

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 2 juillet 2018

---

Composition : M. PIGUET, président  
Mmes Brélaz Braillard et Berberat, juges  
Greffier : M. Addor

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**H.**\_\_\_\_\_, à **Z.**\_\_\_\_\_, recourant, représenté par Me Philippe Nordmann,  
avocat à Lausanne,

et

**CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS**, à  
Lucerne, intimée, représentée par Me Didier Elsig, avocat à Lausanne.

---

**Art. 18 al. 1, 19 al. 1, 24 al. 1 et 25 al. 1 LAA ; 36 al. 1 OLAA**

**E n f a i t :**

**A.** Le 27 août 2009, H.\_\_\_\_\_, né en 1953, ouvrier-coffreur de profession, a été victime d'un accident dans le cadre de son travail. Occupé à des travaux de démolition, il a chuté d'une échelle d'une hauteur d'environ 60 cm ; il a subi à cette occasion une fracture de type Weber A de la malléole externe droite, laquelle a été traitée conservativement au moyen d'un plâtre. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) a pris en charge le cas.

Les suites ont été marquées par la persistance de douleurs à la cheville droite, pour lesquelles l'assuré a bénéficié d'un séjour à la Clinique K.\_\_\_\_\_ du 5 janvier au 16 février 2011.

A la suite de ce séjour, H.\_\_\_\_\_ a pu reprendre son activité professionnelle jusqu'au mois de mars 2012, date à partir de laquelle il a cessé définitivement de travailler en raison de gonalgies bilatérales (rapports des docteurs F.\_\_\_\_\_ du 26 avril 2012 ; C.\_\_\_\_\_ du 10 mai 2012 ; L.\_\_\_\_\_ du 2 octobre 2012 ; S.\_\_\_\_\_ des 11 décembre 2012 et 15 janvier 2013).

D'après le rapport médical final établi le 31 mai 2013 par le docteur W.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la CNA, la situation pouvait être considérée comme stabilisée au niveau de la cheville droite ; l'assuré présentait tout au plus un début d'arthrose tibio-tarsienne moyenne. Pour ce médecin, l'assuré conservait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée (sans long déplacement ; sans fréquent déplacement en terrain irrégulier ou en pente ou avec des escaliers ; sans port fréquent de charges de plus de 10 kg). Il a par ailleurs estimé que l'atteinte à l'intégrité du recourant justifiait une indemnisation de 5 %.

Par décision du 11 décembre 2013, la CNA a alloué à H.\_\_\_\_\_ une rente d'invalidité fondée sur une incapacité de gain de 24

% et versé une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 6'300 fr. fondée sur une diminution de l'intégrité de 5 %.

H.\_\_\_\_\_ a formé opposition contre cette décision, alléguant que les séquelles aux deux membres inférieurs - aux deux genoux et à la cheville droite - et les effets des médicaments qu'il prenait entraînaient une incapacité totale de travailler dans toute activité.

Interpellé par la CNA, le docteur W.\_\_\_\_\_ a, par avis des 5 février et 14 mars 2014, indiqué que ni l'accident ni le traitement de la fracture de la cheville droite n'avait pu avoir, au degré de la vraisemblance prépondérante, une influence sur les pathologies des genoux de l'assuré.

Par décision du 10 juin 2014, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré.

**B.** Dans l'intervalle, H.\_\_\_\_\_ avait déposé le 31 juillet 2012 une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI). Par décision du 7 août 2013, l'office AI l'a mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> mars 2013.

**C.** **a)** Par acte du 3 juillet 2014, H.\_\_\_\_\_ a, par l'intermédiaire de Me Philippe Nordmann, avocat à Lausanne, déféré la décision sur opposition rendue le 10 juin 2014 par la CNA devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant, sous suite de frais et dépens, à sa réforme, en ce sens qu'il a droit à une rente d'invalidité de 100 %, subsidiairement de 50 % au moins, et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité supérieure à 5 %. En substance, il reprochait à la CNA de n'avoir pas investigué la question des effets de l'atteinte à la cheville sur ses deux genoux ainsi que la question des effets de la médication sur sa capacité de concentration. Il requérait la mise en œuvre d'une expertise judiciaire.

**b)** Dans sa réponse du 27 octobre 2014, la CNA a conclu au rejet du recours. A son avis, elle était fondée, compte tenu des explications fournies par le docteur W.\_\_\_\_\_, à considérer que l'atteinte structurelle du genou gauche et/ou droit n'avait aucun lien de causalité naturelle avec l'accident de 2009.

**c)** Dans sa réplique du 30 janvier 2015, H.\_\_\_\_\_ a répété que le dossier ne contenait, à son avis, aucune investigation médicale sérieuse concernant l'incidence de l'accident de 2009 sur la problématique des genoux. Il a ajouté que la CNA n'avait pas tenu compte de la symptomatologie dépressive mise en évidence par la Clinique K.\_\_\_\_\_ et que les descriptions de poste de travail (DPT) sur lesquelles la CNA s'était fondée pour procéder à la comparaison de ses revenus n'étaient pas adéquates. Il a renouvelé sa demande tendant à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire et requis la tenue d'une audience publique.

**d)** Dans sa duplique du 17 mars 2015, la CNA a réfuté les arguments avancés par H.\_\_\_\_\_ dans sa réplique du 30 janvier 2015.

**e)** Le 18 mai 2015, H.\_\_\_\_\_ a produit des déterminations complémentaires.

**f)** Par ordonnance du 28 juillet 2015, le Juge instructeur a ordonné la production du dossier constitué par l'office AI.

**g)** Le 22 octobre 2015, le Juge instructeur a ordonné la mise en œuvre d'une expertise orthopédique dont il a confié la réalisation aux docteurs X.\_\_\_\_\_ et P.\_\_\_\_\_.

**h)** Dans leur rapport du 11 mai 2017, les docteurs X.\_\_\_\_\_ et P.\_\_\_\_\_ ont répondu de la manière suivante aux questions des parties :

#### **4. Diagnostics**

##### **4.1 Liste des diagnostics**

4/ Liste complète des diagnostics retenus sur le plan orthopédique et éventuellement comme effets de médications et sur le plan des douleurs ; diagnostic psychique (dépression) ?

1/ Diagnostic(s) orthopédique(s) ?

**1- Status post-fracture malléole externe à droite type Weber A**, non déplacée et consolidée.

**2- Lésion au moins partielle de l'articulation de Chopart** du pied droit, avec arrachement osseux dorso-latéral du processus antérieur du calcanéum (d'allure fraîche, resp. sans consolidation, sur le ct-scanner du 18.11.2009 et consolidée sur le ct-scanner du 06.02.2017).

**3- Arthrose débutante de la cheville droite** avec petite irrégularité du dôme du talus dans sa partie médiale et postérieure et petit ostéophyte de la pointe de la fibula distale.

**4- Troubles dégénératifs débutants du médio-pied** concernant l'articulation entre le naviculaire et le cunéiforme latéral et le cunéiforme latéral et la base du 3<sup>ème</sup> métatarse.

**5- Arthrose tricompartmentale du genou droit**, prédominante en fémoro-patellaire avec ostéophytose importante sur status post-ostéosynthèse par cerclage de la rotule droite.

**6- Arthrose fémoro-tibiale médiale du genou gauche** débutante.

**7- Inflammation du tractus ilio-tibial du genou droit.**

Concernant les effets de médication, il n'est pas constaté pendant l'examen de troubles psychiques ou neuropsychologiques évidents.

#### **4.2 Relation des diagnostics avec l'accident du 27.08.2009**

5/ Parmi les diagnostics retenus, quels sont ceux qui sont en relation - selon l'échelle habituelle exclu, possible, probable, très probable et certain - avec l'accident du 27 août 2009 ?

2/ Diagnostic(s) en relation de causalité naturelle, probable ou certaine avec l'accident du 27 août 2009 ?

a/ Relation de causalité probable ou certaine

La **fracture de la malléole externe** est en relation certaine avec l'accident du 27.08.2009.

La **lésion au moins partielle de l'articulation de Chopart** (respectivement l'arrachement osseux dorso-latéral au niveau de l'articulation calcanéocuboïdienne) est très probablement en relation avec l'accident du 27.08.2009.

En effet, ces deux lésions sont des lésions traumatiques aiguës qui rentrent dans le cadre d'un mécanisme de torsion au niveau de la cheville. Il s'agit de lésions qui sont secondaires à un mouvement forcé en inversion du pied et de la cheville, c'est-à-dire que le pied et la cheville ont un mouvement forcé vers l'intérieur lors du traumatisme. Il s'agit d'un mécanisme typique qui peut engendrer soit une entorse, c'est-à-dire une lésion au niveau des ligaments soit, comme dans le cas de M. H. \_\_\_\_\_, d'un arrachement osseux au niveau de la malléole externe. La position du pied au moment du traumatisme a également entraîné une distraction au niveau de

l'articulation de Chopart au moins dans sa partie latérale (calcanéo-cuboïdienne) avec le même phénomène de traction sur le ligament qui a entraîné l'arrachement à la face dorso-latérale du calcaneum. Il s'agit donc de lésions assez typiques d'un mécanisme fréquent de torsion du pied et de la cheville en inversion. Ces lésions qui sont osseuses présentent un pronostic favorable. Elles nécessitent, dans un premier temps, une immobilisation dont le type et la durée varient habituellement en fonction des symptômes et notamment des douleurs ressenties par le patient. Après la période d'immobilisation, le traitement consiste en une physiothérapie. Après une durée variable mais habituellement comprise entre 6 mois, voire, dans les cas les plus longs, une année on s'attend à une récupération complète et une absence de symptomatologie.

A noter que l'articulation de Chopart est une ligne articulaire entre le calcaneum et le cuboïde, d'une part, et le talus et l'os naviculaire, d'autre part. Cette ligne articulaire est située plus proche de la cheville que la ligne articulaire de Lisfranc, qui sépare les os du tarse des métatarsiens.

**L'arthrose débutante au niveau de la cheville droite** est considérée comme en lien probable avec l'accident du 27.08.2009. En effet, lors du mécanisme traumatique, la position du pied et de la cheville entraîne une mauvaise position du talus par rapport au tibia avec une déviation qui entraîne une hyper-pression du talus dans sa partie médiane contre le plafond du tibia. Ce mécanisme peut créer des lésions chondrales ou ostéo-chondrales dans la partie médiane du dôme du talus. A noter toutefois que la localisation postéro-médiale des lésions ostéo-chondrales du dôme du talus est le plus fréquemment sans lien avec un traumatisme, même si dans le cas présent cela correspond bien avec le mécanisme traumatique.

Il faut préciser que le traumatisme subi lors de l'inversion de la cheville implique l'articulation de la cheville ; il ne s'agit pas uniquement d'une lésion osseuse (fracture de la malléole externe). Des dégâts articulaires (cartilagineux) peuvent survenir et engendrer à long terme une destruction de la surface articulaire, définie comme une arthrose. L'articulation de la cheville comporte une partie entre le tibia et le talus et une autre entre la fibula et le talus.

*b/ Relation de causalité exclue*

Les **troubles dégénératifs du médio-pied**, déjà constatés sur le scanner du 18.11.2009, ne sont pas en relation avec l'accident du 27.08.2009. En effet, ce sont des lésions qui signent une usure ou une surcharge au niveau des articulations concernées et qui nécessitent une évolution longue avant d'apparaître. Elles étaient donc déjà présentes ou respectivement les causes étaient déjà présentes avant l'accident.

Concernant les **gonarthroses droite et gauche**, celles-ci sont plurifactorielles. Concernant le genou droit, le facteur principal de l'arthrose est clairement l'accident subi dans les années 70 ayant entraîné des irrégularités dans l'articulation qui, à long terme, entraînent la destruction du cartilage. Au vu des radiographies, l'évolution est donc clairement antérieure à l'accident. Il est donc évident que l'arthrose des deux genoux, en elle-même, n'est pas en lien avec l'accident du 27.08.2009.

Concernant la décompensation de ces arthroses des genoux entraînant l'apparition ou la péjoration des symptômes et notamment de la douleur, on est face à des causes plurifactorielles :

- l'évolution naturelle de l'arthrose,
- le surpoids,
- la surcharge (du fait d'une immobilisation ou d'une sur-utilisation d'un membre en raison de douleurs contralatérales) et
- le déconditionnement au niveau des genoux (typiquement une diminution de l'activité physique).

Tous ces éléments sont à prendre en compte dans l'aggravation de la symptomatologie des gonarthroses. Le patient signalant des douleurs des genoux plus de deux ans après l'accident, celui-ci ne représente donc pas une cause prépondérante à l'aggravation. La relation de ces douleurs de décompensation de gonarthroses avec l'accident est donc au plus possible.

*c/ Relation de causalité possible*

**L'inflammation du tractus ilio-tibial** du genou droit est également secondaire à différents facteurs avec de manière prépondérante l'arthrose du genou droit. On peut donc le mettre en relation avec l'accident du 27.08.2009 de façon possible, au maximum.

## **5. Mesures thérapeutiques susceptibles d'améliorer l'état de santé de l'assuré**

*6/ Quelles sont les mesures thérapeutiques susceptibles d'améliorer l'état de santé de l'assuré ?*

*3/ En considération des séquelles accidentelles (reconnues, uniquement), existe-t-il des mesures thérapeutiques complémentaires susceptibles d'améliorer l'état de santé de l'assuré ? Dans l'affirmative, quelles sont ces mesures thérapeutiques ?*

Concernant la fracture de la malléole externe et la lésion de l'articulation du Chopart, la situation est maintenant clairement guérie et sans conséquence clinique actuellement.

Concernant l'arthrose débutante au niveau de la cheville et notamment l'ostéophyte de la pointe de la fibula distale qui se retrouve à l'examen avec des douleurs à ce niveau-là, la mise en place de semelles avec un coin supinateur, respectivement la diminution du coin pronateur des semelles que portent le patient pourrait améliorer la situation.

*4/ Existe-t-il des mesures thérapeutiques susceptibles d'améliorer l'état de santé de l'assuré pour des problèmes orthopédiques sans rapport avec l'accident du 27.08.2009 ? Dans l'affirmative, lesquels ?*

Les troubles dégénératifs du pied ne sont pas cliniquement relevant et ne bénéficieraient pas d'un traitement particulier.

L'arthrose tri-compartmentale du genou droit est avancée et peut être une indication à la mise en place d'une prothèse totale du genou.

L'arthrose du genou gauche est peu avancée et, actuellement, aucune mesure ne peut améliorer la situation, respectivement, le patient a déjà bénéficié de physiothérapie sans que ceci n'améliore réellement sa symptomatologie.

L'inflammation du tractus ilio-tibial est également du ressort de la physiothérapie mais sans que jusqu'à présent ceci ait pu montrer une amélioration.

## **6. Exigibilité du travail**

*7/ L'ancienne activité de maçon est-elle encore exigible d'un point de vue médical ?*

Actuellement, au vu des diagnostics orthopédiques retenus, l'activité de maçon n'est plus exigible.

*8/ Si tel n'est pas le cas, quel genre d'autres activités - compte tenu du parcours professionnel de l'expertisé et de sa personnalité - pourraient être exigées médicalement ?*

Compte tenu de l'âge du patient, de sa formation professionnelle et de son parcours mais surtout de ses plaintes subjectives, les possibilités d'exercer une autre activité sont très limitées.

*9/ Y aurait-il des limitations pour des activités de ce genre et si oui lesquelles ?*

Comme indiqué à la réponse à la question 6 ci-dessous, l'arthrose de cheville droite entraîne des limitations dans la capacité à se déplacer notamment sur terrain irrégulier.

Il est clair que la présence concomitante de la gonarthrose, surtout à droite, entraîne des limitations plus importantes avec un travail qui doit permettre de pouvoir régulièrement changer de positions en évitant, de nouveau, les longs trajets sur terrain irréguliers ou en pentes ou les stations debout prolongées.

*10/ S'il y a de telles limitations, se traduisent-elles dans le temps de travail, dans le rendement ou les deux et indiquer si possible, pour chacune (temps et rendement) la proportion de la limitation en pourcent ?*

Si on prend en compte l'ensemble des diagnostics orthopédiques, une activité adaptée pourrait être exigible à 50% du temps de travail avec une diminution du rendement de 20%.

*5/ En considération des seules séquelles accidentelles et en l'état, quelle capacité de travail est exigible dans une activité adaptée au handicap ?*

En retenant uniquement les diagnostics en lien probable ou certain avec l'accident du 27.08.2009 et encore symptomatique, à savoir

l'arthrose de la cheville, une activité professionnelle adaptée pourrait être exigible à 100%.

*6/ Toujours en considération des seules séquelles accidentelles reconnues, quelles limitations sont à considérer, respectivement quel est le descriptif de l'activité exigible ?*

Les limitations seraient ne pas avoir à effectuer de longues marches surtout sur terrain irrégulier ou en pente ni d'effectuer des montées et descentes d'échelle ou escaliers. Une activité en position assise serait idéale.

## **7. Taux d'atteinte à l'intégrité**

*7/ Pour les seules séquelles accidentelles reconnues et en considération de la situation actuelle, mais également de l'aggravation probable (et non seulement possible), à quel pourcentage estimez-vous le taux d'atteinte à l'intégrité ?*

Concernant les seules séquelles accidentelles, à savoir l'arthrose de la cheville qui, à terme, en cas d'aggravation entraînerait une perte de la fonction de l'articulation de la cheville le taux est évalué à 10%.

## **8. Réponses aux questions spécifiques des avocats**

*11/ Question spécifique : l'état des genoux a-t-il pu être aggravé par les séquelles de l'accident, p. ex. en raison d'une surcharge ou d'une démarche vicieuse ?*

Concernant les gonarthroses, comme déjà décrit au point 4.2 b/, l'aggravation de la symptomatologie peut être en lien avec une surcharge ou une démarche vicieuse. Toutefois, dans ces situations de décompensation d'arthrose, il s'agit toujours de causes plurifactorielles dans lesquelles il faut aussi prendre en compte l'évolution naturelle de la maladie, le surpoids et le déconditionnement des suites de l'arrêt de l'activité professionnelle.

*12/ L'usage de moyens auxiliaires (béquilles) est-il médicalement indiqué (donner des précisions quant à la fréquence de cet usage et aux périmètres de marche) ?*

Les béquilles, actuellement, ne sont pas indiquées d'un point de vue médical, dans le sens où elles sont utilisées à but antalgique. Il s'agit donc d'une indication subjective par rapport au ressenti du patient. Les différentes lésions constatées que ce soit au niveau des genoux ou du pied et de la cheville ne nécessitant pas strictement l'utilisation de celles-ci notamment pour effectuer une décharge.

*8/ Les plaintes exprimées et les limitations fonctionnelles constatées du point de vue orthopédique, en particulier au niveau de la cheville et du pied droits, apparaissent-elles en corrélation adéquate avec les atteintes organiques constatées ?*

Les plaintes exprimées n'apparaissent pas toutes clairement en lien avec les lésions organiques connues et constatées. En effet, les douleurs sous malléolaire externe, reproduites à la palpation, peuvent être expliquées par la présence d'un ostéophyte qui entraîne un conflit entre la pointe de la fibula et le talus. Le reste des douleurs du pied et de la cheville ne correspondent pas à des lésions constatées.

*9/ Les troubles de la cheville et au pied droits sont-ils uniquement en rapport avec les séquelles accidentelles ou existe-t-il d'autres diagnostics sans rapport avec l'accident participant à la symptomatologie ? Dans l'affirmative, quels sont les diagnostics ?*

Concernant les plaintes et les limitations fonctionnelles du pied et de la cheville droite, on retient :

- Une arthrose débutante de la cheville en lien probable avec l'accident et qui, actuellement, se traduit par des douleurs au niveau de l'ostéophyte de la fibula
- Les troubles dégénératifs du médio-pied (qui ne sont pas en lien avec l'accident) qui n'ont pas de traduction clinique

En résumé, il n'y a pas d'autre diagnostic sans rapport avec l'accident et qui participe à la symptomatologie du pied et de la cheville.

*10/ Le diagnostic d'entorse du Lisfranc à droite posé au décours de la fracture Weber A de la cheville droite est-il pertinent ? Dans l'affirmative, existe-t-il des séquelles objectivables en rapport avec ce diagnostic ?*

Actuellement, il n'y a pas d'argument pour retenir le diagnostic d'entorse du Lisfranc mais en revanche, il y a clairement eu une lésion au niveau de l'articulation de Chopart. Cette lésion ne présente actuellement plus de séquelles se traduisant par une quelconque symptomatologie clinique.

*11/ La lésion du dôme talien diagnostiquée au décours de la fracture Weber A de la cheville droite est-elle en rapport de causalité naturelle probable avec l'accident ? Dans l'affirmative, cette lésion est-elle liée à des troubles fonctionnels ou douloureux invalidants ?*

La lésion du dôme talien est en lien probable avec l'accident, du fait du mécanisme traumatique comme décrit au point 4.2 a/. Actuellement, cette lésion n'a pas de retentissement clinique (notamment douleur ou manque de mobilité au niveau de l'articulation tibio-talienne) constaté.

*12/ Existe-t-il des troubles fonctionnels ou douloureux à mettre en rapport avec le diagnostic de goutte retenu chez l'assuré ? Dans l'affirmative, de quelle nature et intensité sont ces troubles et quelle est leur localisation ?*

Actuellement, il n'y a aucun signe pouvant indiquer l'implication d'une goutte dans les diagnostics du patient.

**i)** Dans ses déterminations du 22 juin 2017, la CNA a jugé que les constatations des experts étaient superposables aux éléments

médicaux recueillis dans le cadre de son instruction et, partant, qu'elle était parfaitement légitimée à accorder entière valeur probante aux appréciations médicales de son médecin d'arrondissement.

**j)** Dans ses déterminations du 31 août 2017, H.\_\_\_\_\_ a requis de la Cour de céans de pouvoir poser des questions complémentaires aux experts.

**k)** Par courrier du 6 septembre 2017, le Juge instructeur a transmis aux experts le questionnaire complémentaire établi par H.\_\_\_\_\_.

**l)** Les docteurs X.\_\_\_\_\_ et P.\_\_\_\_\_ ont transmis leurs réponses complémentaires le 19 décembre 2017. Celles-ci avaient la teneur suivante :

1. *Il est exposé dans l'anamnèse personnelle (p. 4) que l'expertisé a toujours travaillé comme maçon, dans diverses entreprises en Suisse et dans son pays, en dernier lieu durant 10 ans avant l'accident chez O.\_\_\_\_\_ (de 1999 à 2009). Il est exposé d'autre part (p. 5) que « le patient (est) à l'arrêt de travail à 100% depuis l'accident ». Cela appelle la question complémentaire ci-après :*

*Estimez-vous certain, probable, possible ou exclu que, sans l'accident, les affections estimées non traumatiques ou préexistantes (quoiqu'aggravées par le traumatisme) auraient pu, à elles seules, interrompre la carrière professionnelle de maçon de l'expertisé ?*

Les affections estimées non traumatiques ou préexistantes qui avaient été retenues parmi les diagnostics orthopédiques sont les troubles dégénératifs du médio-pied à droite, les gonarthroses droite et gauche ainsi que l'inflammation du tractus ilio-tibial droit. Concernant les troubles dégénératifs du médio-pied et les gonarthroses bilatérales, il s'agit de phénomènes chroniques d'usure ou de surcharge. L'évolution de ces lésions est donc, habituellement, vers une aggravation. Toutefois, il est difficile de présager du retentissement clinique et donc la gêne qu'elles peuvent engendrer, notamment, dans ce cas, la gêne que cela aurait pu amener au patient en l'absence de traumatisme. Une interruption professionnelle du fait de ces lésions est donc estimée comme possible. A noter que si ces lésions deviennent symptomatiques et gênantes, des possibilités thérapeutiques existent afin d'en diminuer les conséquences et la gêne qui permettent, dans la grande majorité des cas, au patient de retrouver son activité professionnelle.

Concernant l'inflammation du tractus ilio-tibial, de façon isolée, cette atteinte n'entraîne généralement pas d'interruption de l'activité professionnelle.

2. *S'agissant de la prise d'antalgiques et anti-inflammatoires de façon quotidienne (expertise, p. 6), les experts peuvent-ils dire s'il est certain, probable, possible ou exclu que ces médicaments puissent avoir des effets sur l'attention, la concentration et la mémoire, éléments nécessaires pour une éventuelle activité de substitution, p. ex. en atelier ?*

Concernant la médication antalgique et anti-inflammatoire, celle-ci consiste, chez Monsieur H. \_\_\_\_\_, la prise de Tramadol retard, Olfen duo release et de Dafalgan.

Concernant le Paracétamol (Dafalgan), le Compendium ne mentionne pas dans la liste d'effets indésirables des effets de type « troubles de l'attention, de la concentration et de la mémoire ». La prise de ce médicament sur les effets susmentionnés peut être donc considérée comme un lien de causalité exclu.

Concernant le Tramadol retard, le Compendium rapporte dans les effets indésirables, la survenue possible de « confusion » (considéré comme fréquent, c'est-à-dire entre 1 et 10%). Il rapporte aussi des cas de troubles du sommeil (considéré comme rare, c'est-à-dire 0.01 à 0.1%). Le lien de causalité entre la prise de ce médicament et de tels troubles peut être donc considéré comme possible.

Concernant l'anti-inflammatoire (Olfen 75 duo release), le Compendium rapporte dans les listes d'effets indésirables, un risque très rare (< 0.01%) de désorientation, insomnie ou troubles de la mémoire et un risque à une fréquence rare (0.01 à 0.1%) de somnolence. Le lien de causalité entre la prise de cet anti-inflammatoire et les troubles de concentration, mémoire et attention peuvent donc être considérés comme possible.

Il s'agit toutefois de risques rapportés sur une population générale et il ne s'agit pas d'un diagnostic posé chez ce patient.

Pour rappel, lors de l'examen nous n'avons pas constaté de troubles de telles sortes mais avec comme réserve que nous n'avons pas réalisé un bilan neuropsychologique précis.

3. *Pour ce qui est du déroulement de l'expertise, il est indiqué (p. 7) que « le patient est resté debout en appui sur ses deux cannes pendant toute la durée de l'entretien. En effet, le patient dit être inconfortable en position assise du fait des douleurs des genoux ».*

*Au vu de cela, estimez-vous que l'expertisé est en mesure d'effectuer un travail continu, assis, en usine ou en atelier ? De même, s'agissant d'une éventuelle station debout prolongée, estimez-vous que l'assuré peut effectuer un travail debout de manière suivie et en utilisant ses membres supérieurs (c'est-à-dire sans les rendre inutilisables du fait qu'ils doivent tenir les béquilles) ?*

Au vu de la situation lors de l'expertise, on peut actuellement estimer que le patient n'est pas en mesure d'effectuer un travail continu en position assise. Il est également clair qu'une station debout prolongée avec les bras libres est actuellement impossible du fait de l'utilisation des béquilles. Toutefois, comme noté en page

14 de l'expertise, il n'y a, actuellement, pas d'indication médicale à l'utilisation des béquilles qui sont là uniquement à but antalgique.

4. *A la page 9 de l'expertise sont décrites des douleurs et limitations du pied et de la cheville droite. Au vu du fait, signalé par ailleurs, que le patient s'est montré collaborant, estimez-vous ces constatations (douleurs et difficultés de mobilisation) crédibles ou au contraire exagérées par rapport à la situation objective ?*

Le patient a effectivement été tout à fait collaborant pendant l'expertise. Nous estimons donc que les douleurs décrites par le patient sont réelles et reproductibles à la palpation et à la mobilisation. Toutefois, elles semblent disproportionnées par rapport aux lésions objectives retrouvées au niveau de la cheville et du pied.

5. *S'agissant de l'arthrose débutante à la cheville droite (expertise, p. 10-11), il est indiqué qu'il ne s'agit pas uniquement d'une lésion osseuse (fracture de la malléole externe), mais que « des dégâts articulaires (cartilagineux) peuvent survenir et engendrer à long terme une destruction de la surface articulaire, définie comme une arthrose ». Une telle arthrose est-elle de nature à engendrer des douleurs indépendamment même de l'usage de la cheville (p. ex.: la nuit, avec des troubles de sommeil) ?*

L'arthrose entraîne généralement des douleurs plutôt d'ordre mécanique, c'est-à-dire en lien avec l'utilisation et la mobilisation d'une articulation. Ce sont des douleurs qui, généralement, augmentent au cours de la journée. Elles sont habituellement soulagées au repos. En tout cas dans sa forme débutante et hors poussée. En effet, il existe une évolution des douleurs par poussée qui prennent alors un caractère alors plus inflammatoire entraînant à ce moment-là des douleurs nocturnes. L'arthrose de la cheville étant encore actuellement débutante, on peut donc s'attendre à ce qu'il ait des douleurs nocturnes qui entraînent des troubles du sommeil mais de façon épisodique lors de ces éventuelles poussées.

6. *Pour ce qui est des arthroses des genoux, dont la cause traumatique est estimée « au plus possible », les experts maintiennent-il ce point de vue au vu des réflexions ci-après mentionnées dans l'expertise :*

*L'apparition relative tardive des douleurs aux genoux (2 ans après l'accident) ne peut-elle pas être tout de même expliquée dans une certaine mesure par les facteurs suivants, mentionnés également à la page 11 qui, eux, sont clairement consécutifs à l'accident, soit la diminution de l'activité physique, la surcharge en raison de douleurs controlatérales et sans doute le surpoids, en lien avec cette diminution de l'activité physique ?*

Comme noté dans l'expertise (p. 11), le déconditionnement au niveau des genoux (typiquement lié à une diminution de l'activité physique), la surcharge et le surpoids sont des facteurs favorisant la décompensation d'une gonarthrose préexistante. La surcharge et le déconditionnement au niveau des genoux liés aux lésions

traumatiques dues à l'accident ont une durée prévisible de maximum 6 mois, voire une année. Après ce délai, on s'attend à une récupération fonctionnelle au niveau du pied et de la cheville qui permet une activité physique normale sans sous- ou surutilisation au niveau des genoux. Les douleurs au niveau des genoux ayant été rapportées une année après ce délai, l'implication dans cet accident dans la décompensation des douleurs des genoux semblent très peu probable.

**m)** Dans ses déterminations du 20 mars 2018, H.\_\_\_\_\_ a estimé que l'on pouvait retenir, au terme de l'instruction médicale, que l'accident à la cheville et ses séquelles avaient entraîné une longue incapacité de travail, incapacité qui, à son tour, avait contribué à déconditionner des genoux qui fonctionnaient plus ou moins normalement malgré l'arthrose préexistante. Autrement dit, c'était bien l'accident qui avait entraîné une aggravation de cette arthrose préexistante. Actuellement, il ne pouvait plus exercer une activité en position statique debout ou assise. Les effets secondaires des médicaments et l'évolution plus rapide de l'arthrose à cause de l'accident étaient susceptibles d'entraîner des troubles de la concentration et même du sommeil. La CNA devait par conséquent non seulement répondre de l'atteinte à la cheville stricto sensu, mais aussi des conséquences à long terme sur le reste du corps.

**n)** Dans ses déterminations du 23 avril 2018, la CNA a maintenu l'intégralité des conclusions prises dans le cadre de sa réponse du 27 octobre 2014.

**o)** Par courrier du 1<sup>er</sup> mai 2018, le Juge instructeur a informé les parties que la cause était gardée à juger.

**p)** Par courrier du 15 mai 2018, H.\_\_\_\_\_ a indiqué à la Cour de céans qu'il renonçait à la tenue d'une audience de débats publics.

**E n d r o i t :**

**1. a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (art. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36]) et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

**2.** Le litige a pour objet le point de savoir si le recourant peut prétendre à une rente et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de l'assurance-accidents, singulièrement les taux à la base de ces prestations.

**3.** Les modifications de la LAA introduites par la novelle du 25 septembre 2015 (RO 2016 4375), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2017, ne sont pas applicables au cas d'espèce. En vertu du 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 et pour les maladies professionnelles qui se sont déclarées avant cette date sont en effet régies par l'ancien droit.

**4. a)** Selon l'art. 18 al. 1 LAA, l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident.

**b)** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie

des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). 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).

**c)** 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.

**5. a)** L'obligation éventuelle de l'assureur d'allouer ses prestations suppose un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans la survenance de l'événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé. En effet, il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur les renseignements médicaux, et qui doit être tranchée à l'aune du principe du degré de vraisemblance prépondérante, appliqué généralement à l'appréciation des preuves en matière d'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations

fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 402 consid. 4.3; TF 8C\_858/2008 du 14 août 2009 consid. 3).

**b)** Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre 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, 402 consid. 2.2; 125 V 456 consid. 5a et les références). En tant que principe répondant à la nécessité de fixer une limite raisonnable à la responsabilité de l'assureur-accidents social, la causalité adéquate n'a pratiquement aucune incidence en présence d'une atteinte à la santé physique en relation de causalité naturelle avec l'accident, du moment que dans ce cas l'assureur répond aussi des atteintes qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références).

**6.** Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. A cet égard, il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées

par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3 ; TF 9C\_22/2011 du 16 mai 2011 consid. 5).

**7. a)** En l'espèce, il n'est pas contesté que le recourant présente des séquelles d'une fracture de type Weber A de la malléole externe droite, sous forme d'une arthrose débutante au niveau de la cheville droite, qui sont en lien probable ou certain avec l'accident du 27 août 2009. Cela étant, il n'y a pas lieu de s'écarter de l'appréciation de la situation faite le 31 mai 2013 par le docteur W.\_\_\_\_\_, selon laquelle, d'une part, la situation était alors stabilisée et selon laquelle, d'autre part, le recourant disposait à ce moment-là, sur un plan strictement objectif, d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Cette appréciation a en effet été confirmée de manière claire et précise par les docteurs X.\_\_\_\_\_ et P.\_\_\_\_\_ (rapport d'expertise judiciaire, p. 13). En ce qui concerne les limitations fonctionnelles, elles consistent essentiellement dans la position debout prolongée, la marche sur des terrains irréguliers, la montée et descente d'échelle ou d'escaliers et le port de charges lourdes (rapport du docteur I.\_\_\_\_\_ du 14 février 2014 ; rapport d'expertise judiciaire, p. 13).

**b)** Le recourant soutient que les atteintes qu'il présente actuellement aux genoux - arthrose tricompartmentale du genou droit et arthrose fémoro-tibiale médiale du genou gauche débutante - présenteraient, à tout le moins partiellement, un lien de causalité avec l'accident du 27 août 2009. Dans son rapport du 2 octobre 2012, la doctoresse L.\_\_\_\_\_ a, il est vrai, évoqué que le recourant présentait des problèmes multiples « suite à un accident du genou droit il y a 22 ans avec une arthrose tricompartmentale, aggravée par un accident en 2009 avec une fracture Weber A de la cheville droite et une décompensation des douleurs au niveau du genou gauche suite à la surcharge des problèmes du côté droit résultant de douleurs multiples avec une impossibilité de marcher sans cannes avec des troubles statiques et dynamiques et une

incapacité de travail depuis l'accident d'août 2009 ». A cette question, les experts - aux conclusions desquelles la Cour de céans se rallie - ont retenu que le lien de causalité entre les douleurs liées aux gonarthroses et l'accident était tout au plus possible. Concernant le genou droit, ils ont souligné que le facteur principal de l'arthrose était l'accident que le recourant avait subi dans les années 70, lequel avait entraîné des irrégularités dans l'articulation qui, à long terme, conduisaient à la destruction du cartilage. Sur le vu des radiographies, l'évolution était clairement antérieure à l'accident, de sorte que la cause de l'arthrose des deux genoux n'était à l'évidence pas en lien avec l'accident du 27 août 2009. S'agissant des causes de la décompensation des arthroses, elles étaient plurifactorielles, à savoir l'évolution naturelle de l'arthrose, le surpoids, la surcharge (du fait d'une immobilisation ou d'une surutilisation d'un membre en raison de douleurs controlatérales) et le déconditionnement au niveau des genoux (en raison d'une diminution de l'activité physique). Dans la mesure où le recourant avait signalé des douleurs aux genoux plus de deux ans après l'accident, ce dernier ne pouvait représenter une cause prépondérante de l'aggravation.

**c)** La douleur force le recourant à prendre une médication à visée antalgique. S'il n'est pas contestable que certains des médicaments pris peuvent avoir des effets secondaires délétères, rien n'indique dans le cas d'espèce que le recourant est objectivement le sujet de tels effets. Aucune plainte de ce genre n'est rapportée dans les différents rapports médicaux qui ont été versés au cours de la procédure. Dans leur rapport complémentaire du 19 décembre 2017, les docteurs X.\_\_\_\_\_ et P.\_\_\_\_\_ ont au contraire indiqué qu'ils n'avaient pas perçu pendant l'examen clinique de trouble de la concentration ou de la mémoire.

**d)** En cours de procédure, une problématique psychique sous-jacente a été mise en évidence. Un consilium psychiatrique réalisé au cours du séjour du recourant à la Clinique K.\_\_\_\_\_ avait relevé l'existence probable d'un épisode dépressif moyen, sans syndrome somatique, au décours ; il était notamment souligné que l'évolution était favorable depuis l'introduction d'un traitement psychotrope. Dans un

rapport du 10 octobre 2012, le docteur R.\_\_\_\_\_, psychiatre traitant, avait d'ailleurs indiqué que son patient ne présentait à ce moment précis aucune restriction sur le plan psychiatrique. Par la suite, les pièces médicales versées au dossier n'évoquent plus vraiment cette problématique. Dans son rapport du 9 janvier 2014, la doctoresse Q.\_\_\_\_\_ ne fait notamment pas mention d'un suivi spécialisé ni de la prise d'une médication antidépressive. Cela étant, l'évolution de l'état de santé du recourant sur le plan psychique peut demeurer une question indécise. Compte tenu de son déroulement et de l'atteinte qu'elle a générée, la chute, somme toute banale, du recourant doit être qualifiée d'accident de peu de gravité. Or, selon la jurisprudence relative aux troubles psychiques consécutifs à un accident de cette catégorie (ATF 115 V 133 consid. 6 et 403 consid. 5), l'existence d'une relation de causalité adéquate entre l'événement du 27 août 2009 et d'éventuels troubles psychiques subséquents peut être d'emblée niée.

**e)** En résumé, il y a lieu de retenir que le recourant dispose, compte tenu des seules séquelles de son accident, d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

**8. a)** Afin de déterminer le revenu que le recourant pouvait réaliser en 2012 - date déterminante pour la comparaison des revenus (ATF 129 V 222 consid. 4.1 ; 128 V 174 consid. 4a) - malgré son atteinte à la santé sur un marché du travail équilibré, l'intimée s'est référée à cinq DPT tirées de sa base de données interne (cf. ATF 139 V 592 consid. 2.3 ; 129 V 472 consid. 4.2.1).

**b)** En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible - le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail (DPT) établies par la CNA (ATF 135 V 297 consid. 5.2 ; 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 (ATF 129 V 472 consid. 4.2).

**c)** En l'occurrence, il n'y a pas lieu de s'écarter des DPT prises en considération par l'intimée et du montant de 53'028 fr. retenu à ce titre. Dans la mesure où seule l'arthrose débutante au niveau de la cheville droite engage la responsabilité de l'intimée, à l'exclusion des problèmes aux deux genoux, le bien-fondé du choix opéré ne doit être examiné qu'à la lumière des limitations engendrées par cette atteinte à la santé (activité sans long déplacement, sans fréquent déplacement en terrain irrégulier ou en pente ou avec des escaliers et sans port fréquent de charges de plus de 10 kg). Compte tenu des limitations retenues, il apparaît que les DPT retenues sont compatibles avec l'état de santé du recourant, aucune de ces activités n'exigeant le port de charges supérieures à 10 kg ou de fréquents déplacements. Contrairement à ce que soutient le recourant, il ne se justifie pas d'examiner le bien-fondé des DPT à la lumière de l'exigence de l'alternance des positions debout-assis, dès lors qu'une telle exigence n'a jamais été retenue à titre de limitation fonctionnelle par le corps médical. Un raisonnement identique peut être appliqué s'agissant de la compatibilité des activités requérant de faire preuve de motricité fine. Pour le surplus, il n'y a pas lieu de tenir compte de l'éloignement - relatif - entre le domicile du recourant et le lieu de travail des activités décrites dans les DPT retenues par l'intimée, dès lors que la jurisprudence a précisé que tout assuré pouvait être tenu d'accepter un emploi le contraignant à changer de domicile, en vertu de son obligation de réduire le dommage résultant de l'invalidité (ATF 113 V 22 consid. 4 ; 109 V 25 consid. 3c).

**d)** La comparaison d'un revenu d'invalidé de 53'028 fr. avec un revenu sans invalidité - non contesté - de 69'540 fr. aboutit à un degré d'invalidité de 24 %.

**9.** Pour finir, le recourant conteste l'estimation qu'a faite l'intimée de son atteinte à l'intégrité et de l'indemnité qu'il peut prétendre à ce titre.

**a)** Selon l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique par suite d'un accident a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. L'atteinte à l'intégrité au sens de cette disposition consiste généralement en un déficit corporel anatomique ou fonctionnel, mental ou psychique. Le taux d'une atteinte à l'intégrité doit être évalué exclusivement sur la base de constatations médicales objectives. De même, puisqu'elle doit être prise en compte lors de l'évaluation initiale, l'importance prévisible de l'atteinte doit être également fixée sur la base des constatations du médecin (cf. TF 8C\_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.3). Il incombe donc au premier chef aux médecins d'évaluer l'atteinte à l'intégrité, car, de par leurs connaissances et leur expérience professionnelles, ils sont les mieux à même de juger de l'état clinique de l'assuré et de procéder à une évaluation objective de l'atteinte à l'intégrité (cf. TF 8C\_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.2).

Selon l'art. 36 al. 1 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202), une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie. Elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave. Cette disposition de l'ordonnance a été jugée conforme à la loi en tant qu'elle définit le caractère durable de l'atteinte (cf. ATF 133 V 224 consid. 2.2).

Aux termes de l'art. 25 al. 1 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée en fonction de la gravité de l'atteinte, qui s'apprécie

d'après les constatations médicales. C'est dire que chez tous les assurés présentant le même status médical, l'atteinte à l'intégrité est la même; elle est évaluée de manière abstraite, égale pour tous, de sorte qu'il n'est pas nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'elle entraîne pour l'assuré concerné (cf. ATF 115 V 147 consid. 1 ; 113 V 221 consid. 4b et les références).

L'annexe 3 de l'OLAA 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 (cf. ATF 124 V 29 consid. 1b et les références). Il représente une "règle générale" (ch. 1 al. 1 de l'annexe). Pour les atteintes qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il y a lieu d'appliquer le barème par analogie, en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 de l'annexe). Le ch. 2 de l'annexe dispose au surplus qu'en cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence, aucune indemnité n'étant toutefois versée dans les cas pour lesquels un taux inférieur à 5 % du montant maximum du gain assuré serait appliqué. A cette fin, la Division médicale de la CNA a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA. Sans lier le juge, ces tables sont néanmoins compatibles avec l'annexe 3 OLAA (cf. TF 8C\_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.1; TF 8C\_365/2007 du 15 mai 2008 consid. 7.2; ATF 124 V 209 consid. 4a/cc) et permettent de procéder à une appréciation plus nuancée, lorsque l'atteinte d'un organe n'est que partielle.

**b)** En l'espèce, l'intimée s'est fondée sur l'avis du 31 mai 2013 du docteur W.\_\_\_\_\_ pour déterminer le taux d'indemnisation de l'atteinte à l'intégrité du recourant. Se référant à la table 5 d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA, le médecin a considéré qu'un début d'arthrose moyenne ouvrait un droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5 %.

**c)** Dans leur rapport d'expertise du 11 mai 2017, les docteurs X.\_\_\_\_\_ et P.\_\_\_\_\_ ont évalué le taux d'atteinte à l'intégrité à 10 %.

L'évaluation faite par les experts ne peut cependant être suivie. Outre que leur appréciation n'est guère motivée, il convient de rappeler que ces médecins ont posé le diagnostic d'arthrose débutante de la cheville droite. Dans ces circonstances, il n'apparaît pas conforme de retenir un taux de 10 %, lequel correspond à la limite supérieure en cas d'arthrose moyenne. La manière de procéder du docteur W.\_\_\_\_\_, qui tient compte de façon proportionnée de l'importance de l'atteinte à la cheville, ne prête ainsi pas le flanc à la critique.

**d)** Ce constat ne préjuge pas la question d'une éventuelle péjoration de l'intégrité du recourant postérieurement à la décision litigieuse du 10 juin 2014, laquelle pourra faire l'objet, cas échéant, d'un nouvel examen.

**10. a)** Sur le vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

**b)** Conformément à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations en matière d'assurance-accidents devant le tribunal cantonal des assurances est gratuite.

**c)** Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (cf. art 61 let. g LPGA; 55 LPA-VD).

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
p r o n o n c e :**

**I.** Le recours est rejeté.

II. La décision sur opposition rendue le 10 juin 2014 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.

III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Philippe Nordmann, avocat (pour H. \_\_\_\_\_),
- Me Didier Elsig, avocat (pour la 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 :