

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 18 mai 2026

Composition : Mme BERBERAT, présidente
Mmes Di Ferro Demierre et Livet, juges
Greffier : M. Frattolillo

* * * * *

Cause pendante entre :

B. _____, à AA***, recourant, représenté par Me Benoît Sansonnens, avocat à Fribourg,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à Lucerne, intimée, représentée par Me Radivoje Stamenkovic, avocat à Lausanne.

Art. 4, 16 et 52 al. 3 LPGA ; 6 al. 1, 18 al. 1, 19 al. 1 et 24 LAA ; 36 et 100 al. 5 OLAA

En fait :

A. a) B. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en *** et père de deux enfants nés en *** et ***, a travaillé depuis le 30 octobre 2006 en qualité de manutentionnaire-machiniste pour le compte de la société D. _____ SA. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels, ainsi que les maladies professionnelles auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 5 février 2007, à la suite d'une mauvaise manipulation de briques spéciales sur son poste de travail, l'assuré s'est blessé à la main droite, prise en étau entre le rail et les roues d'un tapis roulant (sinistre n° [...]).

Il ressort de l'instruction de la CNA que, des suites de cet événement, l'assuré a souffert d'un écrasement avec dégantage et perte de substance du médius, de l'annulaire et l'auriculaire droits, nécessitant un lambeau thénarien pour le médius (cf. rapport du 4 juillet 2007 du Dr A. _____, spécialiste en chirurgie et médecin conseil de la CNA).

La CNA a pris en charge le cas et a versé des indemnités journalières jusqu'au 14 avril 2008, date à partir de laquelle les médecins de la F. _____ (ci-après : la F. _____) ont considéré qu'il était médicalement apte à travailler à 100 % (cf. décision du 9 avril 2008).

Par décision du 30 juillet 2008, la CNA a octroyé à l'assuré le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 7,5 %.

b) Le 22 janvier 2013, l'assuré, alors employé par G. _____ SA en tant qu'ouvrier en construction et assuré contre les accidents professionnels et non professionnels ainsi que les maladies professionnelles auprès de la CNA, s'est coincé les doigts de la main droite sous une sangle qui retenait du matériel. La CNA a pris en charge le cas (sinistre n° [...]).

Il ressort de l'instruction de la CNA que, des suites de cet événement, l'assuré a souffert d'une diminution de la sensibilité superficielle et vibratoire du médus, de l'annulaire et l'auriculaire droits, et d'une absence de discrimination chaud-froid au niveau de ces doigts (cf. rapport du 10 juin 2013 du Dr E._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et médecin-conseil de la CNA).

Par décision du 9 janvier 2014, la CNA a refusé d'allouer une rente d'invalidité à l'assuré, son taux d'invalidité étant inférieur à 10 % et a estimé qu'il n'y avait pas lieu de revoir l'indemnité pour atteinte à l'intégrité fixée selon la décision du 30 juillet 2008.

Par la suite, l'assuré a subi, le 1^{er} février 2016, une opération d'amputation des phalanges distales du médus et de l'annulaire droits et, le 14 août 2017, une intervention chirurgicale consistant en des corrections des moignons par lipofilling du médus et de l'annulaire droits et une ténotomie-ténolyse des fléchisseurs profonds du médus droit (cf. protocoles opératoires du 1^{er} février 2016 Dr H.____ et du 14 août 2017 de la Dre J._____, spécialistes en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, ainsi qu'en chirurgie de la main).

c) Dans l'intervalle, l'assuré a travaillé depuis le 25 mai 2015 en qualité de préparateur de commandes pour le compte de la société D._____ SA. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels ainsi que les maladies professionnelles auprès de la CNA.

Le 27 février 2016, alors qu'il se trouvait à AB*** pour l'enterrement d'un ami, l'assuré s'est blessé à la cheville droite en voulant éviter des coups lors d'une bagarre (cf. déclaration de sinistre du 11 juillet 2016). Cela a entraîné une fracture Weber C disloquée avec déchirure complète de la syndesmose et arrachement parcellaire au niveau du tubercule de Lefort, ainsi qu'une fracture de la malléole interne et de la malléole postérieure en trois fragments assimilables à un début de pilon, nécessitant une ostéosynthèse de la malléole externe et une plaque de

neutralisation (cf. protocole opératoire du 28 février 2016 des Drs M._____ et N._____, spécialistes en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur). La CNA a pris en charge le cas (sinistre n° [...]).

Du 26 juillet au 30 août 2016 (cf. avis de sortie du 30 août 2016 de la Dre P._____), l'assuré a séjourné à la F._____ en raison de la persistance de douleurs et de limitations fonctionnelles (cf. rapport du 8 septembre 2016 du Dr S._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et de la Dre P._____). Les médecins ont retenu les diagnostics suivants :

« DIAGNOSTIC PRINCIPAL

- *Thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs et limitations fonctionnelles chroniques de la cheville droite et de la main droite.*

DIAGNOSTICS SECONDAIRES

- *Probable conflit avec le matériel malléolaire interne.*
- *Syndrome de tunnel tarsien droit (atteinte sensitivomotrice démyélinisante avec bloc de conduction moteur rétro-malléolaire) et neuropathie surale (légère neuropathie axonale)(ENMG [électroneuromyogramme] du 23.08.2016).*
- *Ténosynovite des péroniers droits.*
- *26.02.2016 : fracture Weber C disloquée avec déchirure complète de la syndesmose et arrachement parcellaire au niveau du tubercule de Lefort ostéosynthésée.*
- *Accident au travail le 05.02.2007 avec :*
 - *plaies pulpaire, par écrasement-dégantage de d3 [médius], d4 [annulaire], d5 [auriculaire] droits, avec perte de substance*
 - *amputation totale de la phalange distale de d4 droit et amputation partielle des phalanges distales de d5 et d4*
 - *fracture ouverte intra-articulaire de la phalange distale de d3 droit.*
- *Révision de plaie, reconstruction du lit unguéal et de la pulpe de d4 et d5 droit, réduction de la fracture de la phalange distale de d3 droit, ostéosynthèse et arthrodèse temporaire de l'IPD par embrochage axial et couverture d'un défaut cutané de d3, par lambeau thénarien le 05.02.2007.*
- *Autonomisation du lambeau thénarien le 15.02.2007.*
- *Raccourcissement des phalanges distales de d3 et d4 droits le 26.07.2007.*
- *02.02.2016 : désarticulation IPD d3, d4 main droite. »*

Le 5 décembre 2016, l'assuré a subi une ablation du matériel d'ostéosynthèse post réduction ouverte et ostéosynthèse pour une fracture bimalléolaire en raison d'une gêne (cf. protocole opératoire du 5 décembre 2016 et rapport médical intermédiaire du 31 janvier 2017 du Dr Y._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur).

A la suite de douleurs et d'une tuméfaction persistantes de la cheville droite (cf. un rapport du 17 février 2017 du Dr C._____, spécialiste en neurologie), l'assuré a une nouvelle fois séjourné à la F._____, du 7 au 28 juin 2017. Dans un rapport du 11 août 2017 relatif à ce séjour, les Drs S._____, et I._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, ont posé les diagnostics, entre autres, de douleurs de la cheville et de la main droites, d'ostéonécrose du tibia distal droit, d'allodynie des moignons d'amputation et de ténosynovite des fléchisseurs des troisième et quatrième rayons de la main droite. Ils ont également proposé un suivi de l'ostéonécrose au Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : CHUV). Ils ont joint à leur rapport notamment les documents suivants :

- un rapport d'électroneuromyogramme du 12 juin 2017, par lequel le Dr Q._____, spécialiste en neurologie, a conclu à une normalisation des paramètres de la conduction motrice du nerf tibial et sensitive du nerf sural à droite et la persistance de discrets signes de dénervation chronique de l'abducteur du gros orteil ;
- un rapport d'ultrason de l'appareil locomoteur du 13 juin 2017, par lequel la Dre T._____, spécialiste en médecine interne général et rhumatologie, a relevé des signes de ténosynovite des fléchisseurs des troisième et quatrième rayons de la main droite avec petite collection liquidienne au niveau de leur face ventrale, sans hypersignal doppler ;
- un rapport de radiographies des chevilles et des pieds du 12 juin 2017, par lequel le Dr O._____, spécialiste en radiologie, indiquait une ostéonécrose du tibia distal droit.

Dans un rapport du 21 août 2017 du CHUV, les Drs BB. _____ et BC. _____, spécialistes en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, ont noté la découverte fortuite d'une zone d'ostéonécrose de l'épiphyse tibiale sans signe d'atteinte, n'expliquant pas les douleurs et ne nécessitant pas non plus de complément d'investigation. Ils ont également relevé que cela évoquait plutôt une tendinite du tibia postérieur au niveau clinique que l'on ne retrouvait pas sur l'IRM (imagerie par résonance magnétique).

Dans un rapport d'examen du 6 décembre 2017, le Dr BD. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin-conseil de la CNA, a fait état d'une situation stabilisée tant pour la main que la cheville droite. En ce qui concerne la cheville droite, il a retenu les limitations fonctionnelles suivantes : la marche en terrain irrégulier, les marches prolongées, la montée et la descente répétée d'échelles, d'escaliers et d'échafaudages ainsi que pour les travaux accroupis ou à genoux. Le médecin-conseil a également estimé que l'assuré était entièrement capable de travailler dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. De même, il ne se justifiait pas d'accorder une indemnité pour atteinte à l'intégrité, celle pour la main restant inchangée.

Dans des rapports des 7 février et 31 mai 2018, le Dr BE. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a conclu à l'absence de répercussion clinique de la zone d'ostéonécrose postéro-latérale du tibia distal et a préconisé une prise en charge par hospitalisation.

Dans un rapport du 31 mai 2018, le Dr R. _____, spécialiste en radiologie, a mis en évidence une très discrète atteinte du nerf médian droit au niveau du poignet, de signification clinique indéterminée, et une absence d'atteinte du nerf ulnaire et de la branche sensitive du nerf radial droit.

Dans un rapport du 21 juin 2018, le Dr H. _____, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive, et esthétique et chirurgie de la main, a

relevé que la problématique principale de l'assuré était la cheville droite, mais en l'absence d'imagerie récente, les résultats donnaient l'impression que le membre inférieur droit était en bon état.

Dans un rapport du 9 juillet 2018, le Dr BF._____, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, a noté qu'en l'absence d'amélioration significative à la suite d'une infiltration, il n'y avait pas d'indication pour une chirurgie de décompression au niveau du nerf tibial au canal tarsien droit. Il n'a également pas trouvé d'autres éléments pouvant expliquer les douleurs de l'assuré.

Dans un rapport du 11 septembre 2018, le Dr C._____ a diagnostiqué une meralgie paresthésique gauche expliquant une partie des plaintes de l'assuré. Ce diagnostic a été confirmé par le Dr BG._____, spécialiste en anesthésiologie (cf. rapport du 10 octobre 2018 du Dr BG._____).

Par décision du 13 septembre 2018, la CNA a refusé d'allouer une rente d'invalidité à l'assuré en raison d'une perte de gain insuffisante, ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité pour les suites de l'accident de 2016. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité consécutive à l'accident de 2007 restait de 7,5 %.

Par acte du 15 octobre 2018, l'assuré, représenté par Me Benoît Sansonnens, a formé opposition à la décision précitée. En substance, il a souligné que son état médical n'était pas encore stabilisé et que l'état de sa cheville droite n'avait pas été correctement investigué, requérant la mise en oeuvre d'une expertise médicale et la poursuite du versement des indemnités journalières. Il a également conclu à l'allocation d'une indemnité équitable pour la défense de ses intérêts par son conseil.

Par courrier du même jour, l'assuré a requis de la CNA d'être mis au bénéfice de l'assistance judiciaire.

Le 4 mars 2019, la CNA a reçu les documents suivants :

- les observations du 1^{er} mars 2019 de l'assuré sur le préavis du 25 juillet 2018 de l'OAI concluant à l'octroi d'une rente entière ;
- un rapport du 16 janvier 2019 du Dr BG._____ faisant état d'une méralgie paresthésique actuellement calme ;
- un rapport des Hôpitaux universitaires de Genève du 6 février 2019, dans lequel les Drs BH._____ et BI._____, spécialistes en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, ont diagnostiqué une algoneurodystrophie chez l'assuré après l'ablation de matériel d'ostéosynthèse consécutive à l'ostéosynthèse d'une fracture complexe de la cheville droite ;
- un rapport du 22 février 2019 par lequel le Dr Y._____ a posé les diagnostics d'ostéonécrose du tibia distal droit et d'atteinte du nerf fémoro-cutané gauche.

Par décision sur opposition du 9 août 2019, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé sa décision du 13 septembre 2018.

Le 30 janvier 2020, l'assuré a subi un curetage de son ostéonécrose du tibia distal droit (cf. rapport du 5 février 2020 du Dr Y._____).

Par avis du 18 mars 2020, le Dr BD._____ a confirmé le lien entre l'opération du 30 janvier 2020 et l'événement du 27 février 2016.

Dans un rapport d'IRM cervicale du 14 avril 2020, le Dr BK._____, spécialiste en radiologie, a mis en évidence des petits remaniements dégénératifs cervicaux étagés.

Le 30 juin 2020, après avoir constaté un mauvais état de santé avec des douleurs principalement de la cheville droite mais également du membre inférieur gauche, ainsi que du rachis associé à un déséquilibre musculaire important nécessitant l'utilisation constante de deux cannes, le Dr Y._____ a proposé à son patient une amputation infra-géniculée droite et l'a adressé au Prof. K._____ pour un avis sur la question (cf. rapport du 31 mars 2020 et courriel du 25 septembre 2020 du Dr Y._____).

Dans un rapport du 10 juillet 2020, le Dr Y. _____ a estimé que l'assuré était incapable de travailler tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, en raison de douleurs, de névralgies, d'un manque de force et du besoin de deux cannes pour se déplacer.

Dans un rapport du CHUV du 24 septembre 2020, le Prof. K. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a estimé qu'il n'y avait pas d'indication pour une amputation aussi longtemps que l'état du patient n'était pas stabilisé au niveau psychologique.

Par rapport médical intermédiaire du 12 novembre 2020, le Dr Y. _____ a émis un pronostic très défavorable et considéré qu'un retour dans le monde du travail était impossible.

Dans un rapport du 26 janvier 2022 du Réseau L. _____ (ci-après : L. _____), la Dre BA. _____ a décrit chez l'intéressé un état dépressif, engendrant des troubles de la concentration et un ralentissement psychomoteur et le rendant incapable de travailler à 100 %.

Dans un avis du 13 juin 2022, le Dr BL. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et médecin-conseil de la CNA, a évoqué un probable lien de causalité entre le trouble dépressif récurrent de l'assuré et les deux accidents subis.

Dans un rapport du 6 juillet 2022 du L. _____, le Dr BM. _____ a constaté que l'assuré restait irritable et qu'il faisait face à une modification pathologique de sa personnalité depuis son accident, se manifestant cliniquement par un isolement social et affectif important et une incapacité à établir et maintenir des relations personnelles.

Dans un avis du 2 août 2022, le Dr BL. _____ a considéré qu'il n'y avait aucun antécédent ou facteurs psychiques étrangers à l'accident de février 2016 et a considéré que les troubles psychiques diagnostiqués

étaient vraisemblablement en lien de causalité avec l'accident. Il a également noté que si l'assuré acceptait de prendre un traitement antidépresseur, l'on pouvait s'attendre à une amélioration clinique et une évolution favorable dans les trois mois suivant la prise de traitement.

Dans un rapport du 3 novembre 2022, le Dr Y. _____ a fait état d'une atteinte du nerf fémoro-cutané gauche, d'une ostéonécrose tibia distal droit avec Südeck, d'une rééducation ouverte et ostéosynthèse du 28 février 2016, d'une ablation du matériel d'ostéosynthèse 5 décembre 2016, d'un curetage et d'une greffe du tibia distal droit le 30 janvier 2020. Il a rediscuté d'une éventuelle amputation avec l'assuré qui n'était pas prêt.

Dans un rapport du 21 décembre 2022, le Dr BM. _____ a relevé que l'état psychique de l'assuré restait le même avec une persistance des symptômes anxiodépressifs, à savoir une humeur déprimée, une anhédonie, une anxiété, des ruminations, une irritabilité et un isolement social et affectif important. Il a décrit son patient comme refusant l'amputation de sa jambe et évoquant des idées suicidaires non scénarisées.

Dans un rapport du 26 mai 2023 du CHUV, le Dr BN. _____ a constaté que l'examen neurologique de l'assuré était rassurant, ne montrant par ailleurs aucun signe de neuropathie motrice ou sensitive.

Dans un rapport du 30 août 2023, le Dr BO. _____, médecin praticien, a notamment retenu ce qui suit :

« Cette personne présente depuis plusieurs années des douleurs non seulement de sa cheville, mais à la fois de son MID [membre inférieur droit] de manière diffuse mais aussi de son MSD [membre supérieur droit], mais aussi thoracique et abdominale, prenant tout l'hémicorps D associées à un déconditionnement tant musculaire focal et global, se traduisant par des dysbalances musculaires et des autolimitations, mais aussi une sensibilisation centrale qui fait partie d'une des causes du CRPS [syndrome douloureux complexe]. Face à une telle situation, avec une absence de dermatomes claires, il faut savoir être très prudent dans toute proposition thérapeutique, et surtout chirurgicale. Dans le cas précis il ne faut pour le moment pas envisager de sanction chirurgicale, mais une approche globale intégrant un soutien

psychologique, avec des approches TCC [thérapie cognitive et comportementale]. »

Dans un rapport du 5 septembre 2023 du L._____, le Dr BP._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et le Dr BQ._____ ont posé les diagnostics de troubles dépressifs récurrents, avec un épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (CIM-10 F 33.2) et une modification durable de la personnalité liée à un syndrome algique chronique (CIM-10 F 62.80), ce dernier diagnostic étant, selon eux, typique lorsqu'un patient subit un traumatisme comme celui de 2016. Ils ont également relaté des troubles de la mémoire à court terme et de la concentration chez l'assuré.

Dans une appréciation médicale du 4 octobre 2023, le Dr BJ._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et médecin-conseil de la CNA, a confirmé le lien de causalité avec l'accident de 2016 et a expliqué qu'on ne pouvait pas s'attendre à une amélioration mais au mieux une stabilisation de l'état psychique de l'assuré.

Dans un rapport d'arthro-IRM de la hanche gauche du 11 mars 2024, le Dr BR._____, spécialiste en radiologie, a conclu à une chondropathie fémoro-acétabulaire de grade II et à une absence de lésion labrale.

Dans un rapport du 7 mai 2024 du L._____, les Dr BP._____ et BQ._____ ont diagnostiqué chez l'assuré un épisode dépressif moyen (CIM-10 F 32.1), une douleur chronique où interviennent des facteurs somatiques et psychiques (CIM-10 F45.41) et une modification durable de la personnalité liée à un syndrome algique chronique (CIM-10 F 62.80).

Dans une appréciation médicale du 6 juin 2024, le Dr BJ._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a retenu qu'en raison d'une dépression sévère, l'assuré était incapable de travailler dans toutes les activités compte tenu de son niveau de formation, et qu'il était fort probable que les troubles psychiques soient durables et chroniques, entraînant une atteinte à l'intégrité.

Dans une estimation de l'atteinte à l'intégrité du 11 juillet 2024, le Dr W._____, médecin praticien et médecin-conseil de la CNA, a estimé l'atteinte à l'intégrité de 10 %, conformément aux tables d'indemnisation pour atteinte à l'intégrité selon LAA, table 5, atteinte à l'intégrité résultant d'arthrose, arthrose moyenne de toute la cheville.

Dans un rapport d'examen clinique du 11 juillet 2024, le Dr W._____ a retenu une fracture complexe de la cheville droite le 27 février 2016, un syndrome douloureux chronique du membre inférieur droit, un status post-ostéosynthèse le 23 février 2016 (*recte* : 2017), un status post-ablation du matériel d'ostéosynthèse le 5 décembre 2016, une ostéonécrose tibio-distale droite le 4 avril 2017, des névralgies paresthésiantes du membre inférieur gauche, un déséquilibre par surcharge musculaire du côté gauche. Le médecin-conseil a fait état d'une situation stabilisée et d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assuré, à savoir les activités nécessitant le port répétitif prolongé de charges de plus de 5-10 kg, la station debout prolongée, le déplacement en terrain irrégulier et l'usage d'échelles ou d'escaliers.

Par communication du 17 juillet 2024, la CNA a indiqué à l'assuré qu'elle mettait fin au paiement des soins médicaux et à l'indemnité journalière avec effet au 31 août 2024.

Par décision du 16 août 2024, la CNA a refusé d'allouer une rente d'invalidité à l'assuré, son taux d'invalidité étant inférieur à 10 %. Elle lui a, en revanche, octroyé une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10 %.

Le 18 septembre 2024, l'assuré, toujours représenté par Me Benoît Sansonnens, a formé opposition contre la décision du 16 août 2024. En substance, il a critiqué l'instruction de la CNA, en se fondant sur les rapports d'expertise du 9 octobre 2023 de Z._____ SA et de la Fondation BS._____, établis dans le cadre de l'instruction de l'OAI, et concluant à l'impossibilité de réinsertion de l'assuré sur le marché du

travail en raison de ses douleurs physiques. Il a également estimé que la CNA était compétente pour verser les prestations découlant d'une pluralité d'accidents. Il a également conclu à l'allocation d'une équitable indemnité pour la défense de ses intérêts de la part de son avocat. Il a joint à son opposition le rapport d'expertise du 9 octobre 2023 de Z. _____ SA, par lequel la Dre X. _____, spécialiste en rhumatologie, le Dr BT. _____, spécialiste en psychiatrie et le Dr U. _____, spécialiste en neurologie, ont conclu à une incapacité totale dans l'activité exercée jusqu'ici et de 50 % dans une activité adaptée depuis le 6 février 2019. Sur le plan rhumatologique, ils ont retenu les limitations fonctionnelles suivantes : activité sédentaire ; changements de position possibles ; pas de travail répétitif avec le poignet/main droite ; pas de travail impliquant des activités motrices fines ou physiques avec le poignet/main droite ; port de charge non-itératif limité à 2.5-5kg à droite ; pas de station debout ; pas de déplacement ni de montée/descente des escaliers itératifs ; pas de travail en hauteur (escabeau, échelle, échafaudage) ; pas de travail en position agenouillée et/ou accroupie ; pas de positions prolongées ou de mouvements itératifs contraignants pour le rachis cervical en flexion/extension/rotation/inclinaison latérale de la nuque ; pas de travail avec des engins émettant des ondes à basse fréquence ; environnement tempéré. Sur le plan psychiatrique, les experts ont considéré que la capacité de travail était de 100 % depuis toujours jusqu'à mars 2020 et qu'elle a ensuite été de 80 %, avec baisse de rendement de 20 %, dans une activité adaptée, à savoir sans trop de stress et sans traitement simultané d'informations multiples.

Dans une appréciation médicale du 17 janvier 2025, le Dr W. _____ a répondu aux questions de la CNA comme suit (sic) :

« 1. Est-ce que les limitations fonctionnelles retenues pour la cheville par la Dre X. _____, dans son rapport d'expertise du 9 octobre 2023, modifient celles détaillées dans le rapport médical du 11 juillet 2024 ?

Les limitations fonctionnelles rapportées par le Dr X. _____, rhumatologue, admettent sur le plan du sinistre qui nous concerne, les mêmes limitations fonctionnelles. A cela, elle rajoute néanmoins le travail en position accroupie ou à genoux ce que nous validons

également et que nous pouvons donc admettre comme limitation supplémentaire.

Les autres limitations fonctionnelles retenues dans le rapport de la Dre X. _____ ne relèvent pas des zones anatomiques touchées par notre sinistre, ce qui explique pourquoi la liste est un peu plus longue, mais dans ces conditions cela ne relève pas de la Suva.

2. Est-ce que comme le retient la Dresse X. _____, la capacité de travail de l'assuré est de 50% sans perte de rendement depuis le début de 2019 en relation avec le problème du membre inférieur droit ? En cas de réponse négative, merci de bien vouloir motiver votre réponse

Pour répondre à cette question, il convient de rapporter intégralement la phrase du rapport du Dr X. _____. Pour ma part, je lis : « 50 % sans perte de rendement depuis début 2019 (...), en relation avec le problème du membre inférieur droit et en tenant compte des rachialgies lombaires en particulier sur le plan rhumatologique.

C'est-à-dire, en conséquence, la capacité de travail de l'assuré était forcément, au moins de 50 % sans baisse de rendement depuis début 2019, puisque ce médecin estime qu'il avait la capacité de la réaliser, alors qu'il avait des pathologies supplémentaires à la nôtre.

On peut estimer qu'en ce qui concerne la responsabilité de la Suva, la capacité de travail de l'assuré était bien de 50 % sans perte de rendement depuis début 2019. »

Par décision sur opposition du 20 février 2025, la CNA a partiellement admis l'opposition et a alloué une rente d'invalidité de 51 % à l'assuré dès le 1^{er} septembre 2024. Au surplus, elle a confirmé sa décision du 16 août 2024. Elle a également refusé d'octroyer l'assistance gratuite d'un conseil juridique, la cause ne présentant pas un degré de complexité particulier tant du point de vue factuel que juridique, et d'allouer des dépens.

B. Par acte du 24 mars 2025, B. _____, sous la plume de son conseil Me Benoît Sansonnens, a interjeté un recours auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision sur opposition précitée en concluant à son annulation (*recte* : réforme) en ce sens qu'une rente entière, ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité entière lui sont octroyées, à l'allocation d'une indemnité équitable pour ses frais de représentation dans le cadre de l'instance d'opposition et à l'allocation de dépens. En substance, il a fait grief à l'intimée de ne pas avoir consulté le dossier de l'assurance-invalidité, dans lequel figurait le rapport

de la Fondation BS._____ concluant à l'impossibilité pour l'intéressée d'exercer une activité sur le marché primaire du travail. Il a également critiqué l'absence d'évaluation globale de son invalidité, découlant d'une pluralité d'accidents. Il a enfin déploré le refus d'octroyer une indemnité à son conseil pour la défense de ses intérêts.

Par réponse du 6 mai 2025, l'intimée, représentée par Me Radivoje Stamenkovic, a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition attaquée. Elle a soutenu que la prise en charge des suites de l'accident du 5 février 2007 s'était terminée en 2013 et que seules les séquelles de l'événement du 27 février 2016 étaient l'objet de la procédure. Elle a aussi soutenu que le volet rhumatologique de l'expertise du 9 octobre 2023 de Z._____ SA confirmait que seuls les problèmes liés à la cheville droite du recourant étaient pertinents pour l'évaluation de la capacité de travail.

Par réplique du 10 juin 2025, le recourant a persisté dans ses conclusions et demandé son audition.

Par duplique du 14 juillet 2025, l'intimée a maintenu sa position.

Le 23 janvier 2026, l'OAI a, sur requête de la juge instructrice, produit son dossier concernant le recourant, dans lequel figuraient notamment :

- un avis médical du 5 février 2024, dans lequel le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) a retenu les diagnostics incapacitants suivants : douleurs chroniques du membre inférieur droit (status post-réduction ouverte et ostéosynthèse fracture bimalléolaire de la cheville droite type Weber C le 26 février 2016, ablation du matériel d'ostéosynthèse le 5 décembre 2016, ostéonécrose du tibia distal avec status post-curetage et greffe du tibia distal droit le 30 janvier 2020), cervicalgies chroniques/cervico-brachialgies droites intermittentes (troubles dégénératifs), lombalgies chroniques, syndrome douloureux chronique, douleurs chroniques de la main et du poignet droits

- (discrets troubles sensitifs séquellaires à l'amputation partielle des phalanges distales de l'index et médium droits), suspicion d'une discrète atteinte du nerf péronier profond droit, épisode dépressif moyen, avec syndrome somatique ;
- un courriel du 11 avril 2024 de l'OAI proposant au recourant la mise en place d'une mesure d'instruction médico-professionnelle auprès de la Fondation BS. _____ à AA***, afin de déterminer si sa capacité de travail résiduelle était exploitable dans l'économie ;
 - un courriel du 16 mai 2024 du directeur Intégration de la Fondation BS. _____ à l'attention de l'OAI, dans lequel il indiquait ne pas avoir fixé une nouvelle date malgré la présence du recourant à la mesure, étant donné que celui-ci avait rencontré des difficultés pour se déplacer et à se projeter au vu de ses limitations fonctionnelles et qu'il allait subir une importante opération chirurgicale au pied ;
 - un courriel du 21 mai 2024 de l'OAI au recourant lui indiquant, entre autres, qu'au vu des difficultés constatées et après réexamen de la situation, la mesure auprès de BS. _____ n'était pas nécessaire, une capacité de travail n'étant pas exigible dans l'économie.

C. Par décision du 18 juillet 2024, l'OAI a octroyé une rente entière d'invalidité à B. _____ dès le 1^{er} novembre 2020.

En droit :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. a) Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents, respectivement le taux à la base de cette prestation, à une indemnité pour atteinte à l'intégrité supérieure à 10 %, ainsi qu'à une indemnité de dépens au niveau de la procédure administrative.

b) Les modifications introduites par la nouvelle du 25 septembre 2015, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017 et modifiant diverses dispositions de la LAA, ne sont pas applicables au cas d'espèce. Selon le ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification, (RO 2016 4388), les prestations d'assurance allouées pour les accidents qui sont survenus avant l'entrée en vigueur de la modification du 25 septembre 2015 sont en effet régies par l'ancien droit.

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

L'art. 4 LPGA définit l'accident comme 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. La notion d'accident repose donc sur cinq éléments, ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable à la santé, le caractère soudain de l'atteinte, son caractère involontaire, un facteur extérieur et le caractère extraordinaire de ce facteur extérieur (ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1 ; TF 8C_337/2024 du 29 novembre 2024 consid. 4).

b) En l'espèce, l'intimée a admis le caractère accidentel de l'événement du 27 février 2016.

4. a) Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAA (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016), si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité.

Selon 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 (première phrase) ; le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (seconde phrase). Il appartient ainsi à l'assureur-accidents de clore le cas en mettant fin aux frais de traitement ainsi qu'aux indemnités journalières, et en examinant le droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ATF 144 V 354 consid. 4.1 ; 143 V 148 consid. 3.1.1 ; 134 V 109 consid. 4.1). L'amélioration de l'état de santé se détermine notamment en fonction de l'augmentation ou de la récupération probable de la capacité de travail réduite par l'accident (TF 8C_642/2023 du 20 mars 2024 consid. 3.1.1).

b) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références ; TF 8C_782/2023 du 6 juin 2024 consid. 4.2.1).

c) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas

échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

d) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

5. a) En l'espèce, l'intimée a considéré que, concernant sa cheville droite, l'état de santé du recourant était stabilisé en se fondant sur le rapport médical du 11 juillet 2024 du Dr W._____. Ce constat n'est pas contesté par le recourant et il est confirmé par les différentes pièces médicales versées au dossier. En effet, la seule intervention susceptible

d'améliorer la situation médicale du recourant consiste en l'amputation du membre inférieur droit, opération considérée toutefois comme prématurée compte tenu de son âge (cf. rapport du 30 août 2023 du Dr BO._____). En tant que cette intervention n'est pour l'instant qu'envisagée, qui plus est à une date indéterminée, elle ne saurait suffire à remettre en cause la date de la stabilisation de l'état de santé retenue par l'intimée.

b) aa) Le recourant reproche en revanche à l'intimée de ne pas avoir consulté le dossier de l'OAI, dès lors qu'il s'agit d'un « cas commun pur ». En d'autres termes, il estime que les constatations faites par l'OAI en matière de limitations fonctionnelles et de capacité de travail permettent de justifier une rente entière d'invalidité tant en matière d'assurance-invalidité que d'assurance-accidents.

bb) Il est lieu de rappeler, contrairement à ce que prétend le recourant, bien que la notion d'invalidité soit en principe identique en matière d'assurance-invalidité et d'assurance-accidents, qu'il n'en demeure pas moins que l'évaluation de l'invalidité par l'assurance-accidents n'a pas de force contraignante pour l'assurance-invalidité (ATF 133 V 549 consid. 6.4), tout comme l'assureur-accidents n'est pas lié par l'évaluation de l'assurance-invalidité (ATF 131 V 362 consid. 2.3 ; TF 8C_66/2022 du 11 août 2022 consid. 4.3). En effet, il se justifie de procéder différemment, dès lors que les conditions d'octroi de prestations d'invalidité diffèrent entre ces deux assureurs, la rente d'invalidité n'étant par exemple versée que si l'invalidité est en lien de causalité naturelle et adéquate avec un accident (TFA I 564/02 du 13 janvier 2004 consid. 4.3). Les organes de l'assurance-invalidité et ceux de l'assurance-accidents sont donc 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 fixée par l'autre assureur (ATF 126 V 288 consid. 2d).

cc) En l'espèce, on ne saurait donc faire grief à l'intimée de ne pas avoir suivi l'analyse de l'OAI, dès lors que, d'une part, elle n'y était pas obligée et que, d'autre part, l'évaluation de l'invalidité opérée par l'OAI

prenait en considération des affections qui n'étaient pas en lien de causalité avec l'événement du 27 février 2016. Il ressort du dossier de l'OAI que, outre les affections au membre inférieur droit, le recourant souffrait également de cervicalgies chroniques/cervico-brachialgies droites intermittentes (troubles dégénératifs), de lombalgies chroniques, d'un syndrome douloureux chronique, de douleurs chroniques à la main et au poignet droits et d'un épisode dépressif moyen, avec syndrome somatique (cf. avis du 5 février 2024 du SMR).

De même, le recourant ne saurait tirer aucun argument du « rapport » de la Fondation BS._____. En effet, il s'agit tout d'abord d'un simple courriel adressé à l'OAI évoquant la non-continuation de la mesure en raison de l'amputation du pied droit prévue (cf. courriel du 16 mai 2024 du directeur Intégration de la Fondation BS._____). Par ailleurs, cette institution ne s'est jamais prononcée sur la capacité de travail de l'intéressé, étant donné que la conclusion selon laquelle aucune activité n'était exigible sur le marché du travail ressort du courriel du 21 mai 2024 de l'OAI au recourant, sans que l'on ne puisse toutefois aisément en saisir les motifs. Il semble plutôt que cette appréciation découle d'une nouvelle évaluation interne de l'OAI, qui ne lie dans tous les cas pas l'intimée.

dd) Pour établir l'incapacité de travail du recourant, l'intimée s'est fondée sur l'appréciation médicale du 17 janvier 2025 du Dr W._____, son médecin-conseil, qui reprenait intégralement les conclusions rhumatologiques du rapport d'expertise du 9 octobre 2023 de Z._____ SA. En tant que document médical le plus détaillé versé au dossier, ce rapport permet d'apprécier avec précision les atteintes présentées par le recourant, leur évolution et leur impact sur sa capacité de travail. On comprend ainsi que la capacité de travail résiduelle de l'intéressé est limitée par ses douleurs au pied droit, mais également par des cervicalgies et des lombalgies chroniques, un déséquilibre musculaire et un syndrome chronique douloureux. Le début de l'incapacité de travail, estimée à 50 %, a été fixé au début de l'année 2019, correspondant à la date du premier rapport posant le diagnostic d'algoneurodystrophie

(cf. ch. 6.3, 7.2 et 8 de l'annexe 1 au rapport du 9 octobre 2023). Sur ce point, il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions de la Dre X._____.

Dès lors que le Dr W._____ se rallie à la position de l'experte, il convient également d'avaliser son appréciation médicale du 17 janvier 2025. A cet égard, il sied de relever que la reconnaissance d'une incapacité de travail de 50 % est favorable au recourant, étant donné qu'elle tient également compte d'atteintes qui ne semblent pas liées à l'accident du 27 février 2016.

c) aa) On ne saurait suivre le recourant lorsqu'il estime qu'il a droit à une rente entière d'invalidité en raison des suites de l'accident du 5 février 2007. En effet, ce sinistre a fait l'objet d'une décision sur opposition non contestée le 9 août 2019 refusant l'octroi d'une rente d'invalidité et octroyant une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 7,5 %. Il ressort de celle-ci que l'état de santé du recourant concernant sa main droite était stabilisé et que sa perte de gain était inférieure à 10 %. En tout état de cause, la Dre X._____ a certes retenu des limitations fonctionnelles en lien avec le membre supérieur droit, lesquelles n'entraînent toutefois aucune répercussion sur la capacité de travail de l'intéressé (cf. rapport d'expertise du 9 août 2023 de Z._____ SA), confirmant ainsi, si besoin, la décision sur opposition précitée. De même, le dernier rapport médical traitant spécifiquement des troubles de la main droite remonte au 31 mai 2018 (cf. rapport du Dr R._____) et le Dr H._____, spécialiste en chirurgie de la main, a relevé peu après que seule la problématique en lien avec la cheville du recourant était encore d'actualité. Dès lors que l'intéressé n'amène pas d'éléments susceptibles de remettre en cause cette appréciation, il n'y a donc pas lieu de s'en écarter.

bb) A cet égard, le recourant fait valoir que l'art. 100 al. 5 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202) oblige l'intimée à lui verser une rente entière d'invalidité vu la pluralité d'accidents.

Selon cette disposition, si les suites d'une pluralité d'accidents donnent droit à une nouvelle prétention à une rente, à une indemnité pour atteinte à l'intégrité ou à une allocation pour impotent, les prestations sont allouées par l'assureur tenu de verser les prestations pour le dernier accident (première phrase). L'application de l'art. 100 al. 5 OLAA suppose donc non seulement la survenance de plusieurs accidents, mais également que les prestations de longue durée auxquels ils donnent droit soient allouées par différents assureurs-accidents (TF 8C_375/2023 du 12 décembre 2023 consid. 6.3). Dès lors que l'intimée était compétente pour tous les accidents dont a été victime le recourant, cette disposition n'est pas applicable en l'espèce.

d) aa) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 et les références). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 140 V 356 consid. 3.2 et la référence ; TF 8C_686/2024 du 4 avril 2025 consid. 3.1.1 ; TF 8C_404/2020 du 11 juin 2021 consid. 6.2.1).

En vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique, il faut d'abord classer 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. Le caractère adéquat du lien de causalité ne peut être admis que si l'accident revêt une importance déterminante dans le déclenchement de l'affection psychique. Ainsi, lorsque l'événement accidentel est insignifiant, l'existence du lien en question peut d'emblée être niée, tandis qu'il y a lieu de le considérer comme établi, lorsque l'assuré est victime d'un accident grave. En revanche, lorsque la gravité de l'événement est qualifiée de moyenne,

la jurisprudence a dégagé un certain nombre de critères objectifs à prendre en considération pour l'examen du caractère adéquat du lien de causalité, dont les plus importants sont les suivants (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références) :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;
- la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ;
- la durée anormalement longue du traitement médical ;
- les douleurs physiques persistantes ;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ;
- les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes ;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

De manière générale, lorsque l'on se trouve en présence d'un accident de gravité moyenne, 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 (TF 8C_394/2024 du 7 janvier 2025 consid. 7.2.1 et les références).

bb) En l'occurrence, les Drs BL._____ et BJ._____ ont estimé qu'il y avait un lien de causalité entre les troubles psychiques et l'événement du 27 février 2016, ainsi que celui de 2007. Finalement, aucune des appréciations médicales du Dr W._____ n'a fait état de l'avis des Drs BL._____ et BJ._____. L'intimée n'a en outre pas évoqué cet aspect dans sa décision du 16 août 2024 ou dans sa décision sur opposition du 20 février 2025. Enfin, le recourant n'a émis aucun grief à cet égard.

cc) Dans ce contexte, on se limitera à constater que les accidents des 5 février 2007 et 27 février 2016 doivent ainsi être qualifiés de gravité moyenne.

dd) Dès lors qu'il s'agit de deux accidents de gravité moyenne, il sied de déterminer si les critères développés par la jurisprudence sont remplis.

En ce qui concerne l'événement du 5 février 2007, il y a lieu de constater que seul le critère de la gravité ou la nature particulière des lésions physiques est réalisé. En effet, l'amputation d'une partie de la main est de nature à laisser des séquelles psychologiques, en particulier pour une personne exerçant une activité manuelle comme celle du recourant. En revanche, pour ce qui est des autres critères, aucun ne semble présent, étant donné que le traitement n'a pas duré de manière anormalement longue, que le recourant ne s'est pas plaint de douleurs persistantes, qu'il n'a pas été fait état d'erreurs médicales ou de complications ayant influées sur la guérison.

Concernant l'accident du 27 février 2016, on peut considérer qu'il a entraîné des douleurs persistantes chez le recourant et qu'il y a eu des complications dans le processus de guérison, dès lors qu'il a souffert d'une ostéonécrose à la suite de l'ablation du matériel d'ostéosynthèse et qu'une amputation du membre inférieur a été envisagée. Comme pour l'événement de 2007, les autres critères permettant de lier les troubles psychiatriques à l'accident ne sont cependant pas réalisés. En effet, les circonstances de l'accident n'étaient pas dramatiques, les fractures des chevilles ne sont pas de nature à entraîner des troubles psychiques, le traitement sur deux ans n'apparaît pas comme anormalement long et le degré ou la durée de l'incapacité de travail ne sont pas disproportionnés. En particulier, il sied également de relever que l'ablation du matériel d'ostéosynthèse du 5 décembre 2016 ne constitue pas une erreur médicale, dès lors qu'elle est consécutive à une gêne ressentie par le recourant et qu'aucun élément au dossier ne permet de penser que l'intervention originelle n'a pas été effectuée dans les règles de l'art.

ee) Au vu de ce qui précède, il convient de constater que les troubles psychiques du recourant ne sont pas en lien de causalité avec les

événements accidentels du 5 février 2007 et du 27 février 2016, dès lors qu'ils ne présentent pas suffisamment de critères objectifs. Cette absence de lien de causalité entre l'atteinte psychique et les événements de 2007 et 2016 n'est au demeurant pas contestée par le recourant.

6. a) Cela étant, il s'agit de déterminer le taux d'invalidité à compter du 1^{er} septembre 2024, lequel a été fixé à 51 % par l'intimée.

b) Pour évaluer le taux d'invalidité, et ainsi le montant de la rente, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA).

c) La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 137 V 334 consid. 3.1.1 ; TF 8C_746/2023 du 7 juin 2024 consid. 4.1).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente (ATF 143 V 295 consid. 4.1.3 et les références).

d) Pour déterminer le revenu sans invalidité avant un accident, il faut rechercher quelles sont les possibilités de gain d'une personne censée utiliser pleinement sa capacité de travail. Peu importe de savoir si la personne assurée mettait à profit, entièrement ou partiellement seulement, sa capacité de travail ; ces éléments sont pris en compte au travers du montant du gain assuré. Le revenu sans invalidité obtenu par une personne assurée travaillant à temps partiel au moment de l'accident est pris en compte à raison de 100 % comme si elle avait une occupation à temps complet. Pour autant, le travailleur à temps partiel devenu invalide à

la suite d'un accident ne sera pas indemnisé dans la même mesure que s'il travaillait à temps complet. La personne assurée gravement invalide, indemnisée en fonction d'un gain assuré calculé sur la base d'une activité à temps partiel subira, concrètement, un préjudice économique - non indemnisé - à partir du moment où elle serait censée exercer une activité à plein temps (ATF 119 V 475 consid. 2 ; TF 8C_244/2015 du 8 mars 2016 consid. 6.2.1).

Le revenu que pourrait réaliser la personne assurée sans invalidité est en principe établi sans prendre en considération les possibilités théoriques de développement professionnel (lié en particulier à un complément de formation) ou d'avancement, à moins que des indices concrets rendent très vraisemblable qu'elles se seraient réalisées. Cela pourra être le cas lorsque l'employeur a laissé entrevoir une telle perspective d'avancement ou a donné des assurances en ce sens. En revanche, de simples déclarations d'intention de la personne assurée ne suffisent pas ; l'intention de progresser sur le plan professionnel doit s'être manifestée par des étapes concrètes, telles que la fréquentation d'un cours, le début d'études ou la passation d'examens (ATF 150 V 354 consid. 5.1 ; 145 V 141 consid. 5.2.1).

e) Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Le revenu effectivement réalisé par la personne assurée après la survenance de l'atteinte à la santé doit être pris en considération si l'activité exercée repose sur des rapports de travail stables et qu'elle met pleinement en valeur la capacité résiduelle de travail et de gain raisonnablement exigible (ATF 143 V 295 consid. 2.2).

Un éventuel salaire social versé par l'employeur n'est pas pris en considération. La preuve d'un tel salaire social est toutefois soumise à des exigences strictes, car on peut partir du principe que les salaires payés équivalent normalement à une prestation de travail correspondante (ATF 141 V 351 consid. 4.2).

f) aa) Lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 148 V 419 consid. 5.2; 148 V 174 consid. 6.2; 143 V 295 consid. 2 ; 139 V 592 consid. 2.3; 135 V 297 consid. 5.2).

bb) Depuis la dixième édition de l'ESS (2012), les emplois sont classés par l'Office fédéral de la statistique (OFS) par profession en fonction du type de travail qui est généralement effectué. Les critères de base utilisés pour définir le système des différents groupes de profession sont les niveaux et la spécialisation des compétences requis pour effectuer les tâches inhérentes à la profession. Quatre niveaux de compétence ont été définis en fonction de neuf grands groupes de professions (voir tableau T17 de l'ESS 2012 p. 44) et du type de travail, de la formation nécessaire à la pratique de la profession et de l'expérience professionnelle (voir tableau TA1_skill_level de l'ESS 2012 ; ATF 142 V 178 consid. 2.5.3). Le niveau 1 est le plus bas et correspond aux tâches physiques et manuelles simples, tandis que le niveau 4 est le plus élevé (ATF 150 V 354 consid. 6.1).

Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1_skill_level), tous secteurs confondus (TF 8C_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222).

cc) La personne assurée peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que le handicap, les années de services, l'âge, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 148 V 174 consid. 6.2 et 6.3 ; 146 V 16 consid. 4.1 ; 126 V 75).

7. a) En l'occurrence, se fondant sur les annexes 9 et 13 de l'annexe II de la Convention nationale du secteur principal de la construction en Suisse 2023-2025 (ci-après : CN 2023-2025 étendue), l'intimée a retenu un revenu sans invalidité de 70'255 fr., correspondant à la rémunération en 2023 des ouvriers de la construction avec connaissances professionnelles (catégorie B) dans le canton de Vaud (zone rouge), versée treize fois l'an et actualisée à 2024 ($[5'372 \text{ fr.} \times 13] + 0,6 \%$).

Dès lors que le recourant avait une rémunération fluctuante en tant que préparateur de commande intérimaire pour la société D. _____ SA, il se justifie d'utiliser les données de la CN 2023-2025 étendue pour déterminer la rémunération du recourant au moment de la naissance du droit à la rente.

En revanche, l'indexation à l'évolution des salaires de 2024 n'a pas été effectuée correctement, étant donné qu'elle se fondait sur les chiffres du premier trimestre. En effet, dès lors que l'intimée a procédé à une révision de son calcul en procédure d'opposition, elle aurait dû utiliser l'estimation trimestrielle la plus récente, à savoir 1,5 % en lieu et place de 0,6 %, ce qu'elle a d'ailleurs fait pour le revenu avec invalidité (cf. *infra* consid. 7b). Ainsi, il convient de retenir un revenu sans invalidité de 70'883 fr. 54, après indexation à 2024.

b) Etant donné que le recourant n'a pas repris d'activité lucrative, il convient de déterminer son revenu avec invalidité en fonction des données statistiques de l'ESS.

Le salaire de référence pour les hommes exerçant des tâches physiques ou manuelles simples dans le secteur privé (production et services) était, en 2022, de 5'305 fr. par mois, part au treizième salaire comprise (ESS 2022, tableau TA1_skill-level, niveau de compétence 1), soit 66'365 fr. 55 par an compte tenu de la durée hebdomadaire de travail dans les entreprises de 41,7 heures (cf. tableau « Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique », établi par l'OFS). En indexant ce montant à l'évolution des salaires nominaux 2023 (1,7 %) et au troisième trimestre 2024 (1,5 %) et en le pondérant à la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée (50 %), on obtient donc un revenu avec invalidité de 34'253 fr. 09 (68'506 fr. 17 x 50 %).

c) Dans son premier calcul du degré d'invalidité, l'intimée avait retenu un abattement de 5 % pour prendre en compte les limitations fonctionnelles du recourant. Dans le second, elle n'a en revanche procédé à aucune déduction supplémentaire.

Au vu de la situation personnelle du recourant, force est de constater qu'un abattement ne se justifie pas. En effet, les limitations fonctionnelles de l'intéressé sont suffisamment prises en compte dans l'évaluation de sa capacité de travail, dès lors qu'elle prend en considération des troubles étrangers à l'accident du 27 février 2016 (cf. *supra* consid. 5b/dd). En outre, on ne saurait considérer que son âge (48 ans), sa nationalité capverdienne ou son titre de séjour (permis d'établissement) constituent un frein à sa réinsertion professionnelle.

d) Partant, il résulte de la comparaison des revenus sans invalidité de 70'883 fr. 54 et d'invalidité de 34'253 fr. 09 aboutit à un degré d'invalidité de 52 %, ouvrant le droit à une rente d'invalidité du même taux en lieu et place de 51 % dès le 1^{er} septembre 2024.

Sur ce point, le recours doit être très partiellement admis.

8. a) Le recourant reproche également à l'intimée une estimation incorrecte de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à laquelle il a droit.

b) Selon l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui, par suite de l'accident, souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité.

Conformément à l'art. 36 al. 1 OLAA, une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie. Elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave. Cette disposition de l'ordonnance a été jugée conforme à la loi en tant qu'elle définit le caractère durable de l'atteinte (ATF 133 V 224 consid. 2.2).

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité vise à compenser le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence, etc.) qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant (ATF 133 V 224 consid. 5.1 et les références ; TF 8C_565/2022 du 5 juin 2023 consid. 3.2).

c) L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre à une rente, lorsque le traitement médical est terminé (art. 24 al. 2 LAA ; voir également art. 19 al. 1, première phrase, LAA).

d) L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 de l'OLAA (art. 36 al. 2 OLAA). Cette annexe comporte un barème des atteintes à l'intégrité en pour cent du montant maximum du gain assuré. Ce barème - reconnu conforme à la loi - ne constitue pas une énumération exhaustive (ATF 124 V 209 consid. 4a/bb ; 124 V 29 consid. 1b ; TF 8C_238/2020 du 7 octobre 2020 consid. 3). Il représente une « règle générale » (ch. 1, première phrase, de l'annexe).

Pour les atteintes qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il y a lieu d'appliquer le barème par analogie, en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1, deuxième phrase, de l'annexe). Le ch. 2 de l'annexe dispose au surplus qu'en cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence, aucune indemnité n'étant toutefois versée dans les cas pour lesquels un taux inférieur à 5 % du montant maximum du gain assuré serait appliqué. A cette fin, la Division médicale de la CNA a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA. Sans lier le juge, ces tables sont néanmoins compatibles avec l'annexe 3 OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc ; TF 8C_656/2022 du 5 juin 2023 consid. 3.3 ; TF 8C_198/2020 du 28 septembre 2020 consid. 3.1) et permettent de procéder à une appréciation plus nuancée, lorsque l'atteinte d'un organe n'est que partielle.

e) En cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité dues à un ou plusieurs accidents, l'indemnité est fixée d'après l'ensemble du dommage (art. 36 al. 3, première phrase, OLAA).

La perte d'intégrité doit être déterminée séparément pour chaque perte. Si un ou plusieurs événements assurés entraînent différentes atteintes à l'intégrité, les pourcentages correspondant aux différentes atteintes doivent être additionnés, pour autant que les atteintes soient clairement établies sur le plan médical et que leurs effets puissent être clairement distingués les uns des autres (ATF 150 V 469 consid. 3 ; 116 V 156 consid. 3, en particulier 3b ; TF 8C_38/2024 du 28 juin 2024 consid. 2.3.2 ; TF 8C_300/2020 du 2 décembre 2020 consid. 4.3 ; TF 8C_19/2017 du 22 mai 2017 consid. 4.4). Par exemple, en cas de perte des deux jambes consécutivement à un accident, les indemnités pour atteinte à l'intégrité, fixées dans les barèmes à 50 % chacune, doivent être additionnées (ATF 150 V 469 consid. 5). Si les effets des différentes atteintes ne peuvent pas être clairement distingués, le résultat doit être vérifié, conformément à la pratique, par rapport à des lésions comparables selon le barème de l'Annexe 3 de l'OLAA, ou faire l'objet d'une comparaison transversale avec une lésion plus importante répertoriée dans ledit barème.

Cela a été le cas, par exemple, en cas d'intolérance résiduelle à la charge d'une jambe avec limitation des mouvements du genou et de la cheville ainsi que d'arthrose, ou en cas de tableau de symptômes comprenant des vertiges, des acouphènes et un trouble de l'équilibre ainsi qu'un trouble psychique, à la suite d'accidents de la circulation (ATF 150 V 469 consid. 3 ; voir notamment : TF 8C_38/2024 du 28 juin 2024 consid. 4 ; TF 8C_826/2012 du 28 mai 2013 consid. 3.4 ; TFA U 100/98 du 30 novembre 1998 consid. 3b et 3c ; RSJ 92/1996 p. 127, TFA U 179/94 ; TFA U 314/98 du 5 juillet 1999 consid. 1 ; TFA U 235/96 du 3 juin 1997 consid. 5b). La perte d'intégrité ne peut toutefois pas dépasser 100 % au total (art. 36 al. 3 OLAA ; ATF 150 V 469 consid. 3 ; 116 V 156 consid. 3b ; TF 8C_812/2010 du 2 mai 2011 consid. 4-6).

9. a) *In casu*, l'intimée s'est fondée sur l'appréciation médicale du 11 juillet 2024 du Dr W._____, selon laquelle il persistait, chez le recourant, une gêne notable de la cheville droite, laissant une boiterie, des difficultés pour les ports de charges, la station debout prolongée, la marche en terrains irréguliers et l'usage d'échelles et d'escaliers. Pour chiffrer l'atteinte à l'intégrité, il s'est référé à la table 5 « Atteinte à l'intégrité résultant d'arthroses » des indemnisations des atteintes à l'intégrité selon la LAA de la CNA (ci-après : table 5).

b) Le recourant estime qu'il a droit à une indemnité entière pour atteinte à l'intégrité en raison de la pluralité d'accidents qu'il a subie. A cet égard, il sied de relever d'emblée que l'art. 100 al. 5 OLAA qu'il a invoqué n'est également pas applicable dans ce contexte, pour les mêmes raisons qu'énoncées plus haut (cf. *supra* consid. 5c/bb).

Sur le plan médical, force est de constater que le recourant n'apporte pas d'éléments permettant de remettre en question l'avis du Dr W._____, ou même d'explications quant à une éventuelle erreur dans l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité. Ainsi, même si le taux de 10 % correspond au plancher de la fourchette des indemnités pour atteinte à l'intégrité pour une arthrose moyenne de toute la cheville de la table 5, elle reste néanmoins cohérente avec les développements du médecin-conseil

de l'intimée. Dans ces conditions, on ne saurait reprocher à l'intimée de ne pas avoir octroyé une indemnité entière pour atteinte à l'intégrité.

c) Partant, c'est donc à juste titre que l'intimée a octroyé une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10 % au recourant. Sur ce point, le recours doit être rejeté.

10. a) Dans son acte de recours, le recourant a également conclu à l'octroi d'une indemnité de dépens pour ses frais de défense dans le cadre de la procédure d'opposition, sans remettre en cause le refus d'assistance administrative prononcée par l'intimée.

b) L'art. 52 al. 3 LPGA dispose que la procédure d'opposition est gratuite (première phrase) et qu'en règle générale, il ne peut être alloué de dépens (deuxième phrase). A cet égard, le Tribunal fédéral a considéré que l'octroi d'une indemnité de dépens à la partie obtenant gain de cause ne peut se fonder ni sur les principes généraux du droit, ni sur les garanties constitutionnelles de procédure. Le droit de procédure applicable au cas concret est ainsi seul déterminant. Interprétant ensuite le texte de l'art. 52 al. 3, deuxième phrase, LPGA, en s'appuyant sur la genèse de cette disposition, il en déduit que le législateur a considéré que l'octroi de dépens en procédure d'opposition n'est admissible et souhaitable que dans une hypothèse : celle où un opposant ne disposant pas de moyens suffisants pour couvrir sa défense obtient gain de cause dans une procédure d'opposition pour laquelle il aurait eu droit à l'assistance juridique gratuite s'il avait été débouté. Cela lie les tribunaux, mais également les autorités chargées d'appliquer la disposition en cause. Cela a pour conséquence que l'éventualité d'une indemnité de dépens fondée sur des raisons formelles, telles qu'une opposition consécutive à une motivation fautivement contraire au droit, n'entre pas non plus en considération (TF 9C_877/2017 du 28 mai 2018 consid. 8.2 et références citées). Il en découle que même dans les cas où la procédure d'opposition présente un degré de difficulté extraordinaire, au point de rendre nécessaire l'assistance d'un avocat, il peut être attendu de l'opposant qu'il rémunère son mandataire s'il en a les moyens, même s'il obtient gain de cause.

c) En l'occurrence, l'intimée a estimé que le recourant ne pouvait être mis au bénéfice de l'assistance administrative, car la présente cause ne présentait pas un degré de complexité particulier tant du point de vue factuel que juridique. Pour sa part, le conseil du recourant a allégué avoir dû se livrer à une intense recherche au niveau des faits et du droit et que son client n'était pas suffisamment à l'aise en français pour s'exprimer par écrit.

Contrairement à ce que semble prétendre l'intimée, on ne saurait qualifier la présente affaire de simple. En effet, il ressort du dossier de l'OAI que le recourant était engagé en parallèle dans une procédure en matière d'assurance-invalidité depuis 2008, pour laquelle il était également représenté par Me Sansonnens depuis 2016 et qui a abouti à l'octroi d'une rente entière d'invalidité le 18 juillet 2024. A cet égard, il sied de constater que sa demande de prestations de l'assurance-invalidité avait fait l'objet d'une décision de refus de l'OAI dans un premier temps avant d'être annulée par la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal le 31 janvier 2023 (CASSO n °AI 95/22 - 36/2023 du 31 janvier 2023) en raison d'une instruction lacunaire. La Cour avait, entre autres, relevé que les imprécisions d'une expertise réalisée en 2021 ne pouvait être remplacée par un simple avis médical du SMR renvoyant aux conclusions de 2017 du médecin-conseil de la CNA (CASSO n °AI 95/22 - 36/2023 du 31 janvier 2023 consid. 8c/aa). Ainsi, on ne saurait considérer comme simple pour un assuré non représenté l'enchevêtrement de deux procédures menées en parallèle pendant presque dix ans, se fondant partiellement sur les mêmes pièces et arrivant tantôt à des résultats similaires, tantôt à des résultats opposés.

Par ailleurs, il appert que la production du rapport de Z. _____ SA par le mandataire a conduit l'intimée à admettre une incapacité de travail de 50 % dans une activité adaptée et octroyer une rente d'invalidité de 51 %. On relèvera à cet égard que bien que l'intimée ait eu connaissance du projet de décision de l'OAI octroyant une rente entière d'invalidité à l'intéressé, elle n'a jamais requis le dossier de l'assurance-invalidité pour en connaître les motifs. Sans le concours de son conseil, il semble donc que le

recourant n'aurait pas pu correctement se défendre en procédure d'opposition.

Pour finir, le recourant est au bénéfice de l'assistance judiciaire au niveau de la présente procédure faute de moyens financiers, de sorte qu'il respecte également cette condition.

d) Au vu de ce qui précède, il convient d'admettre l'allocation de dépens au niveau de la procédure d'opposition et de renvoyer la cause à l'intimée pour qu'elle fixe le montant de l'indemnité due à titre de participation aux honoraires de son conseil conformément à l'art. 52 al. 3 LPGA.

11. Le dossier étant complet et permettant à la Cour de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu de donner suite à l'offre de preuve du recourant, tendant à son audition. Le juge peut mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la conviction qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

12. **a)** En définitive, le recours est partiellement admis en ce sens que le recourant a droit à une rente d'invalidité de 52 % dès le 1^{er} septembre 2024 et à une indemnité de dépens en procédure d'opposition, la cause étant renvoyée à l'autorité intimée sur ce point pour qu'elle en fixe le montant.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir des frais judiciaires (art. 61 let. f^{bis} LPGA).

c) Obtenant partiellement gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, le recourant a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 1'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA

[tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimée qui succombe.

d) La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Me Benoît Sansonnens peut prétendre une équitable indemnité pour son mandat d'office.

La liste des opérations produite par Me Sansonnens ne peut pas être intégralement suivie. En effet, le tarif horaire de 300 fr. sur lequel se fonde la liste ne respecte pas le tarif horaire de 180 fr. prévu par l'art. 2 al. 1 let. a RAJ (règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3), auquel il y a lieu de se référer. En conséquence, il convient de fixer l'indemnité de Me Sansonnens à 2'628 fr. 80, débours et TVA compris (art. 2, 3 al. 2 et 3bis RAJ). L'indemnité d'office n'étant que partiellement couverte par les dépens, le solde, soit 1'628 fr. 80 (2'628 fr. 80 - 1'000 fr.), sera provisoirement supporté par le canton.

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

- I. Le recours est partiellement admis.

- II. La décision sur opposition rendue le 20 février 2025 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accident est réformée en ce sens que B._____ a droit à une rente d'invalidité de 52 % dès le 1^{er} septembre 2024 et qu'il a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil dans la procédure d'opposition, la cause lui étant renvoyée sur ce point pour qu'elle fixe le montant de l'indemnité et prononce une nouvelle décision. La décision sur opposition est confirmée pour le surplus.

- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

- IV. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents doit verser à B._____ la somme de 1'000 fr. (mille francs), à titre de dépens.

- V. L'indemnité d'office de Me Benoît Sansonnens, conseil du recourant, est arrêtée, après déduction des dépens précités, à 1'628 fr. 80 (mille six cent vingt-huit francs et huitante centimes).

- VI. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, tenu au remboursement de l'indemnité du conseil d'office mise à la charge de l'Etat.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Benoît Sansonnens, pour B. _____,
- Me Radivoje Stamenkovic, pour Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office fédéral de la santé publique,

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).

Le greffier :