente d'invalidité de 60 % jusqu'au 30 avril 2023, de 27 % du 1er mai 2023 au 31 mars 2026 et de 10 % dès le 1er avril 2026. Par courrier du 4 avril 2022 au conseil de l'assuré, la CNA a confirmé qu'elle était d'accord d'allouer à ce dernier une rente de 60 % jusqu'à l'âge ordinaire de la retraite, pour autant qu'il poursuive bien son activité professionnelle jusqu'à 65 ans ; dans la négative, elle fixerait le taux de la rente à 27 % dès le 1er avril 2022. Elle proposait ensuite le versement d'une rente de 10 % dès le 1er avril 2026, dont le montant devait être réduit de 11 % conformément à l'art. 20 al. 2ter LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20).

- 11 - Le 24 mai 2022, l'assuré, sous la plume de son conseil, a émis une contreproposition, la proposition transactionnelle de la CNA n'étant selon lui pas admissible s'agissant de la période postérieure au 1er avril 2026. Par courrier du 2 août 2022, la CNA a signifié à l'assuré qu'elle ne pouvait accepter sa contreproposition et a maintenu la proposition émise le 4 avril 2022. Elle a ajouté que si cette proposition devait être refusée, elle allouerait une rente à durée indéterminée correspondant à un degré d'invalidité de 27 % à partir du 1er avril 2022. Le 5 août 2022, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, a contesté la prise de position de la CNA et requis de celle-ci qu'elle lui notifie une décision formelle sur le droit à la rente et l'IPAI. Par décision du 19 août 2022, la CNA a alloué à l'assuré une rente d'invalidité de 27 %, en lien avec un gain assuré de 86'067 fr., et une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 25 %, correspondant à un montant de 37'050 francs. Elle a retenu que

l'intéressé était à même d'exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles dans différents secteurs de l'industrie, à la condition qu'il ne doive pas porter de charges de plus de dix kilos de manière répétitive, maintenir la position statique debout durant un laps de temps prolongé, travailler dans des positions contraignantes pour la hanche gauche et effectuer de longs déplacements, surtout en terrain accidenté. Elle a fixé le degré d'invalidité en se fondant sur un revenu sans invalidité de 94'900 fr. et un revenu d'invalidé de 69'741 fr. calculé sur la base de l'Enquête sur la structure des salaires (ESS). Le 13 septembre 2022, l'assuré, par son conseil, a formé opposition à l'encontre de cette décision. Il a fait valoir que cette décision entraînait clairement en contradiction avec ce qui avait été convenu lors de l'entretien du 11 mars 2022 et proposé le 2 août 2022, à savoir la reconnaissance d'un taux d'invalidité de 60 % jusqu'à l'âge de 65 ans. Il a en outre allégué qu'il y avait lieu de prendre en compte à titre de revenu

- 12 - d'invalidé le revenu effectivement perçu dans son emploi actuel, estimant quoi qu'il en soit ne pas pouvoir travailler à plein temps, même dans une activité adaptée. S'agissant de l'IPAI, l'assuré a réclamé que celle-ci soit fixée à 40 %, en vertu de la table 5.1 de la CNA concernant les coxarthroses graves. Par décision sur opposition du 30 janvier 2023, la CNA a partiellement admis l'opposition de l'assuré et réformé la décision du 19 août 2022 en ce sens que celui-ci avait droit à une rente d'invalidité de 31 % à compter du 1er avril 2022. Elle a confirmé la décision précitée pour le surplus. Pour l'essentiel, elle a indiqué que la proposition transactionnelle du 4 avril 2022 ne la liait aucunement étant donné qu'elle n'avait pas fait l'objet d'une décision formelle. Elle a exposé s'être fondée sur les rapports des médecins de la P. \_\_\_\_\_ et les appréciations du Dr B. \_\_\_\_\_ pour retenir une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assuré ; en l'absence d'argument médical objectif permettant de contredire les conclusions de ces médecins, elle estimait n'avoir aucune raison de s'écarter de leur avis. En ce qui concernait le calcul du taux d'invalidité, la CNA a relevé que l'assuré, qui ne travaillait qu'à 40 % et percevait donc un salaire équivalent à 40 % de son salaire sans invalidité, ne mettait pas pleinement en valeur sa capacité de gain résiduelle exigible et ne respectait ainsi pas son obligation de réduire le dommage ; dans un tel cas, la jurisprudence permettait de se référer aux salaires figurant dans les tables de l'ESS. La CNA a donc estimé qu'elle s'était légitimement référée au salaire versé en 2018 à un homme dans le secteur privé, avec un niveau de compétence 1, correspondant à des tâches physiques ou manuelles simples et ne nécessitant aucune formation particulière, à savoir un salaire de 69'741 fr. 50, compte tenu de la moyenne des heures travaillées en Suisse et de l'indexation à 2021. Elle a toutefois annoncé que les nouveaux chiffres de l'ESS 2020 avaient été publiés par l'Office fédéral de la statistique et que le salaire statistique versé à un homme dans le secteur privé, correspondant à un niveau de compétence 1, avait

- 13 - diminué et s'élevait ainsi à 66'073 fr. 30 en tenant compte de l'adaptation à la durée hebdomadaire usuelle en Suisse et de l'évolution des salaires jusqu'en 2022. Quant au revenu sans invalidité, il avait été fixé sur la base des données fournies par l'ancien employeur le 5 octobre 2021 ; il convenait de l'indexer à 2022, de sorte qu'il s'élevait à 95'943 fr. 90. La comparaison entre ces deux revenus laissait ainsi subsister une incapacité arrondie à 31 %. Enfin, s'agissant de l'IPAI, la CNA a estimé, compte tenu des éléments médicaux au dossier, qu'il n'était pas établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'assuré souffrait d'une coxarthrose sévère avant l'implantation de la prothèse, le 23 septembre 2019. Par ailleurs, les troubles fonctionnels du membre inférieur ayant déjà été

pris en compte dans le cadre de la table 2, ils ne sauraient l'être une seconde fois avec la table 5 des atteintes à l'intégrité résultant d'arthrose. En se fondant sur la table 2 pour les troubles fonctionnels du membre inférieur gauche, le Dr B. \_\_\_\_\_ avait tenu compte de l'ensemble des séquelles en lien avec l'accident du 10 avril 2017, de sorte que le taux de 25 % était justifié. B. Par acte du 22 février 2023, A.D. \_\_\_\_\_, toujours représenté par Me Jean-Michel Duc, a interjeté recours à l'encontre de la décision sur opposition susmentionnée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'il lui soit alloué une rente d'invalidité d'un taux supérieur à 31 % et une IPAI d'un taux supérieur à 25 %, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimée pour complément d'instruction et nouvelle décision. En substance, le recourant fait valoir qu'une nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral (ATF 148 V 174) préciserait qu'il convient de se fonder en premier lieu sur la situation professionnelle et lucrative dans laquelle se trouve précisément l'assuré dans le cadre du calcul du revenu d'invalidité, si l'assuré exerce un emploi dans lequel il existe des relations de travail particulièrement stables, que l'on peut supposer qu'il utilise pleinement sa capacité de travail restante et que le revenu du travail apparaît comme étant approprié. Il allègue respecter toutes ces conditions, en particulier

- 14 - celle de la stabilité des relations avec son employeur, auprès duquel il a pu bénéficier de mesures professionnelles mises en œuvre par l'OAI. Il soutient également que ses limitations fonctionnelles en lien avec les séquelles de l'accident de 2017 l'empêcheraient de travailler à temps plein dans une activité adaptée. Selon lui, ces constatations devaient mener à l'octroi d'une rente d'invalidité supérieure à 31 %. Le recourant estime de plus que le taux d'IPAI retenu par l'intimée ne correspond pas à la gravité de ses atteintes, en particulier de l'arthrose à la hanche gauche d'origine traumatique, qui lui causerait d'importantes douleurs invalidantes. A ses yeux, l'appréciation du Dr B. \_\_\_\_\_ à cet égard n'est pas suffisamment motivée et celui-ci n'a pas tenu compte du rapport du

## **E. 15**

octobre 2020 consid. 3.1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente (ATF 143 V 295 consid. 4.1.3 et les références ; TF 8C\_837/2019 du 16 septembre 2020 consid. 5.2). d) Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 134 V 322 consid. 4.1). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C\_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2). e) Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Le revenu effectivement réalisé par la personne assurée après la survenance de l'atteinte à la santé doit être pris en considération si l'activité exercée repose sur des rapports de travail stables et qu'elle met pleinement en valeur la capacité résiduelle de travail et de gain raisonnablement exigible (ATF 143 V 295 consid. 2.2). Un éventuel salaire social versé par l'employeur n'est pas pris en considération. La preuve d'un tel salaire social est toutefois soumise à des exigences strictes, car on peut partir du principe que les salaires payés équivalent normalement à une prestation de travail correspondante (ATF 141 V 351 consid. 4.2). f)

- 18 - aa) Lorsque la personne assurée n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'ESS (ATF 148 V 419 consid. 5.2 et les références citées). bb) Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1\_skill\_level), tous secteurs confondus (ATF 148 V 174 consid. 6.2 ; TF 8C\_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). cc) La personne assurée peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 148 V 174 consid. 5.2 et 5.3 ; 126 V 75). 4. a) 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

- 19 - fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), 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\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4). c) 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 assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une

appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des

- 20 - constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C\_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1). 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\_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3). 5. a) En l'espèce, il est admis que le recourant n'est plus en mesure d'exercer son activité habituelle d[...] à la suite de l'accident subi le 10 avril 2017. L'intimée, se fondant sur les rapports des médecins de la P. \_\_\_\_\_ et de son médecin d'arrondissement, estime en revanche que le recourant est capable de travailler à plein temps dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, lesquelles consistent en le port de charges de plus de dix kilos de manière répétitive, maintenir la position statique debout durant un laps de temps prolongé, travailler dans des positions contraignantes pour la hanche gauche et effectuer de longs déplacements, surtout sur terrain accidenté. Le recourant soutient quant à lui que sa capacité de travail dans une activité adaptée est limitée à 40 %, taux d'activité pour lequel il a été engagé en qualité de surveillant de chantier auprès de l'entreprise familiale après son accident de travail. Pour étayer ses dires, il se fonde sur le rapport de son médecin traitant du 26 juin 2023. b) Après le second séjour de l'assuré auprès de la P. \_\_\_\_\_, du 12 décembre 2018 au 8 janvier 2019, les Drs Q. \_\_\_\_\_ et G. \_\_\_\_\_ ont, dans leur rapport du 16 janvier 2019, posé le diagnostic principal de thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs persistantes et

- 21 - limitations fonctionnelles de la hanche gauche, ainsi que les diagnostics supplémentaires d'accident au travail le 10 avril 2017 avec traumatisme de la hanche gauche, fracture du mur postérieur du cotyle gauche, avec impaction marginale en région postéro-inférieure, épaississement avec aspect hypoéchogène du tenseur du fascia lata en regard de la cicatrice au niveau trochantérien gauche, absence de bursite sur l'ultrason du 24 janvier 2018 et discrète tendinopathie des fessiers de la hanche gauche sur l'ultrason du 21 décembre 2018. Ils ont également rapporté une coxarthrose secondaire sur une arthrographie par scanner du 25 juin 2018. Ils ont répertorié les plaintes du patient à son arrivée, à savoir que celui-ci déclarait souffrir de coxalgies à type de coups de couteau en regard de la face latérale de la hanche gauche, des claquements pouvant aussi survenir dans cette région, et de douleurs insomniantes, le périmètre de marche étant limité à vingt minutes sans aide technique. A l'examen clinique, les médecins de la P. \_\_\_\_\_ ont relevé, s'agissant de la hanche, que la cicatrice était calme, non douloureuse et non adhérente, et qu'il existait des douleurs inguinales mais surtout des douleurs au niveau de la face latérale, notamment à la palpation du grand trochanter gauche et également lors de la mise en tension des fibres postérieures du moyen fessier. En ce qui concernait les genoux, les chevilles et les pieds, l'examen ne relevait rien de particulier. Les médecins ont également procédé à un examen neurologique dirigé, qui concluait simplement à une

limitation douloureuse de la flexion et de l'abduction de la hanche, cotée à 4+/5, limitée par les douleurs. Ils ont indiqué que le traitement antalgique avait été optimisé au cours du séjour étant donné la majoration de l'activité physique et les thérapies et que l'évolution subjective et objective était non significative. Au terme du séjour, les médecins ont retenu les limitations fonctionnelles définitives suivantes par rapport à la hanche gauche : les longs déplacements surtout en terrain accidenté, les maintiens de position statique debout prolongés, le port de charges lourdes de plus de dix kilos de manière répétitive et/ou prolongée, les positions contraignantes pour la hanche (accroupie surtout). Ils ont estimé que le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant ces limitations fonctionnelles était favorable, une pleine capacité pouvant être attendue, étant précisé que l'interférence de facteurs non médicaux

- 22 - (anxiété élevée, catastrophisme élevé, interférence élevée entre la douleur et le travail, absence de formation qualifiante, difficulté à se projeter dans une autre activité professionnelle et âge) pourrait ralentir le processus de réinsertion. Le Dr B. \_\_\_\_\_ a quant à lui examiné pour la seconde fois le recourant le 8 décembre 2020, soit plus d'une année après l'implantation de la prothèse de hanche, qui avait selon les dires de l'intéressé un peu amélioré sa situation. Le médecin précité a répertorié dans son appréciation du 8 décembre 2020 les plaintes du patient, à savoir que celui-ci souffrait surtout de crampes nocturnes extrêmement pénibles dans la jambe gauche, reconnaissant toutefois que le traitement prescrit par le Dr S. \_\_\_\_\_ les avait atténuées. Il a relevé que le recourant marchait librement à plat et conduisait normalement sa voiture. L'intéressé déclarait également souffrir de son genou droit, lequel nécessiterait certainement des infiltrations. Le Dr B. \_\_\_\_\_ a effectué une synthèse du dossier médical du recourant, avant de procéder à l'examen clinique. A cet égard, il a indiqué que le patient ne semblait pas avoir de limitations fonctionnelles importantes, relevant une légère amyotrophie de tout le membre inférieur gauche, sans inégalité de longueur des membres inférieurs. S'agissant du genou droit, il a expliqué que celui-ci présentait une lame d'épanchement, mais qu'il n'y avait pas d'hyperthermie, ni d'autre signe réactif local manifeste et que la mobilisation s'effectuait librement, la mobilité étant complète. La hanche gauche avait quant à elle récupéré une très bonne mobilité, la mobilisation s'effectuant plus librement qu'auparavant, ne donnant lieu qu'à de légères douleurs pelvitrochantériennes lors des mouvements contre résistance. Le médecin de la CNA a encore relevé que les radiographies du 3 mars 2020 montraient une prothèse en place qui n'inspirait aucune inquiétude, ainsi qu'un status après ostéosynthèse d'une fracture du cotyle consolidée, de sorte qu'il n'y avait plus aucun traitement thérapeutique à proposer. Par appréciation du 2 juin 2021, il s'est référé aux limitations fonctionnelles définitives telles que retenues par les médecins de la P. \_\_\_\_\_ dans leur rapport du 16 janvier 2019.

- 23 - aa) Au vu de ce qui précède, le rapport du 16 janvier 2019 des médecins de la P. \_\_\_\_\_ et les appréciations du 8 décembre 2020 et 2 juin 2021 du Dr B. \_\_\_\_\_ remplissent les réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante, les médecins ayant personnellement examiné l'assuré, ayant eu connaissance de l'anamnèse, du déroulement de l'accident, ainsi que du dossier médical du patient, et ayant répertorié les plaintes de celui-ci. Leurs appréciations sont en outre motivées et convaincantes. L'appréciation du Dr B. \_\_\_\_\_ fait en particulier état d'une légère amélioration de la situation après l'implantation de la prothèse de hanche, relevant toutefois que celle-ci restait douloureuse. En rejoignant les conclusions des médecins de la

P. \_\_\_\_\_ s'agissant des limitations fonctionnelles et, implicitement, de la pleine capacité de travail dans une activité adaptée, retenues avant que l'opération du 23 septembre 2019 n'ait eu lieu, le Dr B. \_\_\_\_\_ émet un raisonnement tout à fait compréhensible et convaincant. bb) Les appréciations des Drs Q. \_\_\_\_\_, G. \_\_\_\_\_ et B. \_\_\_\_\_ ne sont, du reste, pas contredites par les autres pièces au dossier. Par rapport du 15 mars 2019, le Dr K. \_\_\_\_\_ pose le diagnostic de coxarthrose postéro-inférieure, qui expliquerait la symptomatologie douloureuse. Cette atteinte a dûment été prise en compte par les médecins de la P. \_\_\_\_\_, tout comme la symptomatologie douloureuse liée à la hanche gauche, à la base des limitations fonctionnelles répertoriées. Le Dr K. \_\_\_\_\_ indique également au terme de ce rapport qu'une reprise de « ses activités professionnelles » serait envisageable ensuite de l'implantation de la PTH et après une rééducation appropriée, ce qui corrobore les conclusions du Dr B. \_\_\_\_\_ du 8 décembre 2020 et 2 juin 2021. Le Dr S. \_\_\_\_\_, aux termes de son rapport du 27 août 2020, conclut quant à lui à la possible existence d'une neuropathie sensitive

- 24 - focalisée des branches terminales du nerf sciatique dominant dans sa partie péronéenne soit post-traumatique, soit en relation avec l'ostéosynthèse nécessaire pour stabiliser la fracture dans le cadre d'un processus cicatriciel. Outre que ce diagnostic n'est pas clairement établi, on relèvera que le neurologue indique que la motricité du membre inférieur gauche n'est pas touchée et que cette atteinte est relativement bénigne. Il n'apparaît donc pas qu'elle engendrerait d'autres limitations fonctionnelles que celles retenues, ni qu'elle influencerait sa capacité de travail dans une activité adaptée. Enfin, le rapport du 26 juin 2023 du Dr N. \_\_\_\_\_ ne permet pas, contrairement à ce que soutient le recourant, d'invalider les conclusions des médecins de la P. \_\_\_\_\_ et du Dr B. \_\_\_\_\_. Le médecin traitant du recourant explique que son patient souffre de douleurs modérées à sévères avec exacerbations fréquentes, lesquelles influencent son sommeil et génèrent une asthénie marquée. Dans ces conditions, il estime que l'activité exercée actuellement par le recourant correspond au maximum exigible. On relèvera en premier lieu que le médecin traitant ne se positionne pas sur la capacité de travail de l'intéressé dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, mais uniquement sur l'activité de surveillant de chantier actuellement exercée par celui-ci. Or cette activité n'est sans doute pas entièrement compatible avec l'état de santé du recourant, puisqu'elle nécessite par exemple vraisemblablement de marcher régulièrement sur des terrains accidentés. On comprend dès lors que le médecin traitant estime que son patient ne pourrait pas travailler dans une telle activité à un taux plus élevé, ce qui ne met pas pour autant en doute les conclusions des médecins de la P. \_\_\_\_\_ et de la CNA. A cela s'ajoute que les arguments du Dr N. \_\_\_\_\_ se fondent uniquement sur les douleurs ressenties par son patient, lequel a tendance au catastrophisme et à évaluer à la baisse ses capacités fonctionnelles (cf. rapports des 28 février 2018 et 16 janvier 2019 de la P. \_\_\_\_\_ et rapport du 4 décembre 2017 du Dr B. \_\_\_\_\_ mentionnant une certaine

- 25 - discordance entre l'ampleur des plaintes et les constatations objectives). S'agissant de l'allégation de douleurs, respectivement d'absence d'atténuation ou de disparition de douleurs après un traitement, la jurisprudence prévoit que les seules plaintes subjectives exprimées par une personne assurée ne sauraient suffire pour justifier une invalidité entière ou partielle. C'est dans le but d'assurer une égalité de traitement entre les assurés et compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs que le droit à des prestations de l'assurance sociale suppose que l'allégation de douleurs corrèle à des

observations médicales concluantes (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 ; TF 8C\_755/2020 du

## **E. 19**

avril 2020 consid. 4.4). En l'occurrence, les douleurs alléguées par le patient ont été objectivement prises en compte, en particulier les crampes nocturnes – qui se sont du reste atténuées grâce au traitement préconisé par le Dr S. \_\_\_\_\_. Il est néanmoins tout à fait admissible de retenir une pleine capacité de travail dans une activité adaptée sensée ménager la hanche et le membre inférieur gauches, au vu de l'état général du patient, qui a notamment retrouvé une bonne mobilité de la hanche gauche. Ainsi, les explications motivées et convaincantes des Drs Q.\_\_\_\_\_, G.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_ doivent prendre le pas sur celles moins étayées du Dr N.\_\_\_\_\_, ce d'autant plus qu'il est admis de jurisprudence constante que le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (cf. consid. 4c supra). c) Compte tenu de ce qui précède, l'intimée s'est à juste titre fondée sur les rapports des médecins de la P.\_\_\_\_\_ et du Dr B.\_\_\_\_\_ pour retenir que le recourant est capable de travailler à 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles telles que retenues par ces médecins. 6. a) Le recourant reproche à l'intimée de s'être fondée sur des données statistiques pour calculer son revenu avec invalidité. Il soutient que le revenu actuellement perçu dans son activité de surveillant de chantier à 40 % correspond à son revenu d'invalidé, au vu d'une récente jurisprudence du Tribunal fédéral (ATF 148 V 174).

- 26 - Contrairement à ce que prétend le recourant, l'arrêt du Tribunal fédéral invoqué ne fait que confirmer la jurisprudence établie depuis longtemps par celui-ci selon laquelle le revenu effectivement réalisé doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalidé lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'élément de salaire social (cf. consid. 3e supra). En l'occurrence, il n'y a pas lieu de retenir le revenu effectivement réalisé comme le requiert le recourant, puisqu'il l'est dans une activité qui n'est pas parfaitement adaptée aux limitations fonctionnelles et qui ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail. En effet, comme vu ci-dessus (consid. 5), la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée est de 100 %. Lors de l'entretien du 21 septembre 2021 entre le case manager de la CNA, la conseillère en réadaptation de l'AI, B.D.\_\_\_\_\_, le recourant et son conseil, ce dernier a déclaré qu'au vu des limitations fonctionnelles et sachant que la recherche d'une activité adaptée serait très difficile, l'employeur de l'assuré souhaitait le garder à 40 % comme surveillant de chantier jusqu'à la retraite. Il apparaît ainsi que le recourant était conscient de sa capacité de travail dans une activité adaptée mais qu'il a choisi d'exercer l'activité à taux réduit que lui offrait l'entreprise familiale par simplicité. Ce faisant, le recourant perd de vue son obligation de diminuer le dommage à l'assurance (ATF 134 V 109 consid. 10.2.7 ; TF 8C\_271/2024 du 11 octobre 2024 consid. 6.2). Cette exigence signifie que l'assuré doit mettre en œuvre tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer les conséquences de son accident. Un changement d'emploi est exigible même s'il est très difficile, voire impossible, pour l'assuré de trouver un emploi correspondant sur le marché du travail hypothétique, en raison des conditions économiques du marché du travail réel. Ainsi, la prise en compte d'un revenu hypothétique basé sur l'ESS se fonde moins sur l'obligation de réduire le dommage que sur le fait que l'assurance-

- 27 - accidents ne doit compenser que la perte de salaire causée par l'atteinte à la santé en lien avec l'accident ; l'assuré ne peut s'attendre à ce que l'assurance-accidents indemnise la perte de salaire en raison de la renonciation à un revenu raisonnablement exigible (TF 8C\_368/2021 du

## **E. 22**

février 2021, il a noté que l'atteinte consistait en un status après une fracture du cotyle gauche, ayant nécessité la mise en place d'une PTH et s'étant probablement compliquée d'une discrète atteinte du tronc du nerf sciatique. Partant, le médecin d'arrondissement s'est référé à la table 2 de l'Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA, la situation correspondant selon lui à une perte fonctionnelle de 50 % du membre inférieur gauche, ce qui équivalait à un taux d'IPAI de 25 %, la perte fonctionnelle totale d'un membre inférieur équivalent selon la table 2 à un taux de 50 %. De son côté, le recourant soutient avoir droit à une IPAI de 40 % sur la base de la table 5 de l'Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA, au motif qu'il souffrirait d'une coxarthrose grave. Alors même que la fixation d'une IPAI est une question d'ordre médical, le recourant se limite à faire valoir son propre avis sur la question, mais ne produit aucun élément médical objectif qui soit de nature à remettre sérieusement en cause l'avis du Dr B.\_\_\_\_\_.

- 30 - coxarthrose gauche secondaire, au vu des rapports des 16 janvier 2019 des médecins de la P.\_\_\_\_\_ et des rapports des 15 mars et 22 octobre 2019 du Dr K.\_\_\_\_\_, celle-ci n'est pas qualifiée de grave ou de sévère et l'assuré ne rend pas vraisemblable que cette atteinte engendrerait des altérations supplémentaires à celles déjà retenues par l'intimée, qui justifieraient d'appliquer un taux supérieur sur la base de la table 5 de l'Indemnisation des atteints à l'intégrité selon la LAA. En retenant une perte fonctionnelle de 50 % du membre inférieur gauche, le Dr B.\_\_\_\_\_ a tenu compte de l'ensemble des séquelles de l'accident du 10 avril 2017 et, partant, également des douleurs et limitations provoquées par la coxarthrose telles que constatées lors de son examen du 8 décembre 2020. Son appréciation est, par ailleurs, étayée et convaincante. Dans ces conditions, c'est à bon droit que l'intimée a reconnu le droit de l'assuré à une IPAI d'un taux de 25 %, équivalent au montant de 37'050 francs. 8. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition entreprise confirmée. b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f bis LPG), ni d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPG). L'intimée, qui a procédé dans l'accomplissement d'une tâche réglée par le droit public, n'a pas davantage droit à des dépens (ATF 126 V 143 consid. 4 ; voir également ATF 128 V 323).

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