

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 30 mars 2016

Composition : M. DÉPRAZ, président
Mme Thalmann et M. Neu, juges
Greffière : Mme Parel

Cause pendante entre :

S. _____, à Morges, recourant, représenté par Me Olivier Carré, avocat à Lausanne,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à Lucerne, intimée.

**Art. 6 al. 1, 16 al. 1, 18 al. 1, 19 al.1, 24 et 25 LAA; 4, 7, 8 et 16
LPGA; 22 al. 4 et 36 OLAA**

E n f a i t :

A. S._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le 3 mai 1958, est entré en Suisse en 1983 et y réside depuis lors. Sans formation professionnelle, il a d'abord œuvré comme maçon pour différents employeurs.

L'assuré a été engagé depuis le 1^{er} décembre 1990 par les R._____ (ci-après : R._____) en qualité d'employé à la manœuvre à 100%. A ce titre, il était assuré contre les accidents auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 2 novembre 2007, à 17h10, l'assuré a été victime d'un accident sur son lieu de travail à la gare de [...] sur la voie F32.

Selon la déclaration de sinistre adressée par son employeur à la CNA, l'intéressé s'est introduit entre deux wagons pour les raccorder quand son pantalon s'est accroché à un tire-fond. L'assuré est resté croché. Un essieu du mouvement de manœuvre lui a alors roulé sur le talon du pied droit.

Selon les informations fournies par l'employeur à la CNA, le salaire annuel du recourant était de 66'518 fr. auquel s'ajoutaient 4'941 fr. d'allocations et de compensations et 655 fr. 50 d'indemnités mensuelles.

Du 2 novembre 2007 au 12 décembre 2007, l'assuré a été hospitalisé au N._____ à Lausanne où il a subi plusieurs opérations.

Le diagnostic posé était celui d'une fracture ouverte du calcanéum de type III-b selon Gustilo avec luxation sous-talienne à droite.

Du 14 février au 26 février 2008, l'assuré a été à nouveau hospitalisé au N._____. Le diagnostic était le suivant : «*Plaie chronique talonnière droite dans un status après reconstruction plantaire et achilléenne droite par lambeau antéro-latéral de la cuisse le 15 novembre 2007*». Les interventions pratiquées ont consisté en un débridement de plaie plantaire droite et une greffe de Thiersch meshée, prélevée à la cuisse droite, une greffe de peau mince plantaire gauche, prélevée au talon droit et une greffe de peau mince au talon droit, prélevée en plantaire gauche.

Du 1^{er} octobre 2008 au 5 novembre 2008, l'assuré a séjourné à la Clinique X._____ de la CNA (ci-après : la X._____) dans le service de réadaptation de l'appareil locomoteur. On extrait ce qui suit du rapport du 14 novembre 2008 des Drs K._____, spécialiste en médecine physique et réhabilitation et en chirurgie orthopédique, et P._____, médecin hospitalier, de la X._____ :

«DIAGNOSTIC PRIMAIRE

- **Thérapies physiques et fonctionnelles (z 50.8)**

DIAGNOSTICS SECONDAIRES

- ***Fracture ouverte du calcanéum droit de type 3B selon Gustillo, avec luxation sous-talienne droite. Délabrement cutané complet plantaire jusqu'à mi-pied droit (de type dégantage) (T 93.2; T 13.6)***
- ***Débridements multiples, réduction et ostéosynthèse du calcanéum par brochage le 02.11.2007 (Z 98.8)***
- ***Reconstruction plantaire et du talon d'Achille droit par lambeau antéro-latéral libre innervé de la cuisse droite et greffe de Thiersch le 15.11.2007 (Z 98.8)***
- ***Débridement de la plaie plantaire droite et greffe de Thiersch prélevée à la cuisse droite, greffe de peau mince plantaire gauche prélevée au talon droit, greffe de peau mince au talon droit, greffe de peau mince au talon droit prélevé en plantaire gauche (Z 98.8)***
- ***Atteinte sensitive dans le territoire du nerf sural, et atteinte sensitivomotrice par axonotmésis sévère dans le territoire des branches du nerf tibial postérieur, plantaire interne et plantaire externe du pied droit (G 62.9)***
[...]

Le bilan neurologique avec ENMG montre des signes d'atteinte sensitive dans le territoire du nerf sural et des signes d'atteinte sensitivomotrice par axonotmésis sévère dans le territoire des branches du nerf tibial postérieur, plantaire interne et plantaire externe. Les fibres tributaires du sciatique poplitée externe sont indemnes. La sidération des muscles jambiers, péroniers latéraux,

jambier antérieur et jambier postérieur n'est pas de nature neurogène.

Le bilan radiologique est actualisé : les RX de la cheville, du pied et du calcaneum droit montrent un aspect ostéopénique de la structure osseuse, compatible avec la décharge. Les rapports articulaires sont conservés à la cheville. Le calcaneum droit est effilé, il y a un status après perte de substance, mais les contours sont bien nets et cortiqués. A gauche, le bilan ne montre rien de particulier.

Selon notre consultant-psychiatre, la thymie globale du patient est maintenue. On perçoit une certaine irritabilité, une peur de chuter et de se blesser à nouveau. Il n'y a pas de diagnostic retenu. Des entretiens psychothérapeutiques de soutien sont effectués durant le séjour.

[...]

En résumé, au terme du séjour, un chaussage adapté provisoire a pu être fourni au patient. Cependant, la situation reste fragile, avec l'apparition de lésions cutanées qui ont évolué favorablement et sont quasiment totalement cicatrisées en fin de séjour. On note quelques petits progrès du point de vue souplesse des tissus et force musculaire. Ces progrès ne permettent cependant pas actuellement une marche sans canne. Il est trop tôt pour démarrer une quelconque mesure professionnelle.

[...]»

Le 25 mai 2009, le Dr T._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la CNA, a procédé à un examen de l'assuré. Dans son rapport du même jour, il constate ce qui suit :

«DIAGNOSTIC :

Etat après fracture ouverte du calcaneum avec luxation sous-talienne et large dégantage survenue le 02.11.2007 et ayant nécessité de réduction et fixation ainsi que multiples gestes de couverture cutanée, en partie par peau épaisse, en partie par Thiersch. Dégâts sensitifs et sensitivo-moteurs. Dernière reprise le 19.01.2009 avec l'obtention d'une couverture complète et cicatrisée. Raideur voire ankylose de la sous-astragalienne.

EN RESUME :

Notre assuré, manoeuvre aux R._____, né en 1958, est protagoniste d'un accident de travail par lequel il subit une grave fracture-dégantage du pied droit dont le diagnostic figure plus haut et qui nécessitera un traitement chirurgical itératif et laborieux.

Situation actuelle caractérisée par la persistance de douleurs, surtout à la charge, à caractère parfois insomniant et météo-sensible.

Pour l'instant, M. S._____ n'a pas pu se libérer de deux cannes anglaises. Il reconnaît néanmoins une lente amélioration.

Alors qu'aucun traitement médicamenteux n'est en route, la physiothérapie se poursuit à raison de 3x/semaine.

Objectivement, toutes les cicatrices sont fermées, tant au niveau des prélèvements qu'au niveau du calcaneum, de la zone péri-malléolaire externe et de la plante du pied.

La cheville droite est limitée en extension à l'angle droit, à environ 40° en flexion. Sous-astragaliennne totalement enraidie. La couverture cutanée est par endroits hyper-sensible. Elle est très souple au niveau de l'appui calcanéen qui, pour l'instant, n'est pas employé ou presque pas.

Les cotations des périmètres ne sont pas toutes contributives en raison de prélèvements musculo-cutanés du côté controlatéral. Le mollet droit est par contre fortement atrophié.

A la recherche de cotations de mobilité de la hanche et du genou, des facteurs d'aggravation interfèrent avec l'apparition de douleurs médicalement non-explicables.

M. S. _____ est appareillé avec des sandales avec une coque en silicone protégeant la plante du pied et épousant sa forme.

Des chaussures mieux adaptées, avec un support en silicone, sont en cours de fabrication.

La situation n'est pas stabilisée et il est encore légitime d'espérer un déplacement en charge, bien que sur courtes distances, en particulier à domicile.

Le travail en tant que manoeuvre aux R. _____ est définitivement exclu.

Par contre, notre assuré pourrait mettre en valeur une capacité totale, sans restriction de temps ni de rendement, dans une activité assise où les déplacements seraient réduits à quelques mètres, avec possibilité de prendre une ou deux cannes anglaises, sans escalier et sans nécessité de déambuler sur terrain inégal.

La conduite automobile devrait être possible, à terme.

Notre assuré aura droit à une IPAI qu'il faudra évaluer probablement au printemps 2010.»

Le 14 octobre 2009, les R. _____ ont résilié le contrat de travail de l'assuré avec effet au 30 novembre 2009 pour cause d'aptitude médicale insuffisante.

Entre le 2 décembre 2009 et le 30 décembre 2009, l'assuré a à nouveau séjourné à la X. _____.

Dans leurs conclusions figurant dans le rapport du 22 janvier 2010, les Drs K. _____ et P. _____ indiquent notamment ce qui suit :

«[...] d'un point de vue médical, on retient des douleurs chroniques neurogènes sur atteinte sensitive dans le territoire du nerf sural et atteinte sensitivo-motrice par axonotmésis sévère dans le territoire des branches du nerf tibial postérieur et un status après fracture ouverte du calcanéum droit, luxation sous-taliennne droite, délabrement cutané complet plantaire suivi de multiples interventions chirurgicales. Actuellement, la situation médicale peut être considérée comme stabilisée. Même si l'on note un processus de réinnervation en cours, les valeurs restent toutefois nettement inférieures aux limites normales. Aucun diagnostic psychiatrique n'est retenu, par contre on note une adoption d'une identité

d'invalidé qui paraît peu mobilisable. Théoriquement, d'un point de vue médical, une capacité de travail dans une activité sédentaire, légère, pourrait être reconnue. Une diminution du rendement au vu des douleurs chroniques est vraisemblable. D'un point de vue professionnel, M. S._____ a travaillé durant 19 ans comme manoeuvre aux R._____, dans une gare de triage. Il est actuellement licencié [sic]. Selon nos informations, les R._____ ont statué sur une rente professionnelle de 100%. Du point de vue AI, un stage à l'ORIPH de [...] est prévu en mai 2010».

L'assuré a à nouveau séjourné à la X._____ du 25 janvier 2010 au 28 janvier 2010 et du 8 mars 2010 au 12 mars 2010. Dans leur rapport du 14 avril 2010, les Dr K._____ et P._____ ont constaté ce qui suit :

«DIAGNOSTICS PRIMAIRES

-Thérapies physiques et fonctionnelles

DIAGNOSTICS SECONDAIRES

- Fracture ouverte du calcaneum droit de type 38 selon Gustilo, avec luxation sous-talienne droite, délabrement cutané complet plantaire jusqu'à mi-pied droit de type décantage le 02.11.2007

- Débridements multiples, réduction et ostéosynthèse du calcaneum par 4 broches le 02.11.2007

- Reconstruction plantaire et du talon d'Achille droit par lambeau antéro-latéral libre innervé de la cuisse droite et greffe de Thiersch le 15.11.2007

- Débridement de la plaie plantaire droite et greffe de Thiersch prélevée à la cuisse droite, greffe de peau mince au talon droit prélevé en plantaire gauche

- Réinsertion du lambeau antéro-latéral libre du pied droit et greffe de peau mince le 19.01.2009

- Douleurs neurogènes sur atteinte sensitive dans le territoire du nerf sural, et atteinte sensitivomotrice par axonotmésis sévère dans le territoire des branches du nerf tibial postérieur, plantaire interne et plantaire externe du pied droit.

[...] Le patient ne rapporte aucune nouvelle plainte depuis les précédents séjours. Des douleurs sont localisées sous le talon et au compartiment externe du pied droit.

L'examen clinique montre un status cutané calme. Il n'y a aucun changement constaté par rapport à la sortie de la clinique le 30.12.2009.

Un chaussage sur mesure est réalisé, avec orthèse plantaire et une tige souple plus haute que précédemment, puisque le pied avait sinon tendance à sortir de la chaussure. Le patient semble petit à petit accepter de porter progressivement cette chaussure.

M. S._____ sera convoqué dans environ 4 semaines, en ambulatoire, pour la livraison de la chaussure définitive [...]»

Le 31 mai 2010, les Drs T._____ et M._____, médecins d'arrondissement de la CNA, ont procédé à un examen médical final. Il ressort de leur rapport ce qui suit :

«Diagnostic :

Etat après fracture ouverte du calcanéum avec luxation sous-talienne et large dégantage survenue le 02.11.2007 et ayant nécessité de réduction et fixation ainsi que multiples gestes de couverture cutanée, en partie par peau épaisse ou entière, en partie par Thiersch. Dégâts sensitifs et sensitivomoteurs. Dernière reprise le 19.01.2009 avec l'obtention d'une couverture complète et cicatrisée. Raideur voire ankylose de la sous-astraglienne.

Comorbidités : obésité, état après cure de fissure anale.

Episode dépressif léger à moyen sans syndrome somatique (F32.10)

Majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0).

Appréciation :

Du point de vue psychiatrique, cet assuré présente des plaintes de douleurs qui ont un substrat organique indéniable, mais dont l'ampleur et le retentissement sur les capacités fonctionnelles dépasse la stricte organicité. Je pose donc le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques.

Néanmoins, cet assuré présente un trouble affectif avec des troubles du sommeil, un trouble de l'humeur avec tristesse, une irritabilité, des troubles de la fonction sexuelle et de légers troubles de l'attention et de la concentration. Je pose donc également un diagnostic d'épisode dépressif léger à moyen.

Ces troubles psychiques sont en relation de causalité naturelle avec l'accident du 2 novembre 2007. Il n'y a pas de facteurs étrangers à l'accident qui peuvent expliquer leur survenue.

Il est prématuré de se prononcer actuellement sur la persistance de troubles psychiques tout au long de la vie de l'assuré. La question d'une évaluation de l'atteinte à l'intégrité pour les troubles psychiques devra être réévaluée au début de l'année 2012, soit quatre ans au moins après l'accident du 2 novembre 2007.

Exigibilité :

Les troubles psychiques que présente cet assuré, en particulier l'épisode dépressif léger à moyen, a [sic] une répercussion sur la capacité de travail de l'assuré par une diminution du rendement de l'ordre de 20%.

EN RESUME :

Notre assuré, manœuvre aux R._____, né en 1958, est protagoniste d'un accident de travail par lequel il subit une grave fracture-dégantage-luxation du pied droit dont le diagnostic figure plus haut et qui nécessitera un traitement chirurgical itératif et laborieux.

Situation actuelle caractérisée subjectivement par la persistance de douleurs, à caractère essentiellement mécanique, parfois insomniantes et météo-sensibles. Dépendance complète de deux cannes anglaises. Fonction du pied pratiquement abolie.

Objectivement, cicatrisation obtenue à tous les niveaux. Importante limitation de mouvements actifs et passifs de la cheville droite, tant en flexion-extension que dans la sous-astraglienne. Couverture cutanée par endroits surabondante, par endroits sans rembourrage

du tout. Troubles sensitifs en relation avec les différentes mesures de chirurgie reconstructive. Marche impossible en charge, sans l'aide de deux cannes anglaises. Cotations des périmètres non contributives en raison de différents gestes chirurgicaux qui en troublent la fiabilité.

Du point de vue médical, à notre avis, seule une amputation pourrait être discutée, probablement au niveau mi-jambe. La plus grande prudence doit être appliquée si cette mesure est envisagée. La médication antalgique reste à notre charge ainsi qu'un suivi médical à hauteur de 1 à 2 contrôles par année.

Du point de vue asséculoologique, la situation semble stabilisée, surtout par le fait qu'aucune mesure complémentaire n'est envisagée d'ordre conservateur ou chirurgical susceptible de modifier de manière déterminante la situation constatée.

Exigibilité :

Activité purement sédentaire, sans nécessité de déplacement ou alors occasionnellement et seulement sur quelques mètres, sans déplacement dans les escaliers, sans nécessité de conduite. Dans ces conditions, on peut estimer, du point de vue purement somatique, qu'une capacité totale pour temps de présence et rendement est immédiatement applicable.»

B. Par décision du 25 juin 2010, l'intimée a mis fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 31 juillet 2010 au soir.

Par décision du 30 juin 2010, la CNA a informé l'assuré qu'elle lui verserait dès le 1^{er} août 2010 une rente mensuelle d'invalidité de 1'479 francs correspondant à une diminution de la capacité de gain de 27% pour un gain assuré de 79'849 francs. Cette décision retenait que l'assuré était capable de déployer une activité légère, essentiellement en position assise durant toute la journée, ce qui lui permettrait par exemple de travailler dans un atelier et de réaliser un salaire mensuel de 4'900 francs. S'agissant des troubles psychogènes invalidants, la CNA considérait qu'ils n'étaient pas en lien de causalité avec l'accident. En outre, la décision accordait également à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 30% de 32'040 francs.

Par courrier de son conseil, Me Olivier Carré, avocat à Lausanne, du 14 juillet 2010, l'assuré s'est opposé à cette décision. Il a exposé en substance pouvoir prétendre à l'octroi d'une rente et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité plus importantes eu égard aux troubles psychiques et à ceux du rachis qu'il présente.

Dans le cadre de la procédure d'opposition, la CNA a soumis le dossier au Dr C._____, membre de la Division Médecine des assurances de son siège et spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, qui a rédigé en langue allemande une appréciation médicale le 11 septembre 2012, dont les conclusions écartaient tout lien de causalité entre l'accident et les douleurs lombaires de l'assuré.

Le 5 mars 2013, l'assuré a produit un rapport du 20 février 2013 du Dr D._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et en traumatologie de l'appareil locomoteur, lequel indiquait qu'il n'avait pas d'éléments suffisants pour ouvrir un dossier d'incapacité de travail en relation avec la pathologie rachidienne lombaire. En conséquence, l'assuré a renoncé à faire valoir ces troubles. Pour le surplus, il a conclu à l'octroi d'une rente à hauteur de 48% - en se fondant notamment sur les constatations de l'OAI (cf. infra let. D) - ainsi qu'à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 45%.

Par décision du 8 mars 2013, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré. En substance, l'intimée a considéré qu'en tenant compte des seules séquelles accidentelles causales, l'assuré avait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, soit purement sédentaire, sans nécessité de déplacements dans les escaliers, sans nécessité de conduite. S'agissant des troubles au rachis, elle a relevé que l'assuré n'alléguait plus qu'ils soient en relation de causalité avec l'accident. Quant aux troubles de la sphère psychique, l'existence d'un lien de causalité naturelle pouvait rester indéterminée dans la mesure où la causalité adéquate devait de toute manière être niée. L'accident devait être qualifié de degré de gravité moyenne stricto sensu et aucun des critères posés par la jurisprudence pour admettre une causalité adéquate avec les troubles psychiques n'était réalisé. S'agissant des possibilités de gain sur l'ensemble du marché du travail équilibré entrant en considération pour l'assuré, l'intimée s'est référée aux descriptifs de postes de travail (ci-après : DPT) figurant au dossier. Enfin, quant à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, elle a considéré que son montant

avait été fixé conformément à l'annexe 3 de l'OLAA qui indemnise la perte d'un pied à 30%.

C. Par acte de son conseil du 23 avril 2013, S. _____ a déféré la décision sur opposition précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Il conclut à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimée pour nouvelle décision dans le sens des considérants.

En substance, le recourant fait valoir que son état de santé peut être considéré comme stabilisé depuis le 1^{er} décembre 2010. Il estime que son gain annuel déterminant doit être augmenté de la valeur d'avantages en nature dont il disposait, soit un abonnement général R. _____ (3'420 fr. par an) et un rabais de 20% sur les produits vendus à la boutique des R. _____, dont la valeur est estimée à 500 fr. par an. S'agissant du degré d'invalidité, il considère qu'il devrait être d'au moins 48% en se référant au degré d'invalidité retenu par l'OAI sans prise en considération des troubles psychiques. Selon le recourant, la prise en compte de l'atteinte psychologique pourrait être envisagée compte tenu de la gravité de l'accident dont il a été victime. Le recourant critique également le taux de 30% reconnu pour l'atteinte à l'intégrité et estime qu'il devrait être fixé à 45% compte tenu des atteintes liées au prélèvement des chairs destinées à la reconstitution du pied lésé, à la dimension psychique et aux problèmes cutanés. A titre de mesures d'instruction, le recourant a requis la production du dossier de l'assurance-invalidité ainsi que la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire.

Dans sa réponse du 13 août 2013, la CNA a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition du 8 mars 2013. En résumé, l'intimée a relevé que, sous l'angle orthopédique, tant le Dr T. _____ que les médecins de la X. _____ avaient retenu que la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée était entière et que le recourant ne produisait aucun document médical permettant de s'écarter des avis précités. S'agissant de la capacité de gain, l'intimée faisait valoir que le recourant n'émettait aucune objection quant aux descriptions de postes de travail retenues. En outre, le revenu avant

invalidité résultait des données recueillies auprès de son employeur et le recourant n'apportait aucune preuve d'éventuels avantages en nature à prendre en compte. S'agissant des troubles psychiques, la question de la causalité naturelle avec l'accident pouvait rester indécise, la causalité adéquate devant de toute manière être niée au vu des critères posés par la jurisprudence. Quant au taux d'indemnité pour l'atteinte à l'intégrité, le recourant n'amenait aucun élément médical permettant de remettre en cause l'appréciation de l'intimée. La CNA a également conclu au rejet de la requête d'expertise, le dossier paraissant suffisamment instruit pour être jugé.

Le 13 novembre 2013, le recourant a répliqué en produisant divers rapports médicaux complémentaires. Dans un rapport du 22 mai 2013, le Dr G. _____, spécialiste FMH en médecine générale et médecin traitant du recourant, relevait que ce dernier avait besoin d'aide pour se vêtir et se dévêtir, se lever lors de certaines occasions et faire sa toilette. En outre, l'utilisation obligatoire de ses cannes anglaises ne lui permettrait pas de se déplacer selon les terrains ou obstacles à l'extérieur. Le recourant a également produit un rapport du 31 octobre 2013 du Dr D. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, spécialiste de la colonne vertébrale, qui se prononce sur l'évolution de la capacité de travail résiduelle du recourant, en particulier avec la pathologie lombaire dont il souffre. Il retient les diagnostics de maladie discale dégénérative en L4/L5 et L5/S1 avec instabilité sévère en L4/L5 associée à une hernie discale antérieure, sténose foraminale mixte bilatérale en L4/L5, une lombosciatalgie avec syndrome irritatif et hyposensibilité de la racine L5 droite, un syndrome douloureux lombo-vertébral mal maîtrisé par le traitement antalgique, avec des anomalies de la statique vertébrale lombaire sur une anomalie d'orientation facettaire L5/S1 et une perte totale de la lordose lombaire, spondylarthrose lombaire prédominant aux derniers étages. Selon ce médecin, l'association des limitations fonctionnelles dues aux lésions rachidiennes et à celles du pied droit interdirait l'exercice de toute activité. Une activité sédentaire ne pourrait être exercée en raison de la pathologie lombaire qui imposerait l'alternance des positions, debout et

assise, alternance qui ne peut pas être réalisée dans le cas présent. Sur la base de ces rapports, le recourant considérait que les perspectives de reprise du travail envisagées par l'intimée n'étaient pas réalistes, notamment parce qu'il ne pouvait se déplacer sur plus de 200 mètres ni sur des terrains irréguliers ou des escaliers et du fait que les positions devaient être alternées du point de vue des douleurs lombaires mais que l'activité debout était contre-indiquée.

Dans sa duplique du 24 mars 2014, la CNA a confirmé son écriture précédente en produisant une appréciation orthopédique datée du 20 février 2014 du Dr V._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et membre de la Division Médecine des assurances de la CNA. Selon ce médecin, *«les rapports médicaux transmis par [le conseil du recourant] ne sont pas susceptibles de modifier la prise de position de la [CNA], puisque d'une part les troubles invalidants au niveau rachidien sur pathologie dégénérative sont sans rapport avec l'accident et, d'autre part, parce qu'il n'y a pas d'éléments susceptibles de faire considérer une péjoration du status séquellaire accidentel au pied droit depuis l'examen médical final réalisé par le médecin d'arrondissement»*.

D. Le 30 septembre 2015, le magistrat instructeur a ordonné la production du dossier du litige opposant le recourant à l'Office de l'assurance-invalidité pour le Canton de Vaud (ci-après : OAI) (AI 153/12) et rejeté les autres mesures d'instruction requises.

On retient du dossier AI 153/12 les éléments suivants :

Le 11 mai 2011, l'OAI a confié un mandat d'expertise au Centre d'expertises médicales de la Q._____. L'expertise a été réalisée par la Dresse F._____, spécialiste en médecine interne, la Dresse H._____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, et le Dr L._____, spécialiste en psychiatrie-psychothérapie, lesquels ont rendu leur rapport le 4 octobre 2011.

Il ressort des conclusions suite au consilium de ce rapport (p. 23 - 28) notamment ce qui suit :

«Diagnostics avec influence essentielle sur la capacité de travail

- *Status après accident professionnel le 02.11.2007 avec :*
 - o *Fracture ouverte du calcanéum droite type IIIb selon Gustilo*
- S92 01
- o *Luxation sous-astragaliennne droite.* S93 0
 - o *Délabrement complet de la peau plantaire jusqu'à mi-pied*
 - o *Status après multiples interventions de chirurgie orthopédique et chirurgie plastique*
 - o *Atteinte du nerf tibiale postérieur et de ses branches (nerf plantaire et externe) ainsi que du nerf saphène externe à droite.*
 - o *Douleurs résiduelles pied droit et cuisse gauche (prise de greffe) M25.57*
 - o *Trouble dépressif récurrent, épisode actuel d'intensité moyenne à sévère, avec F33.3 symptômes psychotiques.*

Diagnostics sans influence essentielle sur la capacité de travail

- *Lombalgies chroniques dans le contexte de troubles statiques et dégénératifs modérés du rachis dorso-lombaire.*
- *Obésité (BMI = 31,47 kg/m²).*

APPRECIATION DU CAS

Monsieur S. _____ est un expertisé de 53 ans, originaire du Kosovo, en Suisse depuis 1963, marié, père de 3 enfants adultes. Sans formation professionnelle, il a travaillé dans un premier temps en Suisse comme maçon puis en tant que manoeuvre aux R. _____ dès 1990; il est victime d'un accident professionnel le 02.11.2007, par écrasement, occasionnant une fracture ouverte du calcanéum droit, traitée par arthrodèse de l'articulation tibio-astragaliennne et greffes successives de peau mince et reconstruction plantaire et du tendon d'Achille par lambeau libre. Pris en charge par la SUVA, il a été à plusieurs reprises hospitalisé à la Clinique X. _____ de [...], mais l'évolution est restée peu favorable, avec échec d'adaptation de chaussures orthopédiques et persistance de marche avec des cannes.

Monsieur S. _____ dépose une demande de prestations auprès de l'OAI le 01.07.2008, requérant l'octroi d'une rente ou de mesures professionnelles; un stage d'orientation professionnelle à l'ORIPH est prévu début 2010 mais stoppé après une semaine, les positions assise et debout prolongées non supportées. L'examen final SUVA a lieu le 30.05.2010, au terme duquel il est conclu à un status après fracture ouverte du calcanéum, épisode dépressif léger à moyen sans syndrome somatique et majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques; l'exigibilité est complète du point de vue orthopédique dans une activité purement sédentaire et les troubles psychiatriques justifient d'une diminution de rendement de 20 %. L'atteinte à l'intégrité est évaluée à 30 %, le taux d'invalidité à 27 % et l'état est considéré comme stabilisé.

L'anamnèse intermédiaire est marquée par la prise en charge dès novembre 2010 par la Doctoresse [...], psychiatre-psychothérapeute à Lausanne, qui atteste d'un état dépressif sévère (rapport de novembre 2010) avec symptômes psychotiques et idées suicidaires. Dans ce contexte, le SMR mandate le Q. _____ pour expertise

multidisciplinaire, relevant entre autre l'absence d'hospitalisation en milieu psychiatrique malgré la gravité de l'atteinte décrite.

Sur le plan rhumatologique, Monsieur S. _____ présente au premier plan des douleurs du pied droit, constantes, insomniantes, qualifiées d'invalidantes, rendant la marche sans cannes impossible; s'y associent des douleurs de la cuisse et du pied, localisées au niveau des prises de greffe. Cliniquement, on note une déformation de l'arrière-pied droit due à la greffe de peau libre, avec retrait du pied à la palpation; le status est largement cicatriciel, tant au niveau du pied droit que de la cuisse gauche, mais les cicatrices sont souples et calmes; le bilan radiologique actuel ne montre ni pincement articulaire, ni arthropathie, mais une ostéopénie diffuse inchangée par rapport aux examens comparatifs de 2009, témoignant de la non utilisation du MI [réd. : membre inférieur] droit.

Monsieur S. _____ se plaint également de lombalgies chroniques, sans sciatalgies associées, évoluant depuis plusieurs années, mais exacerbées par le port de cannes; son dossier médical atteste de lombalgies évoluant depuis 1999, secondaires à un premier accident professionnel (contusion lombaire, motif de consultation rhumatologique avec séjour de réhabilitation en 2005, une discopathie L4-L5 sans signe de hernie discale ou compression articulaire mise en évidence au CT-scan de 2004). Au status, on relève quelques troubles statiques, associés à des douleurs à la mobilisation et percussion du rachis lombaire bas; les documents radiologiques confirment les troubles statiques avec discrète attitude scoliotique et perte de la lordose lombaire.

L'examen a été complété par un consilium orthopédique : notre confrère relève la bonne conservation de la musculature du mollet et de la cuisse droite, mais conclut à une fonction active médiocre, la fonction de marche restant perturbée et ce de manière définitive, rendant les déplacements restreints. Sur le plan strictement orthopédique, la capacité de travail est considérée complète dans une activité adaptée, c'est-à-dire sans nécessité de déplacement ou occasionnellement sur quelques mètres et sans marche d'escaliers ou conduite de véhicule.

Le bilan a été complété par un consilium neurologique, sans ENMG effectué. L'examen des membres inférieurs ne met pas en évidence de déficit radiculaire mais confirme, comme auparavant la Clinique [...] de [...], l'existence d'une atteinte du nerf tibial postérieur et de ses branches, ainsi que du nerf sural à droite, secondaire au délabrement du pied. Sur le plan de la capacité de travail du point de vue neurologique, si l'activité exercée préalablement est inexigible à titre définitif, une activité sédentaire, essentiellement en position assise pourrait être envisagée avec une perte de rendement de 30 %.

De son parcours de vie, nous relevons une enfance passée au sein d'une famille modeste et heureuse, deuxième d'une fratrie de dix enfants, marquée cependant par une précarité financière. Après une scolarité sans particularité et sans formation professionnelle, il va travailler dans l'agriculture avec ses parents; il se marie à l'âge de 22 ans avec une jeune femme de 19 ans, veuve et déjà mère d'une fillette. Le couple aura 4 fils, le premier décédé lors de la guerre du Kosovo. Il arrive en Suisse en 1993, ouvrier du bâtiment pendant quelques années, puis manoeuvre R. _____ dès 1990, activité fortement investie. L'entente familiale actuelle est bonne, Monsieur S. _____ se sentant essentiellement soutenu par ses fils. En 1999, il est victime d'un premier accident professionnel, avec contusion

lomulaire, compliqué de lombalgies chroniques et d'état dépressif; l'état dépressif a été alors traité et s'est apparemment amendé.

Suite au second accident de 2007, il se plaint d'un changement de personnalité. Sur le plan psychiatrique, nous notons un faciès triste, hypomimique et si la maîtrise du français est excellente, on relève des réponses laconiques, des moments d'absence et de distraction, le contenu du discours est pauvre, factuel, l'évocation des affects est limitée et l'expertise est à plusieurs reprises au bord des larmes à l'évocation de son parcours de vie, sans parvenir à commenter son humeur. Il se plaint de tristesse, découragement, anxiété, anhédonie et troubles du sommeil avec cauchemars.

Il présente de plus, depuis quelques mois, des hallucinations auditives, sous forme de sifflets et voix lui étant adressées, source d'importantes inquiétudes.

L'évolution a été clairement défavorable depuis l'accident de 2007, avec réapparition d'un état dépressif déjà diagnostiqué et traité en 1999. De plus, cet état dépressif va en s'aggravant au fil des mois. En mai 2010, l'état dépressif était décrit d'intensité légère à moyenne (Docteur M. _____) alors qu'actuellement il présente les critères pour le qualifier de moyen à sévère avec en plus l'apparition de symptômes psychotiques.

Monsieur S. _____ présente donc sur le plan psychiatrique, un état dépressif récurrent, avec épisode actuel d'intensité moyenne à sévère avec symptômes psychotiques, évoluant malgré la prise en charge psychothérapeutique mise en place depuis novembre 2010.

L'intensité de l'état dépressif et l'accompagnement de symptômes psychotiques ne justifie pas pour autant d'envisager une hospitalisation en milieu psychiatrique qui n'apporterait en aucun cas une amélioration de la situation déjà précaire de l'expertisé. Les capacités de mentalisation limitées de Monsieur S. _____ l'empêchent d'exprimer avec clarté ses souffrances psychologiques. Si la prise en charge psychothérapeutique ambulatoire actuellement en cours est nécessaire, elle reste difficile dans cette situation.

Par rapport à l'appréciation psychiatrique émise en mai 2010, la capacité de travail paraît grandement limitée par la pathologie psychiatrique actuelle.

Globalement, en tenant compte des différents avis médicaux spécialisés émis, rhumatologique, orthopédique et après colloque multidisciplinaire, nous estimons que la capacité de travail résiduelle de Monsieur S. _____ est nulle dans quelque activité que ce soit; il présente des limitations fonctionnelles majeures tant sur le plan somatique (fonction de marche perturbée de manière définitive, douleurs chroniques du MI droit post-traumatiques, avec atteinte neurologique) que psychiatrique (atteinte chronifiée et récurrente, tristesse, anhédonie, idéation suicidaire, symptomatologie psychotique).

La sévérité de l'atteinte psychiatrique justifie en elle-même d'une incapacité de travail totale.

Sur le plan thérapeutique, nous ne pouvons qu'encourager le maintien du suivi psychothérapeutique mis en place auprès de la Dresse [...], qui peut permettre au mieux d'empêcher une aggravation de la situation, sans préjuger pour autant d'une amélioration fonctionnelle à moyen terme.

REPONSES AUX QUESTIONS

• Degré de la capacité de travail résiduelle en % d'activité lucrative exercée (ou des travaux habituels pour les ménagères) avant la survenue de l'atteinte à la santé ?

Actuellement, nous estimons la capacité de travail résiduelle de nulle dans l'activité auparavant exercée, ainsi que dans toute activité que ce soit.

• **A quelle date la capacité de travail a-t-elle subi une réduction de 25% au moins?**

La capacité de travail est diminuée de 25 % au moins depuis le 02.11.2007, date de l'accident professionnel.

• **Comment le degré de capacité de travail a-t-il évolué depuis lors?**

Monsieur S. _____ n'a jamais repris d'activité professionnelle après cette date. Dans l'activité antérieure ou toute activité non sédentaire, la capacité de travail est restée nulle depuis l'accident.

• **Pronostic (de la capacité de travail)?**

Le pronostic peut être qualifié de défavorable en raison de l'importance du trouble psychiatrique devenu chronique, engendrant des limitations fonctionnelles majeures dans sa vie quotidienne (thymie sur le versant dépressif, difficultés de concentration, tristesse, découragement, anhédonie, idées suicidaires).

• **La capacité de travail peut-elle être améliorée par des mesures médicales ?**

Non.

Monsieur S. _____ bénéficie déjà d'une prise en charge psychothérapeutique adéquate.

• **Quelle capacité de travail peut-on espérer par la suite?**

0%.

• **L'assuré est-il d'accord avec ce traitement?**

Oui

• **La capacité de travail peut-elle être améliorée par des mesures d'ordre professionnel?**

Non. Une première tentative de réadaptation par le biais de l'ORIPH s'est rapidement soldée par un échec. Actuellement, la gravité de l'atteinte psychiatrique entraînerait un échec de toute mesure de réadaptation.

• **Un reclassement professionnel est-il judicieux?**

Non.

• **Quelles sont les limitations dues à l'atteinte à la santé (préciser ce qui convient):**

o Position de travail (debout, assis, etc.) : activité sédentaire sans nécessité de déplacement ou alors occasionnel et sur quelques mètres uniquement, pas de déplacement dans les escaliers, pas de conduite de véhicule ;

o Port de charges ;

o Travaux lourds ;

o Autres atteinte psychiatrique chronifiée sous forme d'un état dépressif moyen à sévère, anhédonie, fatigue constante, symptomatologie psychotique.

• **La capacité de travail peut-elle être améliorée par des moyens auxiliaires?**

Non.

• **Quelle capacité de travail peut-on espérer dans un emploi adapté?**

La capacité de travail doit être considérée comme nulle dans quelque activité que ce soit.»

Par décision du 30 mai 2012, reçue le 4 juin 2012 par le conseil de l'assuré, l'OAI a accordé au recourant :

- dès le 2 novembre 2008, une rente basée sur un degré d'invalidité de 100% (soit une rente entière) ;
- dès le 1er août 2009, une rente basée sur un degré d'invalidité de 48% (soit un quart de rente) ;
- dès le 1er décembre 2010, soit trois mois après l'aggravation de son état de santé, une rente entière basée sur un degré d'invalidité de 100%.

Le 20 octobre 2015, le recourant s'est déterminé sur le dossier précité. Il a produit différentes pièces en relation avec une demande d'allocation pour impotent qu'il a déposée le 21 mai 2013, soit postérieurement à la décision de l'OAI précitée et qui ne faisait donc pas l'objet de la procédure devant la Cour de céans. Il fait valoir qu'il résulte de cette demande ainsi que de nouvelles pièces médicales produites qu'il se déplace uniquement à l'aide de deux cannes anglaises et non d'une seule comme le retient la décision attaquée. Le recourant renouvelait en outre sa requête d'expertise, formulant subsidiairement une requête d'audition de «quelques témoins» sur «ce point notamment».

Par écriture du même jour, la CNA a constaté que ses conclusions médicales étaient parfaitement superposables à celles de l'OAI et qu'il n'existait aucun élément médical déterminant permettant de se départir de l'exigibilité médicale retenue par l'intimée. En outre, sur le plan psychique, la CNA a exposé qu'il ressortait clairement des documents du dossier de l'OAI que le recourant souffrait d'un état dépressif réactionnel récidivant depuis 1999, qu'il n'y avait pas de document médical qui permettrait de suspecter une atteinte psychiatrique invalidante au sens de l'AI avant le mois de mai 2010 et que la santé psychique du recourant ne s'était pas dégradée brusquement mais progressivement.

Par arrêt rendu ce jour, la Cour des assurances sociales a partiellement admis le recours déposé par l'assuré contre la décision rendue le 30 mai 2012 par l'OAI et réformé celle-ci en ce sens qu'une

rente entière est allouée au recourant également pour la période comprise entre le 1^{er} août 2009 et le 30 novembre 2010 (AI 153/12).

E. Les parties ne se sont plus exprimées si bien que le dossier a été gardé à juger. La Cour a statué par voie de circulation.

E n d r o i t :

1.

1.1. Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, sous réserve de dérogations expresses (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 devant le tribunal des assurances compétent (art. 56 ss LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, formé le 23 avril 2013 contre la décision sur opposition du 8 mars 2013, le recours a été interjeté en temps utile, compte tenu de la suspension du délai pendant les fêtes de Pâques (art. 60 et 38 al. 4 let. a LPGA). Pour le surplus, répondant aux prescriptions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

1.2. La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; 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

cantonale vaudoise 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).

2. Le litige porte sur l'étendue du droit du recourant aux prestations de l'intimée postérieurement au 31 juillet 2010.

2.1. En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement, d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Les conclusions du recours déterminent, dans le cadre de l'objet de la contestation, le rapport juridique qui reste litigieux (objet du litige). Selon cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige coïncident souvent. Ils sont identiques si la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 413 consid. 1b et 2 avec les références citées; Ulrich Meyer/Isabel von Zwehl, L'objet du litige en procédure de droit administratif fédéral, in : Mélanges en l'honneur de Pierre Moor, Berne 2005, p. 440).

Les différents aspects de la motivation d'une décision font partie de l'objet du litige sur lequel le juge peut être appelé à se prononcer, quand bien même ils ne seraient pas formellement contestés, pour autant que cette motivation concerne l'un des rapports juridiques tranchés dans le dispositif de la décision et contestés par le recourant. Le tribunal ne se prononce toutefois sur les éléments qui forment l'objet du litige, mais qui n'ont pas été contestés, que s'il a des motifs suffisants de le faire en raison des allégations des parties ou d'autres indices ressortant du dossier (ATF 125 V 413 cité et 110 V 48 consid. 4a in fine; Meyer/von Zwehl, op. cit., p. 443 ss.).

2.2. En l'espèce, le recourant admet dans son mémoire de recours de prendre en considération une stabilisation de son état médical au 1^{er} décembre 2010 tandis que l'intimée a considéré que l'état de santé du recourant était stabilisé au plus tard le 31 juillet 2010.

Le recourant conteste ensuite l'appréciation faite par l'intimée selon laquelle il conserverait une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Dans son mémoire de recours, il a dans un premier temps renoncé à faire valoir la prise en compte de ses troubles dorso-lombaires. Il est par la suite revenu sur sa déclaration en produisant notamment un rapport du Dr D. _____ du 31 octobre 2013 selon lequel l'association des limitations fonctionnelles dues aux lésions rachidiennes et à celles du pied droit interdirait l'exercice de toute activité. En outre, le recourant fait également valoir des atteintes psychiques invalidantes qui seraient en lien de causalité avec l'accident.

Ensuite, le recourant conteste le degré d'invalidité admis par l'intimée en faisant valoir qu'il devrait être au moins aussi élevé que celui retenu par l'OAI sans la prise en compte des troubles psychiques soit 48%.

Enfin, le recourant critique le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité retenu par l'intimée, soit 30%, estimant que celui-ci devrait être porté à 45% pour tenir compte des atteintes liées au prélèvement des chairs destinées à la reconstitution du pied lésé, à la dimension psychique et aux problèmes cutanés liés à la mosaïque de greffes de peaux pour la reconstitution du volume du pied.

3. Il y a d'abord lieu d'examiner l'état de santé du recourant, en particulier quelles sont les atteintes à la santé invalidantes qui sont en lien de causalité avec l'accident du 2 novembre 2007 et dont doit répondre l'intimée.

3.1 Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et 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).

L'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA) et à une indemnité journalière s'il est totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident (art. 16 al. 1 LAA).

3.2 Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet 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; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références; TF [Tribunal fédéral] 8C_432/2007 du 28 mars 2008 consid. 3.2.1).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration, le cas échéant le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans le droit des assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1 précité; TF 8C_433/2008 du 11 mars 2009 consid. 3.1).

Lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations

fondées sur l'accident assuré doit être nié (TF 8C_513/2007 du 22 avril 2008 consid. 2 et les références).

Ainsi, si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine; TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.3 et les références).

3.3 En second lieu, le droit à des prestations de l'assurance-accidents implique l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. La causalité doit être considérée comme adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait en cause était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et 125 V 456 consid. 5a et les références; TF 8C_710/2008 du 28 avril 2009 consid. 2).

L'existence d'un rapport de causalité adéquate est une question de droit; elle doit être appréciée sous l'angle juridique et tranchée par l'administration ou le juge, et non par des experts médicaux (ATF 107 V 173 consid. 4b; TF U 493/06 du 5 novembre 2007 consid. 3.1).

En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 118 V 286 consid. 3a; 117 V 359 consid. 6a; TF 8C_718/2010 du 20 octobre 2010 consid. 3.1 in fine; 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1 in fine et les références).

3.4 Il en va différemment en matière de troubles psychiques. La jurisprudence a dégagé des critères objectifs qui permettent de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et de tels troubles développés ensuite par la victime.

Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité, les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification des accidents, 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 (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa; 115 V 403 consid. 5c/aa; TF 8C_175/2010 du 14 février 2011 consid. 4.2; voir également : Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : SVBR 2ème éd. 2007, n° 89 ss). Le Tribunal fédéral a encore récemment précisé que ce qui est déterminant à cet égard, ce sont les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent. La gravité des lésions subies – qui constitue l'un des critères objectifs définis par la jurisprudence pour juger du caractère adéquat du lien de causalité – ne doit être prise en considération à ce stade de l'examen que dans la mesure où elle donne une indication sur les forces en jeu lors de l'accident (TF 8C_77/2009 du 4 juin 2009 consid. 4.1.1 et les références citées; 8C_175/2010 du 14 février 2011 consid. 4.2).

3.5 Dans le cas d'un accident insignifiant ou de peu de gravité, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques doit, en règle ordinaire, être d'emblée niée. Dans les cas d'un accident grave, l'existence d'une relation adéquate doit en règle générale être admise, sans même qu'il soit nécessaire de recourir à une expertise psychiatrique. En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération les sept critères exhaustifs suivants, au regard des seuls aspects physiques, à l'exclusion des aspects psychiques de l'état de santé (ATF 129 V 402 consid. 4.1.1; TF 8C_1007/2012 du 11 décembre 2013 consid. 3 et 8C_312/2007 du 5 juin 2008 consid. 3.2) :

- 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, qui ne saurait être examinée uniquement en fonction de la durée dudit traitement, mais eu égard à l'existence de traitements continus spécifiques et lourds;
- les douleurs physiques persistantes, qui doivent être importantes, sans interruption et crédibles au regard de l'atteinte qu'elles occasionnent sur la vie de tous les jours;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident;
- les difficultés apparues en cours de guérison et les 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 si l'on se trouve à la limite des accidents graves. Il en est ainsi lorsque l'accident considéré apparaît comme l'un des plus graves de la catégorie intermédiaire, à la limite de la catégorie des accidents graves, ou encore lorsque le critère pris en considération s'est manifesté de manière particulièrement importante (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1; TF 8C_1007/2012 du 11 décembre 2013 consid. 3).

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 puisse être admis (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa et bb; 115 V 403 consid. 5c/aa et bb; TF U 308/06 du 26 juillet 2007 consid. 4).

4.

4.1. Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, 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 proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 2c; 105 V 156 consid. 1; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1).

4.2 L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3a; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'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 d'un rapport médical, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a; 134 V 231 consid. 5.1; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

Cela étant, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465).

En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; TF I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1 in : SVR 2008 IV n° 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si des médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (TF 9C_158/2013 du 17 septembre 2013 consid. 2.2).

4.3 L'on ajoutera que l'allégation de douleurs ne saurait suffire pour justifier une invalidité au vu des difficultés, en matière de preuve, à établir leur existence. Ainsi, dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, de telles plaintes doivent être confirmées par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation du droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés. Demeurent réservés les cas où un syndrome douloureux sans étiologie claire et fiable est associé à une affection psychique qui, en elle-même ou en corrélation avec l'état douloureux, est propre à entraîner une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 353 consid. 2.2.2; TF I 421/06 du 6 novembre 2007 consid. 3.1 et la référence citée).

4.4 Si l'administration 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 prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; ATF 131 I 153 consid. 3; 125 I 127 consid. 6c/cc). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. ([Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999; RS 101]; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b; ATF 124 V 90 consid. 4b; 122 V 157 consid. 1d et référence citée).

5.

5.1. En l'espèce, l'intimée a considéré dans la décision attaquée que l'état de santé du recourant était stabilisé au plus tard dès le 25 juin 2010, date à laquelle elle a mis fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière. Dans leur rapport du 31 mai 2010, les Dr T._____ et M._____ ont considéré que, sur le plan asséculogique, la situation semblait stabilisée, surtout par le fait qu'aucune mesure complémentaire d'ordre conservateur ou chirurgical susceptible de modifier de manière déterminante la situation constatée n'était envisagée.

Cette opinion rejoignait celle émise par les Dr K._____ et P._____ de la X._____ qui relevaient dans leur rapport de sortie du 22 janvier 2010 que la situation médicale pouvait être considérée comme stabilisée.

En se prévalant de la décision de l'OAI du 30 mai 2012, le recourant fait valoir que sa situation médicale n'aurait pas été stabilisée avant le 1^{er} décembre 2010. Il ne prend toutefois aucune conclusion tendant à la poursuite du paiement des soins médicaux ou des indemnités journalières. En outre, faute d'opposition déposée dans le délai légal, la décision de l'intimée du 25 juin 2010 mettant fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière est entrée en force.

On doit dès lors considérer du point de vue du droit de l'assurance-accidents que la situation médicale du recourant était stabilisée au plus tard dès le 25 juin 2010, date à laquelle le recourant a atteint le statu quo ante vel sine. Cette stabilisation est par ailleurs confirmée par les pièces médicales au dossier s'agissant de l'aspect purement orthopédique, qui, comme on le verra ci-dessous, est le seul qui soit en lien de causalité adéquate avec l'accident à l'origine de la prise en charge.

5.2. Il n'est pas douteux que les troubles orthopédiques du recourant en lien avec son pied droit sont en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident du 2 novembre 2007.

S'agissant des troubles au rachis, le recourant a d'abord déclaré, dans son mémoire de recours, qu'il renonçait à les faire valoir «dans la mesure de sa capacité résiduelle». Dans le cadre de la procédure administrative, le recourant a en effet échoué à rendre vraisemblable que ses troubles étaient en lien de causalité avec l'événement assuré. Ainsi, dans un rapport du 20 février 2013, le Dr D._____, qui a été consulté par le recourant, a exposé qu'il n'avait pas d'éléments suffisants pour ouvrir un dossier d'incapacité de travail en relation avec la pathologie rachidienne lombaire. Les troubles au rachis ont également fait l'objet d'une appréciation médicale du Dr C._____ du 11 septembre 2012,

rédigée en langue allemande et non traduite. Selon cet expert, il n'y a que peu de données médicales crédibles, s'il en existe, pour admettre un lien entre une fracture du calcanéum et des douleurs lombaires. Il s'est en conséquence prononcé dans sa conclusion contre l'admission d'un lien de causalité entre les douleurs lombaires du recourant et les lésions subies à son pied droit suite à l'événement assuré.

Les documents produits ultérieurement par le recourant ne permettent pas de mettre en doute ces conclusions. Le rapport du 31 octobre 2013 du Dr D._____ fait état de lombalgies préexistantes à l'accident. La symptomatologie douloureuse aurait été aggravée par le fait que le recourant doit marcher de manière systématique à l'aide de cannes anglaises depuis l'événement assuré. Toutefois, le Dr C._____ a exposé dans son rapport qu'il n'existait pas de donnée scientifique pour accréditer l'existence d'un lien de causalité entre ces deux occurrences. Pour le surplus, dans son rapport précité, le Dr D._____ ne met pas en évidence un tel lien de causalité mais estime que certaines limitations fonctionnelles sont les conséquences «associées» de la pathologie séquellaire du pied droit et de celle de la colonne vertébrale. L'emploi de l'adjectif séquellaire uniquement pour la pathologie du pied droit montre bien que ce médecin ne considère pas que la pathologie lombaire est en rapport avec l'événement accidentel du 2 novembre 2007.

En conséquence, tout lien de causalité entre l'événement assuré et les troubles lombaires du recourant doit être écarté. Les limitations fonctionnelles à prendre en considération du point de vue de l'assurance-accidents sont donc uniquement celles qui sont liées à la problématique orthopédique indépendamment des troubles lombaires dont l'intimée n'a pas à répondre.

5.3. S'agissant des troubles psychiques, il faut d'abord relever que, du point de vue de la causalité naturelle, ils ne paraissent pas d'emblée sans rapport avec l'accident. Ainsi, dans leur rapport du 31 mai 2010, les Dr T._____ et M._____ estiment que «ces troubles psychiques sont en relation de causalité naturelle avec l'accident du 2 novembre 2007». Il n'y

a pas de facteurs étrangers à l'accident qui peuvent expliquer leur survenue.

Il convient donc d'examiner le degré de gravité de l'accident. Si l'on se réfère aux cas similaires traités par la jurisprudence, l'accident subi par le recourant le 2 novembre 2007 doit être classé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne stricto sensu.

Cela étant, il y a lieu d'examiner si les différents critères retenus par la jurisprudence pour admettre un lien de causalité adéquate avec d'éventuels troubles psychiques sont remplis en l'espèce.

L'accident dont le recourant a été victime a eu lieu sur le site de la gare de [...]. Son pantalon est resté croché au moment où il tentait de raccorder deux wagons et un essieu du mouvement de manœuvre lui a roulé sur le talon du pied droit. L'accident était donc sérieux mais pas particulièrement impressionnant. En particulier, le recourant n'a pas été traîné par le wagon si bien qu'il n'a pas craint pour sa vie.

Le recourant, qui n'a pas perdu connaissance, était sérieusement blessé mais sa blessure était clairement délimitée, seul le pied droit étant atteint. Les lésions physiques n'étaient donc pas selon le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie de nature à entraîner des troubles psychiques.

Le traitement médical a nécessité plusieurs interventions singulièrement pour reconstituer le pied du recourant au moyen de plusieurs greffes de peau. Si le traitement s'est étendu sur plus de deux ans, il n'avait en revanche pas un caractère continu et n'entraînait pas d'effets secondaires particulièrement lourds à supporter.

L'accident a entraîné pour le recourant des douleurs physiques persistantes au pied droit qui sont confirmées tant dans le rapport final de la CNA que dans l'expertise réalisée dans le cadre de la procédure d'assurance-invalidité.

Aucune erreur dans le traitement médical ne peut être relevée. En outre, la blessure grave du recourant a pu être traitée sans complication majeure, même si les médecins ont constaté dans l'examen médical final que le traitement avait été «laborieux». Les médecins ont en outre constaté que le recourant avait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée un peu plus de deux ans après l'accident.

Au vu de l'analyse ci-dessus, l'on se doit de constater que seul un des critères posés par la jurisprudence est réuni en l'espèce. Or, s'agissant d'un accident de degré de gravité moyenne stricto sensu, il faut un cumul de trois critères sur les sept ou au moins que l'un des critères retenus se soit manifesté de manière particulièrement marquante pour l'accident (par. ex. TF, 8C_434/2013 du 7 mai 2014 consid. 7.1 et les arrêts cités). On notera en particulier que la survenance d'un accident de gravité moyenne présente toujours un certain caractère impressionnant pour la personne qui en est victime, ce qui ne suffit pas en soi à conduire à l'admission de ce critère (voir par comparaison TF, 8C_657/2013 du 3 juillet 2014 consid. 5.3).

Partant, c'est à bon droit que la CNA n'a pas tenu compte des troubles psychiques du recourant dans la décision attaquée.

5.4. Sur la base des atteintes à la santé en lien de causalité avec l'événement assuré, l'intimée a retenu que le recourant conservait une capacité de travail entière pour déployer une activité légère, essentiellement en position assise toute la journée. Le recourant soutient pour sa part que compte tenu de ses empêchements il n'a plus aucune capacité de gain sur un marché du travail équilibré.

Dans leur examen médical du 31 mai 2010, les Drs T. _____ et M. _____ ont retenu au titre de l'exigibilité une activité «purement sédentaire, sans nécessité de déplacement ou alors occasionnellement et seulement sur quelques mètres, sans déplacement dans les escaliers, sans nécessité de conduite».

Le recourant allègue notamment qu'il doit continuer à effectuer tous ses déplacements avec deux cannes anglaises et non une seule comme le retient la décision attaquée. Cela étant, on ne voit pas en quoi cette circonstance serait de nature à l'empêcher d'exercer une activité essentiellement en position assise et qui n'implique pas de déplacement. Il n'y a donc pas de contradiction avec les limitations fonctionnelles retenues par l'intimée.

Pour le surplus, le recourant fait valoir des limitations fonctionnelles résultant d'atteintes à la santé sans lien de causalité avec l'accident. Ainsi, le recourant soutient, en se fondant sur le rapport du Dr D._____ du 31 octobre 2013, qu'il ne peut rester en position assise mais doit au contraire alterner les positions pour soulager ses douleurs lombaires. Toutefois, cet élément est sans pertinence pour évaluer les limitations fonctionnelles dont doit répondre l'intimée soit celles qui sont en lien avec les atteintes à la santé consécutives à l'événement assuré et seulement celles-ci.

Or, il apparaît que, sous l'angle orthopédique, le recourant conserve une pleine capacité de travail pour autant que l'activité exercée soulage entièrement le pied droit qui a pratiquement perdu toute utilité fonctionnelle suite à l'accident dont il a été victime.

Ce constat correspond d'ailleurs à celui auquel les experts médicaux mis en œuvre dans le cadre de la procédure devant l'OAI sont parvenus. Dans leur rapport, les Dr F._____, H._____ et L._____ ont également considéré que, sur le plan strictement orthopédique, la capacité de travail du recourant était complète dans une activité adaptée, c'est-à-dire sans nécessité de déplacement ou occasionnellement sur quelques mètres et sans marche d'escaliers ou conduite de véhicule. L'OAI n'a admis une diminution de rendement, respectivement une incapacité de travail totale, qu'en raison des troubles psychiques qui ne sont pas en lien de causalité adéquate avec l'événement assuré.

Au vu de ce qui précède, il y a lieu de retenir que le recourant a une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles résultant des séquelles en lien de causalité avec l'événement assuré.

5.5. Sur le plan médical, le dossier est complet, permettant ainsi à la Cour de statuer en pleine connaissance de cause. Un complément d'instruction apparaît inutile et la requête d'expertise du recourant ainsi que celle tendant à l'audition de témoins doivent dès lors être rejetées. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 134 I 140 consid. 5.3, 131 I 153 consid. 3 et 130 II 425 consid. 2; cf. TF 9C_748/2013 du 10 février 2014).

6.1. En vertu 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.

A teneur de l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré, et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente.

6.2. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA).

Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptations exigibles (art. 7 al. 1 LPGA).

Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain; de plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA).

On rappellera en outre que la notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance-invalidité et d'assurance militaire. Cela impose une certaine coordination aux institutions d'assurance, qui doivent en principe retenir un même taux d'invalidité pour une même atteinte à la santé. Des divergences ne sont toutefois pas à exclure d'emblée. S'ils ne peuvent pas ignorer purement et simplement l'évaluation de l'invalidité à laquelle a procédé un autre assureur social dans une décision entrée en force, ils doivent s'en écarter s'ils ont des motifs pertinents de le faire. Cela ne sera en principe qu'exceptionnellement le cas. Peuvent constituer des motifs suffisants le fait que l'évaluation contestée repose sur une erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable, qu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré, qu'elle repose sur des mesures d'instruction extrêmement limitées et superficielles ou encore, de manière plus générale, qu'elle ne soit pas du tout convaincante ou qu'elle soit entachée d'inobjectivité (ATF 126 V 288 consid. 3; TFA I 853/05 du 28 décembre 2006 consid. 4.1.1).

Dans un arrêt publié aux ATF 133 V 549, le Tribunal fédéral a précisé sa jurisprudence relative au principe d'uniformité de la notion d'invalidité dans l'assurance sociale en ce sens que l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-accidents n'a pas de force contraignante pour l'assurance-invalidité au sens de l'ATF 126 V 288. Indépendamment de cette précision, le Tribunal fédéral des assurances avait déjà jugé que les organes de l'assurance-invalidité et ceux de l'assurance-accidents étaient tenus de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité, les uns ou les autres ne pouvant 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_813/2012 du 18 mars 2013 consid. 3.4).

6.3 Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (cf. également : TF 8C_125/2010 du 2 novembre 2010 consid. 2; Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit, 2^{ème} éd., Bâle/Genève/Munich 2007, n° 165 p. 898).

La notion de marché du travail équilibré est certes théorique et abstraite mais elle est inhérente au système et trouve son fondement à l'art. 16 LPGA. Cela signifie qu'il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail – ce qui revient à l'assurance-chômage –, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (TF 8C_771/2011 du 15 novembre 2012 consid. 4.2).

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 ; dans la mesure où ils 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 (méthode générale de comparaison des revenus; cf. ATF 128 V 29 consid. 1; TF 9C_195/2010 du 16 août 2010 consid. 6.2; cf. Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 165 pp. 898-899).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente (ATF 129 V 222; TF 9C_254/2010 du 29 octobre 2010 consid. 4.2).

6.4 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 si nécessaire de l'évolution des prix et de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1 et 129 V 222 consid. 4.3.1; TF 9C_651/2008 du 9 octobre 2009 consid. 6.1.2.1).

En l'espèce, l'intimée s'est fondée sur les déclarations de salaire fournies par l'employeur conformément à l'art. 22 al. 4 OAA pour retenir un revenu mensuel, part au 13^{ème} salaire comprise, de 6'880 francs. Le recourant soutient que la valeur d'un abonnement général R. _____ ainsi qu'un montant forfaitaire pour compenser la perte d'un tarif avantageux sur les produits de la boutique des R. _____ devraient être ajoutés à ce montant. Toutefois, il n'apporte pas la preuve que ces avantages en nature aient été considérés par l'employeur ou par les autorités comme un élément du salaire. C'est à tout le moins douteux pour le rabais sur les articles de la boutique R. _____ dans la mesure où il ne s'agit à l'évidence pas d'une prestation régulière. Au vu de ce qui précède, c'est à juste titre que l'intimée a fixé le revenu avant invalidité à 6'880 francs.

6.5. Pour fixer le revenu d'invalidé, il convient de se fonder sur un revenu hypothétique lorsque - comme en l'espèce - l'assuré ne met pas à profit sa capacité de travail après l'accident (cf. Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 170 p. 899). Dans ce cas, la jurisprudence considère que le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base des données salariales publiées par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) (cf. ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 et 126 V 75 consid. 3b/aa avec les références citées; cf. TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3; cf. Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 171 s. p. 900), ou en fonction

des données salariales résultant des DPT établies par la CNA (cf. ATF 135 V 297 consid. 5.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1)

La jurisprudence admet que les DPT, qui reposent sur des postes de travail concrets et permettent de ce fait une approche différenciée des activités exigibles en prenant en compte les limitations dues au handicap de l'assuré, les autres circonstances personnelles et professionnelles, ainsi que les aspects régionaux, constituent une base plus concrète que les données tirées de l'ESS pour apprécier le salaire d'invalidé, même si le Tribunal fédéral a renoncé à donner la préférence à l'une ou l'autre de ces méthodes d'évaluation (cf. ATF 129 V 472 consid. 4.2; cf. Frésard/Moser-Szeless, *op. cit.*, n° 176 p. 901). Pour que le revenu d'invalidé corresponde aussi exactement que possible à celui que l'assuré pourrait réaliser en exerçant l'activité que l'on peut raisonnablement attendre de lui (cf. ATF 128 V 29 consid. 1), l'évaluation dudit revenu doit nécessairement reposer sur un choix large et représentatif d'activités adaptées au handicap de la personne assurée. C'est pourquoi la jurisprudence impose, en cas de recours aux DPT, la production d'au moins cinq d'entre elles (cf. ATF 129 V 472 consid. 4.2.2; cf. TF 8C_809/2008 du 19 juin 2009 consid. 4.2.2 et 8C_4/2008 du 25 juin 2008 consid. 3.2). La jurisprudence exige de plus la communication du nombre total des postes de travail pouvant entrer en considération d'après le type de handicap de l'assuré, ainsi que du salaire le plus haut, du salaire le plus bas et du salaire moyen du groupe auquel il est fait référence. Il s'agit d'assurer une certaine représentativité des DPT produites et de garantir le respect du droit d'être entendu du recourant (cf. ATF 129 V 472 consid. 4.2.2; cf. TF 8C_809/2008 précité consid. 4.2.2). Par ailleurs, il n'y a pas lieu de procéder à une réduction en cas de recours à des DPT car celles-ci prennent déjà en considération la situation particulière de l'assuré. En d'autres termes, 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 justifiée ni admissible (cf. ATF 129 V 472 consid. 4.2.3; cf. TF 8C_715/2008 du 16 mars 2009 consid. 4.3).

En l'occurrence, la CNA s'est fondée sur des descriptions de postes de travail figurant au dossier. Le recourant, qui n'a pas repris

d'activité lucrative depuis l'accident dont il a été victime, se prévaut du degré d'invalidité plus favorable retenu par l'OAI dans sa décision du 30 mai 2012 sur la base des données statistiques de l'enquête suisse sur les salaires, soit 48% sans tenir compte des limitations psychiques justifiant une diminution de rendement de 20%.

Conformément à la jurisprudence rappelée ci-dessus (consid. 6.2.), l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante pour l'assureur-accidents (ATF 131 V 362). On ne peut donc simplement se référer au degré d'invalidité retenu par l'OAI mais il convient bien plutôt d'examiner si l'évaluation à laquelle a procédé l'intimée est conforme au droit fédéral (TF 9C_813/2012 du 18 mars 2013, consid. 3.4.).

En l'occurrence, la CNA a listé plus d'une centaine de DPT et en a sélectionné cinq, à savoir trois comme collaborateur de production, une comme employé de bureau et une comme fabricant d'instruments de mesure. Or, il apparaît que le poste d'employé de bureau ne répond aux qualifications du recourant. Selon le descriptif, il s'agit de saisir au sein d'une entreprise active dans la vente de produits sidérurgiques des bulletins de préparation sur informatique afin de les transformer en bulletins de livraison. L'employé peut en outre être amené à chercher ces bulletins dans les halles, ce qui peut représenter de 1 à 4 déplacements par jour sur 500 mètres aller-retour. Or, de nationalité kosovare, le recourant, bien qu'établi en Suisse depuis 1983, a une maîtrise très partielle du français dans la mesure où il ressort du dossier qu'il a besoin de son fils pour les démarches administratives. Il n'y a en outre aucun élément laissant apparaître qu'il dispose de connaissances informatiques. Enfin, les déplacements nécessités par ce poste ne sont pas en adéquation avec son handicap. Pour le surplus, les DPT retenues par l'intimée sont compatibles avec l'état de santé du recourant, dans la mesure où elles n'impliquent pas de déplacement ni de marche dans les escaliers et permettent d'alterner les positions debout et assise. Cela étant, le nombre des DPT que l'on peut retenir s'avère donc inférieure au seuil de cinq fixé par la jurisprudence précitée.

Force est en outre de constater que le revenu d'invalidé résultant des DPT sélectionnées par l'intimée (4'900 fr.) ne tient pas adéquatement compte de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier.

En matière LAA, il est possible, mais non impératif, de recourir aux statistiques salariales (ESS) pour déterminer le revenu d'invalidé dans le cas où l'assuré n'a repris aucune activité lucrative ou une activité ne correspondant pas à l'exigibilité (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Dans un tel cas, on se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 323 consid. 3b/bb; TF I 7/2006 du 12 janvier 2007 consid. 5.2; Pratique VSI 1999 p. 182).

En outre, une déduction supplémentaire des salaires statistiques peut être opérée dont la mesure 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 135 V 297 consid. 5.2 in fine; 134 V 322 consid. 5.2; 126 V 75 consid. 5b/aa-cc; TF 9C_704/2008 du 6 février 2009 consid. 3).

Dans le cas d'espèce, le salaire de référence pour des hommes effectuant des activités simples et répétitives était, en 2008 (ESS 2012; tableau TA1, niveau de qualification 4, disponible sur le site Internet de l'Office fédéral de la statistique : www.bfs.admin.ch), de 4'806 fr. par mois, part au treizième salaire comprise. En tenant compte de la durée hebdomadaire de travail 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 4'998 fr. 25, correspondant à un salaire annuel de 59'978 fr. 88. Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2008 à

2009 (+ 2.1%; La Vie économique, 10-2006, p. 91, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de 61'238 fr. 45.

On observe que, dans sa décision du 30 mai 2012 retenant les chiffres ci-dessus, l'OAI a tenu compte d'une diminution de rendement de 20% due aux atteintes psychiques. Dans le cadre de l'assurance-accidents, il n'y a pas lieu de retenir cette diminution, faute de lien de causalité avec l'événement assuré.

Cela étant, il y a lieu de retenir un abattement sur le revenu d'invalidité qu'aurait pu réaliser le recourant. Au moment où la décision litigieuse a été rendue, le recourant était âgé de 54 ans; il s'agit en outre d'un travailleur sans formation, de nationalité étrangère et s'exprimant difficilement en français, et qui a œuvré pendant dix-sept ans en tant que manœuvre pour le compte des R._____. Compte tenu de l'ensemble des circonstances, on doit admettre qu'un taux de 15% tel qu'il avait été retenu par l'OAI est approprié. Si le recourant est encore éloigné du seuil à partir duquel le Tribunal fédéral reconnaît généralement que le facteur de l'âge devient déterminant et nécessite une approche particulière (TF 9C_652/2014 du 20 janvier 2015 consid. 4.2 et les références), force est de reconnaître que les autres éléments relatifs à ses circonstances personnelles et professionnelles sont de nature à diminuer ses possibilités de revenu sur un marché de travail équilibré.

Si l'on applique le taux d'abattement de 15% au revenu de 61'238 fr. 45, on obtient un revenu d'invalidité de 52'052 fr. 70. Comparé au revenu sans invalidité de 80'160 fr. (soit 6'680 x 12), il s'ensuit une perte de gain de 28'107 fr. 30, d'où un taux d'invalidité de 35.06%, qui doit être arrondi à 35%.

6.6. En définitive, il y a donc lieu de retenir le résultat de la méthode fondée sur les statistiques salariales qui tient mieux compte des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier et se rapproche donc en l'occurrence plus exactement d'une évaluation concrète du revenu d'invalidité. La décision doit donc être réformée sur ce

point, l'intimée étant chargée de calculer à nouveau le montant de la rente d'invalidité à laquelle a droit le recourant dès le 1^{er} août 2010 en se fondant sur un taux d'invalidité de 35%.

7. En dernier lieu, il s'impose d'examiner la quotité de l'indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (IPAI) octroyée par la CNA, à concurrence d'un taux de 30% alors que le recourant prétend avoir droit à une indemnité de 45% au moins.

7.1 Celui qui, par suite d'un accident assuré, 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 (art. 24 al. 1 LAA).

Aux termes de l'art. 24 al. 2 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité 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. Cette disposition légale ne fixe pas seulement le moment auquel l'assureur-accidents doit statuer sur le droit éventuel à une indemnité pour atteinte à l'intégrité, mais également le moment déterminant auquel les conditions matérielles du droit doivent être examinées. L'assureur doit d'abord statuer sur le droit à la rente avant de rendre sa décision sur l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (TF 8C_221/2012 du 4 avril 2013 consid. 4.2.2; TFA U 105/03 du 23 décembre 2003 consid. 5.2 in : RAMA 2004 n° U 508 p. 265).

D'après 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.

7.2 Faisant notamment usage d'une délégation de compétence prévue à l'art. 25 al. 2 LAA, le Conseil fédéral a édicté l'art. 36 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents; RS 832.202). Selon l'alinéa 2 de cette disposition réglementaire, l'indemnité

pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 OLAA.

Cette annexe comporte un barème - reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 124 V 29 consid. 1b; 124 V 209 consid. 4a/bb; 113 V 218 consid. 2a) - des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent. L'indemnité allouée pour les atteintes à l'intégrité désignées à l'annexe 3 OLAA s'élève, en règle générale, au pourcentage indiqué du montant maximum du gain assuré (ch. 1 al. 1). Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, compte tenu de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2).

La Division médicale de la CNA a établi des tables d'indemnisation en vue d'une évaluation plus affinée de certaines atteintes (Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA). Ces tables n'ont pas valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Toutefois, dans la mesure où il s'agit de valeurs indicatives, destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 OLAA et permettent de procéder à une appréciation plus nuancée, lorsque l'atteinte d'un organe n'est que partielle (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc; TF 8C_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.1).

7.3 Le Tribunal fédéral des assurances a consacré le caractère objectif ou égalitaire de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, qui doit être fixée exclusivement en fonction de la gravité et de la durabilité de l'atteinte et non pas en fonction de la manière dont elle est vécue par l'assuré (ATF 113 V 218 consid. 4). La gravité de l'atteinte s'apprécie selon les constatations médicales. Elle doit être la même pour tous les assurés présentant le même status médical, sur la base des mêmes constatations médicales objectives. Elle est évaluée de manière abstraite, égale pour tous et il n'est pas nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'elle entraîne pour l'assuré concerné ou des effets particuliers ressentis par un assuré donné (ATF 115 V 147 consid. 1; 113 V 218 consid. 4b et les références citées).

Il incombe au premier chef aux médecins d'évaluer l'atteinte à l'intégrité, car, de par leurs connaissances et leur expérience professionnelles, ils sont les mieux à même de juger de l'état clinique de l'assuré et de procéder à une évaluation objective de l'atteinte à l'intégrité (Gilg/Zollinger, Die Integritätsentschädigung nach dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Berne 1984 p. 100 ss; Frei, Die Integritätsentschädigung nach Art. 24 und 25 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, 1998, p. 68). Cette appréciation a lieu sur le plan médico-théorique et les facteurs subjectifs doivent être mis à l'écart. Les circonstances particulières (handicap dans les loisirs, âge, etc.) de l'assuré ne sont pas prises en considération dans la fixation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, ni la manière dont ce dernier ressent les douleurs.

7.4 En l'occurrence, l'intimée s'est fondée sur le barème figurant à l'annexe 3 OLAA fixant à 30% l'indemnité allouée pour la perte d'un pied. L'intimée a donc considéré à juste titre que le recourant avait complètement perdu l'usage de son pied droit. Pour le surplus, il n'y a pas lieu d'allouer au recourant une indemnité supplémentaire du fait du prélèvement des chairs destinés à la reconstitution du pied lésé ainsi qu'aux problèmes cutanés liés aux greffes dans la mesure où le taux de 30% vient déjà compenser entièrement la perte de cet organe. Quant aux autres troubles que fait valoir le recourant, ils ne sont, comme exposé ci-dessus, pas en lien de causalité avec l'événement accidentel si bien qu'il n'y a pas lieu de les prendre en compte pour la fixation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité corporelle.

La décision attaquée doit donc être confirmée dans la mesure où elle fixe à 30% l'atteinte à l'intégrité corporelle pour les séquelles cliniques engageant la responsabilité de l'intimée.

8. Il résulte de l'ensemble des éléments qui précèdent que le recours doit être partiellement admis s'agissant du taux d'invalidité et rejeté pour le surplus.

Le présent arrêt est rendu sans frais, la procédure étant gratuite (cf. art. 61 let. a LPGA; 45 LPA-VD).

Obtenant partiellement gain de cause en étant assisté d'un mandataire professionnel, le recourant a droit à des dépens réduits, qu'il convient de fixer, au vu de l'importance et de la complexité du litige, à 1'500 fr. à la charge de l'intimé, qui succombe (art. 61 let. g LPGA; art. 55 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I. Le recours est partiellement admis.

- II. La décision sur opposition rendue le 8 mars 2013 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est réformée en ce sens que le recourant a droit dès le 1^{er} août 2010 à une rente d'invalidité fondée sur une incapacité de gain de 35% et confirmée pour le surplus.

- III. Il n'est pas perçu de frais.

- IV. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents versera à S._____ un montant de 1500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Olivier Carré, avocat à Lausanne (pour le recourant),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, à Lucerne,
- Office fédéral de la santé publique, à Berne,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :