

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 13 décembre 2021

---

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente  
Mme Silva et M. Oppikofer, assesseurs  
Greffier : M. Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**D.**\_\_\_\_\_, à [...] (F), recourant, représenté par Me David Métille, avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6, 18 al. 1, 24 al. 1 et 25 al. 1 LAA ; 36 OLAA**

**E n f a i t :**

**A.**           **a)** R ressortissant français D.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], exerçait l'activité de machiniste, depuis le 16 septembre 2015, pour le compte de la société T.\_\_\_\_\_ SA à [...] (contrat de mission) ; il était assuré à ce titre contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

**b)** Le 21 octobre 2015, l'assuré a été victime d'un accident de travail sur un chantier situé à [...] lors duquel, après avoir effectué une mauvaise manœuvre, il a basculé du côté droite et s'est retrouvé à six mètres en contre-bas dans le fond de la fouille. Il a été éjecté de la machine de type dumper qu'il conduisait et partiellement coincé sous la roue de cet engin de chantier (rapport d'accident du 7 janvier 2016 [pièces 50-52]). Il a été hospitalisé jusqu'au 17 décembre 2015 au sein du Service de médecine intensive du CHUV de Lausanne où il a été retenu un polytraumatisme sur accident avec une machine de chantier le 21 octobre 2015, avec fracture open book du bassin et atteinte sacro-iliaque droite type 61-B1 selon l'OTA, déchirure traumatique du mésentère avec ischémie grêle, fractures des arcs costaux antérieurs 7, 8 et 9 à gauche, fractures des apophyses transverses gauches de L1 et L2 et rupture traumatique de la paroi postérieure de la vessie. L'intéressé a subi dix interventions chirurgicales et diverses complications sont apparues lors de l'hospitalisation. A la sortie, les suites de prises en charge de l'assuré devaient s'effectuer sur les plans orthopédique, neurologique, hématologique ainsi qu'en oto-rhino-laryngologie (rapport de sortie du 21 décembre 2015 des médecins du Service d'orthopédie et traumatologie du CHUV).

Le 18 décembre 2015, l'assuré a été transféré au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de [...] en [...] où il a bénéficié d'un traitement ambulatoire quotidien au centre de réadaptation. Le 2 février 2016, les médecins du Service de médecine physique et de réadaptation de cet hôpital ont fait part globalement d'une bonne récupération motrice

de l'assuré malgré un déficit encore distal au niveau des membres inférieurs ainsi que des troubles sensitifs. L'intéressé était décrit comme stable sur le plan psychiatrique. Dans un rapport du 1<sup>er</sup> avril 2016, un médecin du Service de neurologie du CHU a signalé la persistance d'une neuropathie de réanimation sensitivo-motrice sur les deux nerfs sciatiques poplités externes (SPE) avec absence de réponse motrice sur le nerf sciatique poplité externe pédiex droit et gauche et abolition des réponses sur le musculocutané ; ce rapport décrivait la présence d'une activité de repos dans les deux jambiers antérieurs sans contraction obtenue. Finalement, l'assuré présentait un déficit musculaire distal symétrique des deux membres inférieurs avec testing des extenseurs de l'hallux à 1, tibial antérieur à 3+, extenseur commun des orteils à 3+, péronier à 4, triceps sural à 4. L'équilibre unipodal restait impossible. L'intéressé présentait des gênes par un steppage à la marche et il utilisait des orthèses releveurs Liberty ainsi que des semelles orthopédiques. Le périmètre de marche était de cinq cents mètres environ et l'assuré avait repris la conduite automobile. Un électromyogramme réalisé le 1<sup>er</sup> avril 2016 montrait toujours une absence de réponse sur les deux nerfs sciatiques poplités externes et musculocutanés ainsi qu'une hypoesthésie dans le territoire L5-S1 gauche avec des dysesthésies au contact (rapport du 3 mai 2016 d'un médecin du Service de médecine physique et de réadaptation du CHU). Lors d'une nouvelle hospitalisation du 25 au 27 mai 2016 au CHU de [...], l'assuré a bénéficié du retrait d'un filtre cave posé le 3 novembre 2015 en Suisse, sans complication.

La CNA a pris le cas en charge.

Le 25 août 2016, l'assuré a été examiné par le Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, médecin d'arrondissement de la CNA. Dans son rapport d'examen du 29 août 2016, ce médecin a posé les diagnostics suivants :

- “• Status après polytraumatisme du 21.10.2015.
- Status après fracture type open book du bassin avec atteinte de la sacro-iliaque D [droite], traitée par un fixateur externe.
- Status après fracture des arcs costaux 7, 8 et 9 à gauche.

- Status après fracture des apophyses transverses G [gauches] de L1 et L2.
- Status après rupture traumatique de la paroi postérieure de la vessie.
- Status après thrombose veineuse profonde à droite.
- Status après sinusite maxillaire bilatérale.
- Status après résection segmentaire du grêle et multiples laparotomie[s].
- Atteinte des SPE [sciatiques poplités externes] bilatérale.”

A dix mois de l'accident, le Dr C.\_\_\_\_\_ a constaté la persistance d'un problème d'origine neurologique avec atteinte des nerfs sciatiques poplités externes touchant les deux côtés.

Dans leur rapport de sortie du 9 décembre 2016 consécutif à un séjour de l'assuré du 18 octobre 2016 au 25 novembre 2016 à la Clinique romande de réadaptation (CRR) de Sion, les Drs Y.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et Z.\_\_\_\_\_, médecin assistant, ont posé les diagnostics suivants :

#### “DIAGNOSTIC PRINCIPAL

- Thérapies physiques et fonctionnelles pour séquelles de polytraumatisme, survenu le 21.10.2015.

#### DIAGNOSTICS SUPPLEMENTAIRES

- 21.10.2015 : polytraumatisme sur accident avec une machine de chantier, avec :
  - fracture Open-Book du bassin, avec atteinte sacro-iliaque droite de type 61-B1 selon l'OTA
  - déchirure traumatique du mésentère avec ischémie grêle
  - fractures des arcs costaux antérieurs 7, 8 et 9 à gauche
  - fracture des apophyses transverses gauches de L1-L2
  - rupture traumatique de la paroi postérieure de la vessie.

#### Complications :

- Pulmonaires :
  - atélectasies bi-basales
  - sepsis d'origine pulmonaire probable
  - sinusite maxillaire bilatérale
- Intestinales :
  - péritonite secondaire à ischémie grêle à Clostridium Sordelli et Bacteroide Fragilis
  - suspicion de toxic-choc-syndrome à Clostridium Sordelii
  - thrombose veineuse profonde dans les fémoro-poplités droits le 21.1[0].2015, avec pose de filtre cave le 03.11.2015

- 26.05.2016 : retrait d'un filtre cave sans complications.  
Neuropathie périphérique des membres inférieurs avec atteinte prédominant sur le SPE [sciatique poplitée externe].

Interventions réalisées :

- 22.10.2015 : réduction fermée et mise en place d'un fixateur externe Orthofix supra-acétabulaire (Dr [...]) et pose de drain thoracique droit.
- 23.10.2015 : laparotomie exploratrice, lavage de la cavité péritonéale, résection segmentaire grêle (1 mètre d'iléon), pansement VAC, laparostome.
- 25.10.2015 : reprise de laparotomie, anastomose iléo-iléale termino-terminale manuelle, VAC laparostome avec fermeture progressive par suture de rétention.
- 27.10.2015 : réfection de VAC laparostome, rinçage abdominal.
- 30.10.2015 : washing péritonéal, fermeture de la paroi abdominale, avec mise en place d'un VAC sous-cutané. Curetage, rinçage autour de la flèche de fixateur du bassin.
- 31.10.2015 : laparotomie exploratrice, lavage de la cavité péritonéale, mise en place d'un pansement VAC laparostome.
- 04.11.2015 : laparotomie exploratrice, lavage de la cavité péritonéale, mise en placement d'un pansement VAC.
- 06.11.2015 : laparotomie exploratrice, lavage de la cavité péritonéale, mise en place d'un filet de Vicryl inlay, mise en place d'un VAC sous-cutané.
- 06.11.2015 : méatotomie moyenne droite, sinusoscopie par méatotomie inférieure gauche, sphénoïdotomie gauche.
- 09.11.2015 : ablation de VAC sous-cutané, lavage et fermeture de la peau."

Les médecins spécialistes de la CRR ont indiqué qu'aucun nouveau diagnostic n'avait été posé au cours du séjour, en particulier aucune psychopathologie retenue. L'évolution était favorable sur les plans digestif, pulmonaire et ostéoarticulaire. Sur le plan neurologique, il y avait peu d'évolution tant sur le plan clinique qu'électrophysiologique ; il persistait une neuropathie axonale périphérique sensitivo-motrice sévère avec absence de réponse sur les deux muscles pédieux et du nerf péronier superficiel gauche. Les plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquaient principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour. La situation n'était pas stabilisée du point de vue médical et des limitations fonctionnelles provisoires ont été retenues (port de lourdes charges, activités en position à genoux ou accroupie, marche prolongée, sur des terrains irréguliers ou dans les escaliers, activités sur les échelles ou les échafaudages). En l'absence de nouvelle intervention proposée, une stabilisation médicale était attendue dans un délai de cinq à six mois. Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité était défavorable, alors

qu'il était favorable dans une activité adaptée aux restrictions fonctionnelles retenues. Le rapport du 30 novembre 2016 relatif à un consilium psychiatrique du 21 octobre 2016 de la Dre F.\_\_\_\_\_, qui n'a pas posé de diagnostic sur ce plan, est le suivant :

"[...] éléments biographiques et contextuels pertinents

Il s'agit d'un patient de nationalité française, frontalier, âgé de 39 ans. Il est marié, sa femme est au foyer et s'occupe de leurs enfants : deux filles de 18 mois et 3 ans et demi. Le patient est également le père d'un garçon de 9 ans d'un premier mariage, qui vit dans la région parisienne avec sa mère. Le patient a une sœur aînée qui est décédée en juin 2015 d'un cancer du sein.

Sur le plan professionnel, le patient a réalisé sa scolarité en France et a toujours travaillé comme conducteur d'engin. Il a été amené à travailler en Suisse un peu moins de trois mois avant l'accident par l'intermédiaire d'une agence Intérim.

Concernant les circonstances de l'accident, une enquête est actuellement en cours et il estime que toutes les mesures de sécurité n'ont pas été prises lors de ce chantier en pente. Lors de l'accident, il manoeuvrait une pelleteuse qui a basculé et dont il a été éjecté puis écrasé dans un second temps par l'engin. Il a été dégagé par ses collègues puis a été emmené au CHUV dans un service de Soins Intensifs avec de multiples traumatismes entraînant quatre mois de coma et de multiples complications. La suite de la prise en charge a été réalisée en France afin qu'il puisse se rapprocher de sa famille.

Du point de vue psychique, on ne retient pas d'antécédent notoire chez ce patient. La médication actuelle ne comprend pas de traitement psychotrope. On retrouve dans le dossier l'introduction de Quetiapine en raison d'un état confusionnel et de désorientation, ainsi que la notion de prescription de traitement anxiolytique sur symptômes anxio-dépressifs. Le patient rapporte ne pas avoir pris ces traitements lorsqu'ils lui ont été proposés. Actuellement, il ne prend aucun traitement psychotrope.

Du point de vue psychique, le patient décrit des nuits de mauvaise qualité avec des réveils nocturnes à type de cauchemars. La description de ses cauchemars est en majorité en lien avec les images autour de la période du coma plus qu'avec l'accident en lui-même. A la sortie de son hospitalisation en France, le patient aurait consulté un psychiatre libéral à deux reprises en vue de démarches asséculo-logiques en lien avec l'accident mais il ne s'est pas senti aidé par cette démarche. Il a également rencontré à une reprise un psychiatre en liaison durant son hospitalisation en France.

Status psychique

A son arrivée, la présentation du patient est correcte ; il est souriant et le contact est adapté. Il n'y a pas de signe orientant vers un trouble de l'attention, de la mémoire ou de l'orientation. La thymie est congruente aux différents sujets abordés. Il n'y a pas de

comportement douloureux en particulier en dehors d'une démarche particulière sans moyen auxiliaire, soit des attelles souples empêchant un steppage.

Sur le plan de l'humeur, le patient n'a pas de plainte particulière et la thymie semble globalement préservée. Il se dit très entouré et soutenu par sa famille. Il n'y a pas de ralentissement psychomoteur. Le sommeil est conservé. Il s'endort avec l'aide de tisanes habituellement. Le patient est revenu à un poids stable antérieur à l'accident. L'appétit est conservé.

Sur le plan anxieux, le patient ne rapporte pas d'antécédent anxieux particulier ni de tempérament anxieux. Concernant les éléments post-traumatiques, l'évaluation est plutôt rassurante. Il est capable d'expliquer l'accident sans réaction neurovégétative particulière. Il ne rapporte pas de flash envahissant la journée ni d'évitement particulier. Il rapporte quelques cauchemars en lien avec l'accident mais la plainte principale concerne des cauchemars caractéristiques des réveils pendant les phases de sommeil paradoxal avec oppression thoracique, angoisses, impossibilité de pouvoir se mouvoir avec parfois hallucinations visuelles et auditives. Je rassure le patient sur l'absence de dangerosité de ces phénomènes de parasomies et lui explique l'origine de la symptomatologie ressentie en lien avec le sommeil paradoxal. Il n'y a pas d'élément du registre psychotique retrouvé ce jour. Dans son discours, le patient se montre plutôt sthénique quand il évoque la prise en charge médicale française et aussi à l'évocation des conditions de l'accident en question.

Concernant la douleur, le patient rapporte peu de plaintes douloureuses. Il décrit surtout une gêne au niveau abdominal en lien avec les conséquences de l'ablation d'une partie de l'intestin grêle. Il est aidé par l'utilisation de charbon végétal afin de faciliter la digestion. Il décrit la douleur du bassin comme gérable. Il décrit également des troubles de la fonction érectile. Concernant le séjour, le patient espère pouvoir obtenir une récupération totale de l'état antérieur. Il ne pense pas pouvoir reprendre son activité antérieure et se voit volontiers s'orienter dans la sécurité sur les chantiers. Concernant les loisirs, le patient pratiquait des activités sportives comme le foot avant son accident. Depuis, il prend plaisir à passer du temps en famille et a acheté un casque de réalité virtuelle avec des films apaisants, ce qui lui permet de se détendre.

On ne retrouve pas de trait de personnalité particulier en dehors d'une certaine sthénicité que le patient parvient à maîtriser sans grande difficulté.

#### Appréciation initiale et propositions thérapeutiques

L'évaluation réalisée ce jour est globalement rassurante d'un point de vue psychiatrique. En effet, il y a à ce jour peu d'éléments du registre post-traumatique et ils sont anecdotiques. Les cauchemars décrits me semblent plus en lien avec les conséquences de la longue hospitalisation et du coma marqués par de nombreuses expériences sensorielles dans ses souvenirs qu'avec l'accident lui-même. L'humeur est globalement préservée. L'évaluation ne met pas à jour de facteurs contextuels particuliers. Je propose cependant que le

patient puisse bénéficier d'un suivi individuel afin qu'il puisse verbaliser autour des émotions en relation avec les conditions de l'accident.

Evolution durant le séjour ([...])

M. D. \_\_\_\_\_ a été suivi par le psychologue clinique. Il a pu verbaliser ses difficultés depuis son accident, avec notamment le choc que cela a engendré pour ses proches. Le fait d'avoir été dégagé de toute responsabilité et d'être reconnu comme victime a vraiment aidé le patient à pouvoir digérer ce traumatisme et à s'engager dans la réadaptation. Son sommeil s'est amélioré, et même si le patient ressent un grand besoin de pouvoir verbaliser ce qu'il vit, il peut se projeter vers une reprise avec bonne amélioration de son état psychologique."

Dans le cadre d'une consultation de suivi de la grosse éventration post traumatique, le Dr L. \_\_\_\_\_, chef de clinique du Service de chirurgie générale et thoracique au CHU de [...], a indiqué que l'assuré notait une nette amélioration de sa musculature abdominale et qu'il n'était pas vraiment gêné par son éventration (rapport du 22 mai 2017).

Dans un rapport du 19 septembre 2017 d'une médecin du Service de neurologie de l'hôpital universitaire de [...], il a été constaté un discret steppage du membre inférieur gauche à l'examen clinique. Le testing moteur retrouvait un déficit sur le releveur du gros orteil gauche à 2 et le releveur du pied à gauche était à 4, alors que du côté droit toute la musculature était à 4+. Comparativement à 2016, un électromyogramme des membres inférieurs montrait aucune amélioration sur le nerf sciatique poplité pédiex gauche avec absence de réponse et de contraction de l'extenseur propre du gros orteil avec des séquelles maintenant fixées. Sur le plan sensitif, il y avait une amélioration globale de tous les potentiels sauf sur le musculocutané à gauche qui était absent. Sur les deux jambiers antérieurs, il était noté des tracés riches qui restaient neurogènes mais avec une bonne réinnervation. Il a été constaté quelques rares stigmates neurogènes sur les jumeaux internes avec des contractions normales.

Du 26 septembre 2017 au 7 novembre 2017, dans le cadre d'une cure d'éventration, l'assuré a intégré un centre pour amaigrissement et remusclature à la demande du médecin du Service de chirurgie générale au CHU de [...] qui le suivait en raison de sa grosse

éventration déjà connue sur une laparotomie traumatique ; il était noté un indice de masse corporelle (IMC) de 33.8 à l'entrée et, après la perte de huit kilos durant son séjour, un IMC de 31.6 à la sortie.

Dans un rapport du 13 novembre 2017, le Dr L.\_\_\_\_\_ a constaté que l'éventration médiane avait diminué en taille et était devenue moins douloureuse. Il était demandé à l'assuré de continuer à perdre du poids et d'effectuer une remusculation de sa paroi abdominale. En cas d'un *abdomen pendulum*, il était proposé une abdominoplastie avec cure de diastasis sans mettre de plaque.

A la suite de son examen final de l'assuré du 4 décembre 2017, le Dr C.\_\_\_\_\_ a rendu son rapport le 7 décembre 2017. Il a posé les diagnostics suivants :

- “• Status après polytraumatisme du 21.10.2015.
- Status après fracture type open book du bassin avec atteinte de la sacro-iliaque D [droite], traitée par un fixateur externe.
- Status après fracture des arcs costaux 7,8 et 9 à gauche.
- Status après fracture des apophyses transverses G [gauches] de L1 et L2.
- Status après rupture traumatique de la paroi postérieure de la vessie.
- Status après thrombose veineuse profonde à droite.
- Status après sinusite maxillaire bilatérale.
- Status après résection segmentaire du grêle et multiples laparotomie[s].
- Neuropathie sensitivomotrice du SPE [sciatique poplitée externe] à gauche.”

Lors de son examen clinique de l'assuré, ce spécialiste a constaté ce qui suit :

“Au status, l'assuré mesure 1m74 et pèse 93 kg.

Status neurologique :

L'assuré marche avec un discret steppage du MIG [membre inférieur gauche]. Les réflexes ostéo-tendineux sont présents et symétriques, à l'exception du réflexe achilléen G [gauche] qui est absent.

Sur le plan moteur :

Il a récupéré la force musculaire du MID [membre inférieur droit]. A gauche, persistance d'une atteinte du SPE [sciatique poplité externe].

Parésie pratiquement complète du releveur du gros orteil G [gauche]. Parésie pratiquement complète du tibial antérieur G [gauche].

Status ostéo-musculaire :

*Colonne vertébrale* : le tronc est renversé en avant.

Les flèches selon forestier sont de 9 cm en regard de C7, 5 cm en regard de D7, 7 cm en regard de L3, 0 cm en regard du sacrum.

L'index dorsal selon Ott est à 31 cm.

L'index lombaire selon Schober est de 10 à 13 cm.

La distance doigt-sol est de 31 cm.

*MI* [membres inférieurs] : pas de troubles majeurs des axes. Pas d'inégalité de longueur.

Périmètre des MI

	<u>Droite</u>	<u>Gauche</u>
Cuisses (15 cm pôle supérieur de la rotule)	55 cm	55 cm
Mollets (15 cm pôle inférieur de la rotule)	37 cm	36 cm

Pour ce [qui] concerne les hanches : leur mobilité est complète, symétrique, indolore avec :

Flexion-extension 130-0-0°

Rotation externe-interne 40-0-45°

Abduction-adduction 50-0-50°

Pour ce qui concerne les genoux : ils sont stables dans tous les plans, il n'y a pas d'épanchement intra-articulaire. Les signes méniscaux sont négatifs. La flexion-extension est à 140-0-0°.

Mobilité des chevilles

	<u>Droite</u>	<u>Gauche</u>
Flexion dorso-plantaire		10-0-40° Equin plantaire non réductible de 10°
Flexion plantaire	30°"	

Le Dr C. \_\_\_\_\_ a relevé qu'à plus de deux ans de l'accident, le cas pouvait être considéré comme stabilisé. Il a noté la persistance d'une atteinte du nerf sciatique poplité externe à gauche ainsi que des douleurs aux sacro-iliaques, surtout à gauche. L'assuré était désormais apte à travailler à 100 %, sans diminution de rendement, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles définitives retenues (activité sédentaire ou semi-sédentaire avec alternance des positions assise et

debout, éviter les travaux penché en avant, la marche en terrain irrégulier avec cependant de courts déplacements à plat possibles ainsi que le soulèvement ou le port de charges supérieures à vingt kilos).

L'atteinte à l'intégrité a été estimée par le Dr C.\_\_\_\_\_ dans un rapport séparé du 7 décembre 2017 consécutif à son examen de l'assuré à l'agence le 4 décembre 2017. Le médecin d'arrondissement a évalué le taux d'atteinte à l'intégrité à 19 %. Il s'est référé aux tables 2 et 7 des barèmes d'indemnisation pour atteinte à l'intégrité corporelle selon la LAA indiquant qu'une indemnisation de 10 % en cas de paralysie du nerf sciatique poplité externe à laquelle s'ajoutait une indemnisation de 10 % en cas de douleurs des articulations sacro-iliaques (++) , après pondération, correspondait à un taux d'atteinte globale à l'intégrité de 19 %.

Selon une notice d'un entretien du 4 décembre 2017 avec le gestionnaire en charge du cas auprès de la CNA, l'assuré avait notamment déclaré qu'il ne savait pas encore s'il allait se rapprocher de la Suisse pour obtenir plus de possibilités d'emploi. Il avait pensé travailler dans le domaine de la prévention et de la sécurité, et allait faire des démarches à ce propos.

Aux termes d'un rapport du 10 janvier 2018, le Dr V.\_\_\_\_\_, psychiatre consulté en France depuis le mois d'août 2017, a constaté une névrose post-traumatique importante entraînant de notables répercussions dans la vie quotidienne même hors situation de stress altérant en particulier les relations interpersonnelles en indiquant que « le handicap est important et permanent ». A l'invitation de la CNA, l'assuré a été examiné, le 22 mai 2018, par le Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, médecin d'arrondissement de la CNA. Aux termes de son rapport du 6 juin 2018, ce praticien a diagnostiqué un épisode dépressif léger (F32.0), considérant que ce diagnostic regroupait le mieux les quelques symptômes psychiques retrouvés. Il a conclu, sur le plan psychiatrique, à une capacité de travail de l'assuré de 80 % « du point de vue horaire à rendement complet », avec la précision que cette

réduction de la capacité de travail n'était pas définitive et susceptible de disparaître en cas d'amélioration de la situation administrative, juridique et financière de l'assuré ou au moins permettre des perspectives plus encourageantes. Son rapport d'examen se termine comme suit :

#### "Appréciation

Chez cet assuré, nous nous trouvons à 2 ans et demi d'un accident de chantier lors duquel l'assuré a été écrasé par une pelleteuse qu'il était en train de conduire. Polytraumatisé, il souffre encore de douleurs de type neuropathique au niveau des deux pieds, ainsi que de douleurs aux sacro-iliaques, surtout à gauche. Une éventration importante au niveau abdominal attend encore une éventuelle sanction chirurgicale. Le cas a été considéré comme stabilisé par le MA [médecin d'arrondissement], Dr C. \_\_\_\_\_, en décembre 2017. L'assuré est suivi régulièrement depuis fin août 2017 par un psychiatre. Au niveau financier, il se trouve dans une situation avec des perspectives peu rassurantes vu qu'il n'a pas droit à des prestations de l'AI [assurance-invalidité] et que la reconnaissance de son handicap par la Sécurité sociale française reste incertaine.

#### Diagnostic

Le diagnostic d'épisode dépressif léger regroupe le mieux les quelques symptômes psychiques retrouvés, soit la difficulté subjective de concentration, la tendance à s'irriter, à ruminer, à se sentir l'objet d'injustice. Les symptômes de type post-traumatique ont nettement diminué depuis la description de la Dr [...] lors du consilium psychiatrique CRR du 30.11.2016. Les cauchemars ont quasiment cessé, les insomnies se remplissent de souvenirs de son séjour à l'hôpital mais surtout des suites et des conséquences administratives et juridiques de l'accident. Il ne présente pas de comportement d'évitement ni dans l'anamnèse, ni lors de l'examen et aucune réaction physiologique ne se manifeste lorsque l'accident est évoqué.

#### Causalité naturelle

La causalité naturelle entre l'événement du 21.10.2015 et le trouble psychique retenu actuellement doit être reconnue. Il s'agit d'une causalité de type probable. On ne retrouve pas d'antécédents psychiatriques avant l'accident. Des symptômes anxio-dépressifs avec un suivi bref par les psychiatres de l'hôpital sont mentionnés dans la lettre de sortie du CHUV du 28.12.2015. Par la suite il y a eu des périodes sans symptôme psychiatrique notable et d'autres avec une souffrance psychique subjectivement importante qui ont amené l'assuré à chercher activement et avec détermination une prise en charge par un psychiatre et un psychothérapeute. Une médication psychotrope n'a pas été nécessaire et ne l'est toujours pas, l'assuré profitant d'une approche de type psychothérapie de soutien.

En tant que facteurs qui empêchent ou freinent la résolution de ces symptômes de type dépressif, on retrouve la situation compliquée du point de vue administratif et juridique avec une incertitude réelle concernant les aspects financiers et les perspectives de réinsertion professionnelle.

### Capacité de travail

L'application du formulaire d'évaluation Mini-ICF-APP permet une évaluation différenciée de la capacité de travail du point de vue purement psychiatrique. Ceci rend un tableau très différent de celui dressé en quelques paroles par le psychiatre traitant qui affirme une « évidente incapacité de travail » sans argument ni détail. L'application du formulaire Mini-ICF-APP révèle qu'uniquement 2 capacités sur 13 sont affectées de façon au moins modérée, donc avec une influence sur la capacité de travail ; soit la flexibilité et adaptabilité et la capacité d'endurance. Ces limitations seraient surmontables par des aménagements des conditions de travail.

En conclusion, on peut considérer que l'assuré serait capable de travailler à 80 % du point de vue horaire à rendement complet. On peut en plus considérer que cette réduction de la capacité de travail n'est pas définitive et qu'elle pourrait disparaître si la situation administrative, juridique et financière de l'assuré s'améliore ou au moins permettrait des perspectives plus encourageantes."

Le 13 septembre 2018, le Dr V. \_\_\_\_\_ a attesté que l'assuré présentait depuis une semaine des violentes attaques de panique le poussant à consulter à répétition chaque fois en larmes ; l'intéressé verbalisait une envie d'en finir, et des idées suicidaires franches.

Du 1<sup>er</sup> au 8 octobre 2018, l'assuré a séjourné au CHU de [...] où il a été opéré, le 2 octobre 2018, pour une cure d'éventration médiane sur cicatrice xipho-pubienne par laparotomie avec plaque. Les 5 octobre et 5 novembre 2018, les médecins du Service de chirurgie générale et thoracique du CHU de [...] ont décrit des suites opératoires qui étaient simples, avec cicatrisation et reprise d'activité légère.

Par certificat médical consécutif à une consultation de l'assuré du 10 décembre 2018, la Dre Q. \_\_\_\_\_, médecin généraliste exerçant en France, a attesté de ce qui suit :

"Il présente comme séquelles de son AT [accident de travail] du 21/10/2015 :

- neuropathie des membres inférieurs avec difficultés à la marche, sensation de brûlures des membres, limitation du périmètre de marche.

Port de semelles orthopédiques.

Il garde des séquelles sensibles du gros orteil gauche avec anesthésie et hyperalgie en alternance.

- douleurs du bassin mécaniques majorées à l'effort et au changement de temps (humidité et froid)

- douleurs séquellaires abdominales post cure d'éventration (prothèse 20\*30) en octobre 2018. Il garde une constipation justifiant d'un traitement laxatif à la demande.

- et un syndrome anxieux post traumatique."

Selon une note médicale du 4 février 2019, le Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin d'arrondissement, a confirmé que le cas était stabilisé en se référant au rapport d'examen final du 7 décembre 2017 du Dr C.\_\_\_\_\_.

Le 15 février 2019, la CNA a écrit à l'assuré qu'elle mettrait fin à la prise en charge du traitement et aux indemnités journalières au 31 mars 2019 et que, par un prochain courrier, elle aviserait dans quelle mesure la prise en charge de certains frais médicaux pourrait se poursuivre à compter du 1<sup>er</sup> avril 2019. Par ailleurs, elle statuerait ultérieurement sur le droit à la rente.

Par décision du 9 avril 2019, la CNA a alloué à l'assuré une indemnité en capital d'un montant de 38'626 fr. 20 pour les troubles psychogènes sur la base d'un gain assuré annuel de 19'313 fr., versé en quatre tranches correspondant à une incapacité de gain de 100 % les douze premiers mois, puis de 75 %, 50 % et 25 % par tranches de douze mois, ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) d'un montant de 23'940 fr. (taux de 19 %) sur la base d'un gain assuré de 126'000 fr. en 2015, prestations versées le jour même au bénéficiaire. La CNA a par contre refusé à l'assuré le droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents en l'absence de diminution notable de la capacité de gain due à l'accident du 21 octobre 2015. Selon ses investigations médicales, l'assuré était en mesure d'exercer une activité professionnelle dans différents secteurs de l'économie, à la condition qu'il puisse exercer une activité sédentaire ou semi-sédentaire, dans laquelle il était possible d'alterner la

position assise/debout à sa guise. Les travaux penché en avant, ainsi que la marche en terrain irrégulier étaient à éviter. De courts déplacements à plat étaient possibles. Le port de charge ne devait pas être supérieur à vingt kilos. Une telle activité était exigible durant toute la journée. Conformément à l'art. 16 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1), il résultait de la comparaison entre le revenu d'invalidé (64'355 fr. 80), calculé sur la base des salaires figurant dans l'enquête suisse de la structure des salaires (ESS ; hommes, année 2016 indexé jusqu'en 2019, moyenne horaire de 41.7 par semaine, niveau de compétence 1) et sous déduction d'un abattement de 5 % pour tenir compte des séquelles accidentelles, et celui que l'assuré aurait pu réaliser sans l'accident (13<sup>ème</sup> salaire inclus) dans sa dernière activité (67'493 fr. 95), une perte de gain « nettement inférieure à 10 % » pas susceptible de lui ouvrir le droit à la rente.

Par courrier du 10 avril 2019, la CNA a indiqué à l'assuré qu'elle continuerait de rembourser les supports plantaires (2 à 4 par année), 3 à 4 consultations par année chez son médecin traitant ainsi que la prise en charge anti-douleurs sur prescription médicale.

A l'appui de son opposition formée les 16 avril et 3 octobre 2019 contre la décision du 9 avril 2019 de la CNA, l'assuré, désormais assisté par son avocat, a demandé l'allocation d'une rente d'invalidité de l'assurance-accidents d'un taux de 75 % depuis le 1<sup>er</sup> avril 2019, ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité d'un taux global d'au moins 65 %, comprenant également un volet psychiatrique, sous déduction des prestations déjà allouées. Subsidiairement, il demandait la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire (en particulier orthopédique, médecine digestive ou interne, et en psychiatrie). Il a remis les pièces suivantes :

- un acte d'accusation du Ministère public central, Division affaires spéciales, du 23 février 2018 établi dans le cadre de l'enquête dirigée contre M.\_\_\_\_\_ pour lésions corporelles graves par négligence et violation des règles de l'art de construire ;

- un rapport d'expertise orthopédique du 9 juillet 2019 adressé à l'avocat par le Dr I.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, chef de service du Centre hospitalier [...] de [...]. Ce médecin contestait la capacité de travail de travail entière de l'assuré dans une activité adaptée retenue par le Dr C.\_\_\_\_\_. Sous la rubrique « taux de capacité de travail » de son rapport, le Dr I.\_\_\_\_\_ a écrit « elle est de 50% en fonction de l'IPP [incapacité permanente partielle] ». En page 8 de son rapport, il a fait part d'un déficit fonctionnel permanent de 41 %, soit 20 % (SPE gauche) ; 5 % (SPE droit) ; 8 % (douleurs sacro-iliaques bilatérales) ; 8 % (éventration [douleurs, troubles du transit]). Ce rapport d'expertise se termine comme suit :

“L'IPP [incapacité permanente partielle] que j'ai évalué est de 51 % en dehors des séquelles psychologiques. Cette IPP n'est pas compatible avec une capacité de travail de 100% même dans une activité professionnelle adaptée.

La capacité de travail peut être évaluée à peine à 50 %. Il est incapable de maintenir un rendement pendant plus de la moitié du temps et cela semble encore surestimé à mon avis.

Les séquelles abdominales sont totalement incompatibles avec le port de charges.

Il peut se déplacer sur une distance courte par période de 10 à 15 minutes.

« Les éléments suivants décrits par le docteur C.\_\_\_\_\_ sont compatibles avec son état.

- il peut exercer une activité sédentaire ou semi-sédentaire dans laquelle il puisse alterner la position debout la position assise.
- il doit éviter les travaux penchés en avant ;
- il doit éviter de marcher en terrain irrégulier ;
- de cour[t]s déplacements à plat sont possibles »

La paralysie du SPE est bilatérale. Selon la table que vous m'avez produite l'évaluation est de 10% à gauche et de 5% à droite.

Atteinte sacro iliaque bilatérale 10% (docteur C.\_\_\_\_\_)

La sciatgie gauche permanente doit être évaluée à 10%

Pas d'évolution des problèmes abdominaux séquellaires ?

Pas d'évaluation psychologique ?

Au total avec les tables que vous me fournissez l'évaluation peut être estimée en absence d'évaluation digestives et psychologique et sans pondération à 35%.

## CONCLUSIONS

Prévoir pour argumenter la demande d'expertise

- Un bilan neuro psychologique pour évaluation des séquelles et établissement de l'IPP final.

- Un bilan neurologique et évaluation récente des atteintes des nerfs sciatiques poplités externes.
  - Bilan et évaluation des troubles psychologiques par psychiatre.
- L'ensemble de ces points a été passé sous silence dans l'évaluation des séquelles.

Accident du 21 10 2015

Etat antérieur. Aucun.

Déficit fonctionnel temporaire.

100%

Du 21 10 2015 au 07 12 2015

08 12 au 18 12

18 12 2015 au 10 02 2016.

25 au 27 mai 2016 CHU.

Du 18 octobre au 25.

Du 26 septembre au 7

Du 01 au 05 12 2018.

70%

Du 11 02 2016 au 24 05 2016" ;

- un rapport d'expertise psychologique des 23 août et 1<sup>er</sup> octobre 2019 du Dr A.\_\_\_\_\_, expert judiciaire en France, qui a mis en évidence chez l'assuré : un stress post traumatique patent avec réminiscences, syndrome de répétition, cauchemars, des ruminations morbides vis-à-vis du chef de chantier qui, du fait de son obstination, avait conduit à la survenance de l'accident, des ruminations morbides vis-à-vis de l'entreprise et de la prise en charge par l'assurance, pour les premiers, en l'absence de prise de nouvelles, pour les seconds, par la non reconnaissance de sa souffrance physique et psychique, une perte de l'estime de soi en regard des séquelles physiques imputables à l'accident qui compromettaient très sérieusement son avenir professionnel, ainsi qu'une atteinte narcissique sévère dans son image d'homme et de mari vis-à-vis de son épouse ainsi que l'image de père vis-à-vis de ses enfants. Cet expert a conclu qu'il existait bien des séquelles psychologiques de l'accident du 21 octobre 2015 qui, si elles n'entraînaient pas à elles seules une incapacité de travail, entamaient très certainement les capacités de l'assuré à reprendre son travail ; leur association aux séquelles physiques décrites par ailleurs empêchait de façon totale et définitive la reprise du travail de conducteur d'engins. Pour le surplus, la capacité de l'assuré à occuper un « travail quelconque » était de 80 %, avec la précision qu'elle devait s'apprécier par la prise en compte des séquelles à la fois physiques et psychiques. Les troubles psychiques présentés par l'assuré pouvaient

être qualifiés de légers, de par l'importance des perturbations occasionnées dans sa vie quotidienne. A la question de savoir si le versement d'un montant en capital de 38'626 fr. 20 était susceptible d'apporter une amélioration significative de l'état psychique de l'assuré, et par la même occasion de faire disparaître toute baisse de rendement sur un plan professionnel, cet expert a répondu que l'indemnisation des séquelles à l'accident palliait aux conséquences financières du sinistre, apportait une part de reconnaissance de la victime mais n'était en aucun cas un acte thérapeutique en matière psychopathologie.

Le 28 février 2020, le Dr R.\_\_\_\_\_ a fait une appréciation médicale complémentaire sur le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité dont il ressort ce qui suit :

“Polytraumatisme dans un chantier avec atteinte abdominale nécessitant une résection segmentaire du grêle et de multiples laparotomies se compliquant par une éviscération ayant nécessité, en octobre 2017, une cure d'éviscération, intervention chirurgicale qui a stabilisé le problème et pour lequel selon le barème d'atteinte à l'intégrité, table 9, item 3, ne donne pas lieu à une augmentation de l'estimation de l'atteinte à l'intégrité.

Sur le plan séquellaire, présence d'une atteinte du nerf sciatique poplité externe avec un déficit neurologique résiduel pour lequel l'atteinte à l'intégrité a été estimée lors de l'examen final du 07.12.2017.

En ce qui concerne le traitement à long terme, du fait de l'atteinte du nerf sciatique poplité externe G [gauche] résiduel, l'indication de soutien sous forme d'attelle anti-step peut être donnée.  
Antalgie à la demande. Paracétamol ou AINS dont la quantité est à moduler par le médecin-traitant.”

Par décision sur opposition du 3 mars 2020, la CNA a partiellement admis l'opposition de l'assuré. S'agissant du droit à la rente invalidité de l'assurance-accidents, elle a retenu que les rapports médicaux auxquels se référait l'avocat de l'assuré pour alléguer une capacité de travail résiduelle de 30 % n'étaient pas convaincants et que l'abattement de 5 % pris en compte pour la fixation du revenu avec invalidité se justifiait par le fait que l'assuré restait en mesure de manipuler des charges de plus de cinq kilos, mais qu'il était toutefois restreint dans certaines positions de travail ainsi que dans sa liberté de

mouvement ; un tel abattement se situait entre une personne cantonnée à des activités légères ou en position alternée (0 % d'abattement) et une personne ayant des limitations posturales même dans des activités uniquement légères (10 %), avec la précision également, que pour les activités du niveau de compétence 1, un facteur de réduction pour motifs personnels n'était pas justifié. La CNA a par contre retenu un revenu de valide de 71'552 fr., calculé sur la base du salaire mensuel d'un employé de la catégorie A versé treize fois par an selon la Convention collective de travail (CCT) des industries vaudoises de la construction pour 2019 (soit, 5'504 fr. x 13), avec la précision que l'assuré avait bénéficié d'un revenu d'employé de catégorie A et non B. Comparé au gain d'invalidité (64'355 fr. 80), il en résultait une diminution de 10 % ouvrant le droit à une rente d'invalidité de ce taux depuis le 1<sup>er</sup> avril 2019. La CNA a fixé le gain annuel assuré à un montant de 75'820 fr. 40 et porté le montant de l'indemnité en capital à 88'457 fr. 55 pour les troubles psychogènes ; elle a retenu qu'à l'issue de son entretien avec l'assuré, le Dr H. \_\_\_\_\_ avait estimé la répercussion du diagnostic d'épisode dépressif léger à 20 % sur la capacité de travail mais précisait toutefois que cette réduction ne pouvait pas être considérée comme définitive et pourrait disparaître si la situation administrative, juridique et financière de l'assuré s'améliorait ou offrait des perspectives encourageantes. Un document annexé à la décision sur opposition faisait état d'un montant global sur trente-six mois, soit du 1<sup>er</sup> avril 2019 au 31 mars 2022, versé en quatre tranches correspondant à une incapacité de gain de 90 % les douze premiers mois (100 % - 10 % troubles somatiques), puis de 50 %, 25 % et 10 % par tranches de huit mois. La décision du 9 avril 2019 de la CNA a été confirmée pour le surplus.

**B.** Par acte du 28 avril 2020, D. \_\_\_\_\_, représenté par Me David Métille, a recouru contre la décision sur opposition précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant, avec dépens, à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité de 75 % avec effet au 1<sup>er</sup> avril 2019, ainsi qu'à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité globale d'un taux de 65 %, sous déduction des prestations allouées au titre d'indemnité en capital. Subsidiairement, il a conclu à l'annulation de

la décision attaquée ainsi qu'à la mise en œuvre d'une expertise médicale « destinée à établir l'ensemble des diagnostics consécutifs à l'accident du 21 octobre 2015 et leur répercussion sur le taux de capacité de travail du recourant dans une activité adaptée, ainsi que l'appréciation du taux d'atteinte à l'intégrité corporelle, sur un plan somatique et psychiatrique ». En substance, l'assuré conteste l'évaluation médicale et économique conduite par la CNA. En lien avec le taux de la rente d'invalidité de l'assurance-accidents, il conteste le bien-fondé du calcul du revenu d'invalidé effectué par la CNA sur la base d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée et la prise en compte d'un taux d'abattement de 5 %. Il estime pour sa part présenter une capacité de travail de 30 % dans une activité adaptée compte tenu d'un taux de capacité de travail résiduelle de 50 % retenu sur le plan somatique par le Dr I. \_\_\_\_\_ et d'une baisse de rendement de 20 % pour les séquelles au plan psychiatrique admise par le Dr H. \_\_\_\_\_. Quant au taux d'abattement il est d'avis qu'il devrait être d'au moins 10 % sur le salaire issu de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) au regard de ses « importantes » séquelles, taux qu'il estime être « tout à fait approprié » compte tenu de l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 19 %. Suivant ses calculs, la comparaison de son revenu d'invalidé de 18'290 fr. 60 avec celui sans l'accident de 71'552 fr., lui ouvrirait le droit à une rente d'invalidité LAA de 74,44 %, arrondie à 75 %. Dans un second temps, le recourant remet en cause le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité fixé à 19 % par le Dr C. \_\_\_\_\_ ; de l'avis du recourant, ce taux sous-estimerait les taux de déficits fonctionnels permanents évalués au total à 41 % par le Dr I. \_\_\_\_\_ (à savoir, SPE gauche [20 %], SPE droit [5 %], douleurs sacro iliaques bilatérales [8 %] ainsi qu'éventration [douleurs, troubles du transit ; 8 %]) et, d'autre part, sans tenir compte des atteintes psychiques estimées à « au moins 30 % » par le Dr A. \_\_\_\_\_, étant précisé que la CNA n'a pas démontré la caractère transitoire des troubles psychiques de caractère léger à modéré. Dans ces conditions, le recourant allègue qu'en ajoutant un taux complémentaire de 46 % à l'appréciation du médecin d'arrondissement, il aurait droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité globale d'un taux de 65 % tenant compte aussi bien des séquelles à caractère physique que

psychique. A titre de mesures d'instruction, il a requis la production par la CNA de son dossier complet ainsi, qu'à titre subsidiaire, la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire (orthopédique, médecine digestive ou interne et psychiatrique) judiciaire.

Dans sa réponse du 1<sup>er</sup> juillet 2020, la CNA a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée, sans que d'éventuelles mesures d'instruction ne s'avèrent nécessaires. Elle a produit son dossier complet.

Le 15 juillet 2020, en réplique, le recourant a confirmé ses précédentes conclusions. En lien avec le droit à la rente d'invalidité de l'assurance-accidents, il fait valoir la persistance de douleurs séquellaires abdominales post cure d'éventration en octobre 2018, en opposition à la capacité de travail entière retenue par les médecins d'arrondissement de la CNA. Sur le plan psychiatrique, il maintient que les avis des Drs V.\_\_\_\_\_ et A.\_\_\_\_\_ doivent l'emporter sur ceux des médecins de l'intimée, avec la précision qu'une baisse de rendement définitive avait été constatée par le Dr H.\_\_\_\_\_. S'agissant du taux d'abattement de 10 % dont il demande la prise en compte sur les salaires statistiques pour la fixation du revenu d'invalidé, le recourant le motive par son état de santé défaillant, son statut de frontalier (permis G) et l'exercice d'une activité de durée limitée en Suisse auprès de T.\_\_\_\_\_ SA. Enfin, il répète présenter une atteinte à l'intégrité en raison de ses symptômes psychiques (30 %) et somatiques (41 %) donnant droit à une indemnité globale pour atteinte à l'intégrité de 65 %.

Dans sa duplique du 19 août 2020, la CNA a intégralement maintenu les conclusions de son mémoire-réponse du 1<sup>er</sup> juillet 2020.

**C.** Par décision du 30 avril 2020, D.\_\_\_\_\_ a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 24 mars 2020. Il était exonéré du paiement des frais judiciaires ainsi que de toute franchise mensuelle. Un avocat d'office en la personne de Me David Métille lui a été désigné.

Le 1<sup>er</sup> septembre 2021, Me Métille a déposé la liste de ses opérations effectuées au titre de l'assistance judiciaire.

**D.** Par décision du 26 février 2018, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) a rejeté la demande de prestations du 29 janvier 2016 de l'assuré en lien avec les suites de l'accident d'octobre 2015 ; cet office a refusé le droit à la rente au motif, que le degré d'invalidité était, après comparaison des revenus, de 12,93 %. Pour ses calculs, l'OAI a procédé à une réduction de 10 % sur le revenu d'invalidité.

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

**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)** Vu la situation extraordinaire en lien avec le coronavirus, le Conseil fédéral a fait usage de sa compétence pour prolonger les fêtes judiciaires pascales telles que prévues par l'art. 38 al. 4 let. a LPGA, et les a fixées du 21 mars au 19 avril 2020 (ordonnance du 20 mars 2020 sur la suspension des délais dans les procédures civiles et administratives pour assurer le maintien de la justice en lien avec le coronavirus [COVID-19] ; RS 173.110.4). Le recours a ainsi été 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]). Respectant

par ailleurs 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 taux de la rente d'invalidité de l'assurance-accidents, singulièrement sur la capacité de travail du recourant et l'abattement à opérer dans le cadre de la fixation du revenu d'invalidité, ainsi que sur le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. La reconnaissance de l'état de santé stabilisé au 31 mars 2019 n'est pas litigieuse, tout comme le montant du gain annuel assuré.

**b)** On précisera que les modifications introduites par la nouvelle du 25 septembre 2015, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2017 et modifiant diverses dispositions de la LAA, ne sont pas applicables au cas d'espèce, vu la date de l'accident assuré (cf. ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification [RO 2016 4388]).

**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. Selon l'art. 4 LPGA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort.

**b) aa)** 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 (art. 18 al. 1 LAA). Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus à attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré 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 cessant dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA).

Conformément à l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 7 al. 1 LPGA, 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 est réputée incapacité de gain, 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. L'art. 7 al. 2 LPGA précise que seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain et qu'en outre, il y a incapacité de gain uniquement si celle-ci n'est pas objectivement surmontable. Pour établir si on peut raisonnablement exiger de l'assuré qu'il surmonte par ses propres efforts les répercussions négatives de ses problèmes de santé et exerce une activité lucrative et, partant, réalise un revenu, il faut se placer d'un point de vue objectif. L'élément déterminant n'est donc pas la perception subjective de l'intéressé, mais de savoir si on peut objectivement attendre de lui qu'il surmonte ses limitations et exerce une activité lucrative en dépit de ses problèmes de santé (ATF 135 V 215 consid. 7.2 et les références citées).

**bb)** 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).

**cc)** La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 137 V 334 consid. 3.1.1 ; TF 8C\_643/2016 du 25 avril 2017 consid. 4.1). Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (TF 8C\_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 5.4.1).

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 citées ; TF 9C\_254/2010 du 29 octobre 2010 consid. 4.2).

**dd)** Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C\_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2).

**ee)** 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. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1).

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 (RAMA 2001 n° U 439 p. 347). 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).

**c)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), 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\_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

**d)** Une valeur probante doit également être accordée aux appréciations émises par les médecins de la CNA, car, selon la jurisprudence, cette institution n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, une entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et les références citées ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**e)** S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculoologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C\_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

**4. a)** En ce qui concerne le droit à la rente, dans un premier moyen, le recourant remet en cause l'évaluation de la capacité de travail dans une activité adaptée. Opposant le point de vue de ses médecins à celui des médecins d'arrondissement de la CNA, il estime présenter une capacité de travail de 30 % dans une activité adaptée compte tenu d'un taux de capacité de travail résiduelle de 50 % retenu sur le plan somatique et d'une baisse de rendement de 20 % pour les séquelles psychiques.

**b) aa)** Sur le plan somatique, l'assuré a été examiné le 4 décembre 2017 par le Dr C.\_\_\_\_\_. Sur la base des pièces au dossier, des déclarations de l'assuré ainsi que de l'examen clinique, le médecin d'arrondissement a posé les diagnostics de status après polytraumatisme du 21 octobre 2015, status après fracture type open book du bassin avec atteinte de la sacro-iliaque droite, traitée par un fixateur externe, status après fracture des arcs costaux 7,8 et 9 à gauche, status après fracture des apophyses transverses gauches de L1 et L2, status après rupture traumatique de la paroi postérieure de la vessie, status après thrombose veineuse profonde à droite, status après sinusite maxillaire bilatérale, status après résection segmentaire du grêle et multiples laparotomies et neuropathie sensitivomotrice du sciatique poplité externe (SPE) à gauche. Il a conclu à un état stabilisé, avec persistance d'une atteinte du sciatique poplité externe gauche ainsi que des douleurs aux sacro-iliaques surtout à gauche. L'assuré était considéré comme apte à travailler à 100 %, sans

diminution de rendement, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (activité sédentaire ou semi-sédentaire avec alternance des positions assise et debout, éviter les travaux penché en avant, la marche en terrain irrégulier avec cependant de courts déplacements à plat possibles ainsi que le soulèvement ou le port de charges supérieures à vingt kilos). Le 4 février 2019, le Dr R. \_\_\_\_\_ a confirmé la stabilisation du cas et les conclusions du rapport d'examen du 7 décembre 2017 du Dr C. \_\_\_\_\_.

De son côté, le recourant soutient présenter, sur le plan somatique, une capacité résiduelle de travail de 50 % sur la base du rapport d'expertise orthopédique du 9 juillet 2019 du Dr I. \_\_\_\_\_. En premier lieu il convient de constater que sous la rubrique « taux de capacité de travail » de son rapport, ce médecin, exerçant en France, écrit « elle est de 50% en fonction de l'IPP [incapacité permanente partielle] ». Cette appréciation de la capacité de travail n'est pas pertinente dès lors qu'elle repose sur une législation, respectivement des barèmes, distincts de la législation suisse. S'agissant de la limitation fonctionnelle retenue par le Dr I. \_\_\_\_\_ en lien avec les déplacements sur une courte période de dix à quinze minutes, le Dr C. \_\_\_\_\_ en a tenu compte en décembre 2017, sur la base des déclarations de l'assuré qui annonçait sur le plan ostéo-musculaire, quelques douleurs en regard des sacro-iliaques, surtout à gauche, augmentant à la marche à plat de quinze à vingt minutes ; le médecin d'arrondissement a ainsi retenu de courts déplacements à plat à titre de limitation fonctionnelle (rapport d'examen du 7 décembre 2017 pp. 5 et 8). L'allégation du recourant selon laquelle « les séquelles abdominales sont totalement incompatibles avec le port de charges » n'est pas pertinente. En effet, le 22 mai 2017, le Dr L. \_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré notait une nette amélioration de la musculature abdominale et qu'il n'était pas vraiment gêné par son éventration. Après la cure d'éventration médiane sur cicatrice xipho-pubienne par laparotomie avec plaque le 2 octobre 2018, les suites ont été simples, avec une bonne cicatrisation et la reprise d'activité légère. Après sa prise de connaissance des pièces médicales versées au dossier depuis l'intervention chirurgicale précitée, le Dr R. \_\_\_\_\_ a confirmé les limitations fonctionnelles retenues

lors de l'examen clinique du 4 décembre 2017 par le Dr C.\_\_\_\_\_. Par ailleurs, il est à noter que le rapport du 9 décembre 2016 de la CRR, qui figurait au dossier remis en mains du médecin d'arrondissement pour son examen final en décembre 2017, mentionnait des limitations fonctionnelles provisoires en lien avec le port de charges lourdes, de sorte que le Dr C.\_\_\_\_\_ en avait connaissance et qu'il en a tenu compte au moment de son examen clinique de l'assuré.

Dans sa réplique du 15 juillet 2020, le recourant soutient que l'addition de la limitation fonctionnelle établie par le Dr I.\_\_\_\_\_, selon laquelle les séquelles abdominales sont totalement incompatibles avec le port de charges, avec ses autres restrictions, justifie de retenir une capacité de travail résiduelle de 50 %. Or, il est rappelé que l'intervention chirurgicale du 2 octobre 2018 a consisté en une correction chirurgicale de l'atteinte abdominale présentée lors de l'accident du 21 octobre 2015 qui a stabilisé le problème et que les suites ont été simples, avec reprise d'activité légère, et qui ne donnait en outre pas lieu à une augmentation de l'estimation de l'atteinte à l'intégrité (rapports des 5 octobre et 5 novembre 2018 des médecins du Service de chirurgie générale et thoracique du CHU de [...]; appréciation médicale du 28 février 2020 du Dr R.\_\_\_\_\_). Le 10 décembre 2018, la Dre Q.\_\_\_\_\_ rapporte « des douleurs séquellaires abdominales post cure d'éventration (prothèse 20\*30) en octobre 2018 » mais ne retient toutefois aucune limitation fonctionnelle corrélative, alors qu'elle en retient pour les membres inférieurs (« neuropathie des membres inférieurs avec difficultés à la marche, sensation de brûlures des membres, limitation du périmètre de marche »). Le recourant ne saurait dès lors se prévaloir de l'intervention d'octobre 2018 pour remettre en cause l'aptitude reconnue à exercer une activité adaptée à 100 %.

Aucun indice concret ne permet de douter du bien-fondé des appréciations émises par les médecins d'arrondissement qui doivent se voir accorder une pleine valeur probante (cf. consid. 3c et 3d supra). Le rapport d'examen du 7 décembre 2017 du Dr C.\_\_\_\_\_, dont les constatations et conclusions sont confirmées par le Dr R.\_\_\_\_\_, est en

effet le résultat d'une analyse fouillée du cas, en ce qu'il repose sur un examen clinique effectué dans les règles de l'art, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, et qu'il a été établi en pleine connaissance du dossier de celle-ci. Il contient une appréciation claire de la situation par un spécialiste et aboutit à des conclusions médicales dûment motivées et exemptes de contradictions.

**bb)** Sous l'angle psychique, lors du séjour de l'assuré à la CRR en 2016, il n' a pas été posé de diagnostic mais uniquement rapporté des symptômes (cauchemars caractéristiques des réveils pendant les phases de sommeil paradoxal avec oppression thoracique, angoisse, impossibilité de pouvoir se mouvoir avec parfois hallucinations visuelles et auditives). A cette occasion, il a également été relevé que durant le séjour, suivi par le psychologue clinique, l'assuré avait « pu verbaliser ses difficultés depuis son accident, avec notamment le choc que cela a[vait] engendré pour ses proches. Le fait d'avoir été déchargé de toute responsabilité et d'être reconnu comme victime a[vait] vraiment aidé le patient à pouvoir digérer ce traumatisme et à s'engager dans la réadaptation. Son sommeil s'[était] amélioré, et même si le patient ressent[ait] un grand besoin de pouvoir verbaliser ce qu'il vi[vait], il [pouvait] se projeter vers une reprise avec bonne amélioration de son état psychologique ». Dans le cadre de son examen psychiatrique du 22 mai 2018, le Dr H.\_\_\_\_\_ diagnostique un épisode dépressif léger (F32), considérant qu'il regroupe le mieux les quelques symptômes psychiques retrouvés soit la difficulté subjective de concentration, la tendance à s'irriter, à ruminer, à se sentir l'objet d'injustice. Les symptômes de type post-traumatique ont nettement diminué depuis le consilium psychiatrique à la CRR en automne 2016 ; l'assuré n'était pas angoissé et ne présentait pas de réaction physiologique en parlant de l'accident, et depuis l'été 2017, il est suivi par le Dr V.\_\_\_\_\_, psychiatre. Le Dr H.\_\_\_\_\_ conclut à une capacité de travail de 80 % « du point de vue horaire à rendement complet », avec la précision que cette réduction de la capacité de travail de l'assuré n'est pas définitive et susceptible de disparaître en cas d'amélioration de la situation administrative, juridique et financière de celui-ci ou au moins permettre des perspectives plus encourageantes.

Aux termes de son rapport du 10 janvier 2018, le psychiatre traitant constate pour sa part que l'assuré présente une névrose post-traumatique importante avec de notables répercussions dans sa vie quotidienne même hors situation de stress altérant en particulier ses relations inter-personnelles, avec la précision que le « handicap est important et permanent ». De l'avis du Dr V.\_\_\_\_\_, l'incapacité de travail est totale. Or, outre le fait que, de par son rôle de médecin traitant, généralement enclin à prendre partie pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc), l'avis du Dr V.\_\_\_\_\_ est sujet à réserves. Il est au demeurant dépourvu de toute motivation dûment étayée sur la base d'éléments médicaux objectifs, et n'est donc pas en mesure de faire douter du bien-fondé de l'appréciation probante du médecin d'arrondissement.

Quant à l'avis des 21 août et 1<sup>er</sup> octobre 2019 du Dr A.\_\_\_\_\_, expert judiciaire en France, il conclut que si les séquelles psychologiques de l'accident d'octobre 2015 n'entraînent pas à elles seules une incapacité de travail, elles entament très certainement les capacités de l'assuré à reprendre son travail de conducteur d'engin, d'autant plus au vu de l'association des séquelles psychologiques aux séquelles physiques décrites par ailleurs. La capacité de l'assuré à occuper un « travail quelconque » est de 80 %. En écrivant que « l'indemnisation des séquelles à l'accident pallie aux conséquences d'un sinistre, apportent une part de reconnaissance de la victime mais ne sont en aucun cas un acte thérapeutique en matière psychopathologique », ce médecin conteste principalement le principe même de l'indemnité en capital prévu dans la loi sur l'assurance-accidents plutôt que son application au cas d'espèce, soit le taux retenu. Or, l'indemnité en capital, couvrant la période du 1<sup>er</sup> avril 2019 au 31 mars 2022, allouée à l'assuré a été portée à 88'457 fr. 55 à l'issue de la procédure d'opposition et d'autre part, l'institution de l'indemnité en capital prévue à l'art. 23 LAA, soit du droit suisse, ne saurait être interprétée de manière identique en droit français ; dans le système français, après un accident du travail, si les séquelles le justifient, un taux d'incapacité permanente peut être attribué et ensuite une

indemnité en capital versée. Pour ces motifs, le point de vue du Dr A. \_\_\_\_\_ ne s'avère pas convaincant. Partant, il est insuffisant pour remettre en question le rapport d'examen psychiatrique du 6 juin 2018 du Dr H. \_\_\_\_\_, respectivement le bien-fondé du versement d'une indemnité en capital. Les troubles psychiques ayant déjà été indemnisés, ils ne sauraient être pris en compte dans le cadre de l'évaluation du taux de la rente d'invalidité et de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, comme l'a à juste titre rappelé la CNA dans sa réponse du 1<sup>er</sup> juillet 2020. Par ailleurs, ce médecin reconnaît une capacité de travail de 80 % à l'assuré.

**cc)** Sur le plan médical, malgré la persistance de séquelles accidentelles sous la forme d'une atteinte du sciatique poplité externe (SPE) à gauche ainsi que des douleurs aux sacro-iliaques, la CNA retient à juste titre que l'assuré reste en mesure d'exercer une activité professionnelle dans différents secteurs de l'économie, à la condition qu'il puisse exercer une activité sédentaire ou semi-sédentaire, dans laquelle il est possible d'alterner la position assise ou debout à sa guise, évitant les travaux penché en avant, ainsi que la marche en terrain irrégulier, avec de courts déplacements à plat possibles, sans port de charges supérieurs à vingt kilos.

**c)** Le dossier est complet, permettant ainsi à la Cour de statuer en connaissance de cause. Un complément d'instruction apparaît inutile et la requête formulée en ce sens par le recourant dans ses écritures - à savoir, la réalisation d'une expertise médicale judiciaire pluridisciplinaire (portant sur les volets orthopédiques, médecine digestive ou interne et psychiatrique) - doit dès lors être rejetée. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la conviction qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.3 et 130 II 425 consid. 2.1).

**d) aa)** Dans le cadre de l'examen du droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents, s'agissant du revenu d'invalidité retenu pour la comparaison des revenus (au sens de l'art. 16 LPGA), le recourant sollicite la prise en compte d'un taux d'abattement supérieur à celui de 5 % retenu par l'intimée. Il fait valoir que l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 19 %, les limitations fonctionnelles, le statut de frontalier (permis G) et l'exercice d'une activité de durée limitée en Suisse devraient conduire à la déduction d'un abattement de 10 %.

**bb)** Selon la jurisprudence, la mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). Une déduction globale maximale de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). Il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération. Il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidité, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret (ATF 126 V 75 précité consid. 5b/bb ; TF 8C\_227/2017 du 17 mai 2018 consid. 3.1 ; TF 8C\_883/2015 du 21 octobre 2016 consid. 6.2.1).

**cc)** Le recourant ne peut être suivi lorsqu'il affirme qu'un taux d'abattement de 5 % « ne vaut que dans le cas d'assuré/es qui ont assumé un poste à responsabilité, en particulier comme gérant d'entreprise » alors qu'un taux de 10 % est « la norme dans les cas des assurés présentant des taux d'IPAI se situant entre 10 à 25 % et qui sont en mesure d'assumer une activité à 100 % dans un emploi adapté ». En faisant dépendre le taux d'abattement de celui de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité de 19 % ainsi que du poste de travail précédemment assumé, le recourant perd manifestement de vue qu'il ne s'agit pas de critères susceptibles d'influencer le revenu d'une activité lucrative tels

qu'énumérés de manière exhaustive par la jurisprudence (ATF 126 V 75 précité consid. 5b/bb).

En l'occurrence, au vu des limitations fonctionnelles, il est exigible de la part du recourant qu'il exerce une activité sédentaire ou semi-sédentaire dans laquelle il puisse alterner à sa guise la position debout avec la position assise. Il doit éviter les travaux penchés en avant. Il doit éviter de marcher en terrain irrégulier. De courts déplacements à plat sont possibles. Enfin, il doit éviter de soulever ou de porter des charges supérieures à vingt kilos (pièce 286). Si l'assuré présente une liberté de mouvement restreinte en termes de périmètre de marche ainsi que dans certaines positions de travail, son état n'entrave toutefois pas le port de charges jusqu'à vingt kilos et les limitations fonctionnelles n'imposent en définitive pas une activité sédentaire ou semi-sédentaire légère théorique stricte. Il est adéquat de retenir un abattement de 5 % dans cette circonstance, dès lors qu'il tient suffisamment et correctement compte de l'impact global des atteintes à la santé. A titre comparatif, la Haute Cour a estimé qu'un abattement de 5 % se justifiait dans le cas des limitations fonctionnelles d'un assuré présentant de sévères lésions subies au genou, et qui ne pouvait travailler que dans des activités légères, plutôt sédentaires et autorisant les positions alternées (TF 8C\_910/2010 du 8 septembre 2011 consid. 6.3). Un abattement identique a été confirmé dans la situation d'un danseur professionnel présentant une rupture partielle de deux tendons rotuliens, ne pouvant plus courir, ni rester longtemps assis les genoux fléchis et ayant de la difficulté à monter les escaliers et à se lever d'une chaise (TF 8C\_762/2010 du 8 avril 2011 consid. 2.3). Au vu du profil d'exigibilité défini par le Dr C.\_\_\_\_\_, le revenu d'invalidité a été calculé sur la base des salaires figurant dans l'enquête suisse de la structure des salaires ([ESS] ; hommes, année 2016, niveau de compétence 1). Or le niveau de compétences 1 s'applique en principe à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité, parce qu'elle est physiquement trop astreignante, mais conservent néanmoins une capacité de travail dans des travaux légers. Il est représentatif du revenu que ces assurés seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides, dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités

variées et non qualifiées, n'impliquant pas de formation particulière si ce n'est une mise au courant initiale et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (DAVID IONTA, Fixation du revenu d'invalidé selon l'ESS, *in* : Jusletter 22 octobre 2018, Rz 91 et les références).

Le moyen invoqué en lien avec le statut de frontalier (permis G) est mal fondé. En vertu des dispositions de l'Annexe I à l'Accord du 21 juin 1999 entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part, sur la libre circulation des personnes (Accord sur la libre circulation des personnes, ALCP; RS 0.142.112.681), un ressortissant français a le droit d'exercer une activité économique en Suisse (art. 2 par. 1 annexe I ALCP) et ne peut être, en raison de sa nationalité, traité différemment des travailleurs suisses, notamment en matière de rémunération (art. 9 par. 1 annexe I ALCP). D'autre part, la Haute Cour a rappelé qu'un assuré ne saurait subir d'emblée un désavantage par rapport à un travailleur suisse du fait de sa nationalité française et de sa qualité de frontalier domicilié en France de sorte qu'une déduction sur le salaire statistique n'apparaît dès lors pas justifiée (TF 8C\_610/2017 du 3 avril 2018 consid. 4.4). Au demeurant le recourant n'allègue pas avoir été pénalisé par rapport à ses collègues de nationalité suisse lorsqu'il travaillait dans le cadre du contrat de mission pour T. \_\_\_\_\_ SA.

Pour le reste, l'allégation d'un « emploi en Suisse durant une période très limitée dans le temps » comme celle du retour en France faute d'avoir pu retrouver un emploi adapté en Suisse ne sont d'aucun secours au recourant. En effet, il ressort du dossier que ce dernier est arrivé en Suisse en 2015, un peu moins de trois mois avant l'accident, et qu'il a travaillé depuis ses dix-neuf ans ([...]) jusqu'à l'accident, à trente-huit ans, en conduisant des machines lourdes sur des chantiers et qu'il s'agissait la plupart du temps de missions de placement relativement courtes (rapport d'examen du 6 juin 2018 du Dr H. \_\_\_\_\_ p. 6 ; rapport d'examen du 7 décembre 2017 du Dr C. \_\_\_\_\_ p. 1 ; rapport du 23 août 2019 du Dr A. \_\_\_\_\_ p. 8). D'autre part, selon une notice d'un entretien

du 4 décembre 2017 avec le gestionnaire en charge du cas auprès de la CNA, l'assuré a déclaré ne pas savoir encore s'il allait se rapprocher de la Suisse pour obtenir plus de possibilités d'emploi ; il avait précisé s'intéresser au domaine de la prévention et de la sécurité dans lequel il allait entreprendre des recherches.

Enfin, il convient d'ajouter que le taux d'abattement de 10 % sur le revenu d'invalidité tel que retenu par l'OAI dans le cadre de sa décision de refus de prestations de l'assurance-invalidité du 26 février 2018 n'est pas déterminant pour l'issue du présent litige. En effet, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante pour l'assureur-accidents (ATF 131 V 362 consid. 2.3 ; la réciprocité de cette règle à l'égard de l'assurance-invalidité a également été admise : ATF 133 V 549 consid. 6). En l'espèce, l'intimée était en droit de procéder à sa propre évaluation de la rente d'invalidité du recourant en faisant abstraction de la prise en compte d'un taux d'abattement de 10 %, un tel élément ressortant d'une décision rendue par les organes de l'assurance-invalidité qui n'a pas de force contraignante pour l'assurance-accidents.

**dd)** Ainsi, un taux d'abattement de 5 % s'avère approprié pour fonder le revenu avec invalidité du recourant au vu de son état de santé défaillant.

**e)** Compte tenu du taux d'abattement, le revenu d'invalidité de 64'355 fr. 85 doit être confirmé. Après comparaison avec le revenu hypothétique sans invalidité (71'552 fr.), il en résulte un préjudice financier de 7'196 fr. 15 (71'552 fr. - 64'355 fr. 85) qui correspond à une perte de gain de 10,05 % ( $[7'196 \text{ fr. } 15 / 71'552 \text{ fr.}] \times 100$ ), arrondie à 10 % (ATF 130 V 121) comme l'a retenu la CNA.

**5. a)** Le recourant reproche également à l'intimée une estimation incorrecte de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à laquelle il a droit. Il revendique une indemnité de 65 % en raison des séquelles physiques et

psychiques de l'accident au lieu des 19 % retenus pour les conséquences des troubles somatiques.

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

Aux termes de l'art. 25 al. 1 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital. Elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité, qui s'apprécie d'après les constatations médicales. C'est dire que chez tous les assurés présentant le même status médical, l'atteinte à l'intégrité est la même ; elle est évaluée de manière abstraite, égale pour tous, de sorte qu'il n'est pas nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'elle entraîne pour l'assuré concerné (ATF 115 V 147 consid. 1 ; 113 V 218 consid. 4b ; TF 8C\_566/2017 du 8 mars 2018 consid. 5.1). Il incombe donc au premier chef aux médecins d'évaluer l'atteinte à l'intégrité, car, de par leurs connaissances et leur expérience professionnelles, ils sont les mieux à même de juger de l'état clinique de l'assuré et de procéder à une évaluation objective de l'atteinte à l'intégrité (TF 8C\_566/2017 du 8 mars 2018 consid. 5.1).

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 de l'OLAA (art. 36 al. 2 OLAA). Cette annexe comporte un barème des atteintes à l'intégrité en pour cent du montant maximum du gain assuré. Ce barème – reconnu conforme à la loi – ne constitue pas une énumération exhaustive (ATF 124 V 29 consid. 1b, 113 V 2018 consid. 2a). Il représente une « règle générale » (ch. 1 al. 1 de l'annexe). Pour les atteintes qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il y a lieu d'appliquer le barème par analogie, en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 de l'annexe). Le ch. 2 de l'annexe dispose au surplus qu'en cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence, aucune indemnité n'étant toutefois versée dans les cas pour lesquels un taux inférieur à 5 % du montant maximum du gain assuré serait appliqué. A cette fin, la Division médicale de la CNA a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA. Sans lier le juge, ces tables sont néanmoins compatibles avec l'annexe 3 OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc ; TF 8C\_566/2017 du 8 mars 2018 consid. 5.1) et permettent de procéder à une appréciation plus nuancée, lorsque l'atteinte d'un organe n'est que partielle. 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).

**c)** Il convient de relever d'emblée que, conformément à l'art. 23 al. 1 LAA, la CNA a octroyé une indemnité en capital à l'assuré pour ses troubles psychogènes. Cette indemnisation exclut dès lors le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité en faveur de l'assuré s'agissant des séquelles psychiques de l'accident.

Cela étant précisé, dans son estimation de l'atteinte à l'intégrité du 7 décembre 2017, le Dr C. \_\_\_\_\_ a constaté, sur le plan somatique, que le recourant gardait, comme séquelles de l'accident du 21 octobre 2015, une atteinte du nerf sciatique poplité externe à gauche avec un steppage persistant ainsi que des douleurs aux sacro-iliaques. Il a indiqué qu'une paralysie du nerf sciatique poplité externe correspond à un

taux d'IPAI de 10 % d'après la table 2 d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA (Atteinte à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres inférieurs) éditée par la CNA. Il a indiqué d'autre part qu'en cas de douleurs des articulations sacro-iliaques (++), la table 7 d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA (Atteinte à l'intégrité dans les affections de la colonne vertébrale) éditée par la CNA prévoit un taux d'IPAI de 5 à 10 %, et que, dans le cas d'espèce, une indemnisation de 10 % paraissait justifiée. Procédant à une pondération, ce médecin proposait de fixer à 19 % le taux de l'atteinte globale à l'intégrité corporelle. Le 28 février 2020, le Dr R. \_\_\_\_\_ a estimé que la cure d'éventration, intervention chirurgicale du 2 octobre 2018 qui avait stabilisé le problème, ne donnait pas lieu à une augmentation de l'estimation de l'atteinte à l'intégrité, selon la table 9 d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA (Atteinte à l'intégrité en cas de lésions d'organes internes par accident ou maladie professionnelle [à l'exception des lésions pulmonaires, voir table 10] et en cas de transplantations d'organes solides) éditée par la CNA, item 3.

Le recourant remet en question le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité fixé à 19 % par le médecin d'arrondissement, au motif que ce taux sous-estimerait les taux de déficits fonctionnels permanents évalués au total à 41 % par le Dr I. \_\_\_\_\_ (à savoir, SPE gauche [20 %], SPE droit [5 %], douleurs sacro iliaques bilatérales [8 %] ainsi qu'éventration [douleurs, troubles du transit ; 8 %]). L'évaluation est effectuée par un expert français dont les compétences sont douteuses pour estimer le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité en vertu du système suisse. Cette estimation n'est de toute façon pas convaincante. En effet, le Dr I. \_\_\_\_\_ n'avance aucune explication, ni référence quant aux valeurs qui le conduisent à estimer le déficit fonctionnel permanent au total à 41 %. En dernière page de son rapport, il revient d'ailleurs sur son évaluation, aux motifs que, selon la table qui lui a été remise par l'avocat du recourant, la paralysie du SPE est de 10 % à gauche (et non 20 %) et que, selon l'estimation du Dr C. \_\_\_\_\_, l'atteinte sacro-iliaque est de 10 % (et non 8 %). Le Dr I. \_\_\_\_\_ ajoute encore mais sans aucune motivation, ni autre référence, que « la sciatalgie gauche

permanente doit être évaluée à 10% ». Les considérations du Dr I. \_\_\_\_\_ ne permettent pas de rediscuter les appréciations motivées et convaincantes des médecins d'arrondissement de la CNA, de sorte qu'il n'y a pas lieu de s'écarter de l'estimation faite dans le cas d'espèce de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité de 19 % qui tient correctement en compte les troubles somatiques séquellaires de l'accident. De plus, cette estimation n'exclut pas une indemnité complémentaire à celle allouée si, à l'avenir, les atteintes du membre inférieur gauche et de la colonne vertébrale venaient à s'aggraver de façon importante et durable (aux termes de l'art. 36 al. 4 OLAA « il sera équitablement tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité. Une révision n'est possible qu'en cas exceptionnel, si l'aggravation est importante et n'était pas prévisible »).

**6.** Sur le vu de tout ce qui précède, outre l'indemnité en capital de 88'457 fr. 55, la CNA était légitimée à octroyer à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents de 10 % depuis le 1<sup>er</sup> avril 2019 ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 19 %.

**7. a)** Mal fondé, le recours doit par conséquent être rejeté et la décision sur opposition litigieuse confirmée.

**b)** Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020, applicable conformément à l'art. 82a LPGA), ni d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

**c)** Le recourant est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Me Métille peut prétendre une équitable indemnité pour son mandat d'office. Après examen de la liste des opérations déposée le 1<sup>er</sup> septembre 2021, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il convient d'arrêter l'indemnité à 3'859 fr. (correspondant à neuf heures et vingt minutes de travail d'avocat au tarif horaire de 180 fr. et à quinze heures et quarante-cinq minutes de travail d'avocat-stagiaire au tarif horaire de 110

fr.), débours (5 %) et TVA (7,7 %) compris (art. 2, 3 al. 1 et 3bis RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). La liste des opérations produite par Me Métille ne peut en effet pas être intégralement suivie. L'activité déployée dépasse ce qu'admet la pratique de la Cour dans l'estimation du temps objectivement requis pour le traitement de cas de ce genre eu égard à l'importance et à la complexité du litige. En particulier, la liste fait mention des opérations suivantes : « 01.09.2021 Lettre explicative à la CASSO », « 01.09.2021 Email à client », « 15.01.2022 Lettre à la Suva ad paiement dépens (à prévoir) », « 15.01.2022 Email à client (à prévoir) », et « 10.02.2022 Email/lettre finale à client après entrée en force du jugement (à prévoir) », lesquelles correspondent au total à une heure et quinze minutes de travail d'avocat, et sont des démarches qui n'ont pas à être prises en charge dans le cadre de la présente procédure.

**d)** La partie recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser l'indemnité provisoirement prise en charge par l'Etat dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ).

**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 3 mars 2020 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.
  
- IV. L'indemnité d'office de Me David Métille, conseil du recourant, est arrêtée à 3'859 fr. (trois mille huit cent cinquante-neuf francs), débours et TVA compris.
  
- V. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, 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 David Métille (pour D. \_\_\_\_\_),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP),

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 :