

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 21 mars 2024

Composition : M. WIEDLER, président
Mmes Pasche et Livet, juges
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

Y._____, à [...], recourant, représenté par Me Guy Longchamp, avocat à Assens,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à Lucerne, intimée, représentée par Me Antoine Schöni, avocat à Bienne.

Art. 16 et 61 let. c LPGA ; 6 al. 1, 18 s. et 24 s. LAA

E n f a i t :

A. **a)** Y. _____, né en [...], sans formation professionnelle, a travaillé comme carrossier-peintre, garagiste, chauffeur-livreur, technicien de maintenance, mécanicien-moto et exploitant de food truck avant de bénéficier en dernier lieu de prestations de la Caisse cantonale de chômage. A ce titre, il était assuré contre les accidents auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

b) Le 13 février 2018, l'assuré a glissé en descendant les escaliers.

La CNA a pris en charge cet événement (sinistre [...]).

Les diagnostics d'entorse LLI (ligament latéral interne) de la cheville gauche grade I et de contusion de la main gauche ont été retenus.

Le 21 septembre 2018, l'assuré a bénéficié d'une reconstruction du ligament deltoïde du pied gauche effectuée par le Dr M. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

c) Le 30 juin 2019, en jouant au football avec son enfant, l'assuré a subi un lâchage de la cheville gauche, entraînant sa chute avec réception sur l'épaule droite.

La CNA a pris en charge cet événement (sinistre [...]).

Le 9 juillet 2019, l'assuré a été examiné par le Dr Q. _____, spécialiste en chirurgie, médecin d'arrondissement de la CNA, lequel a adressé l'intéressé auprès du Dr A. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, pour des observations et propositions thérapeutiques éventuelles. Le Dr A. _____ a estimé qu'il convenait de rester conservateur et après avoir procédé à

une infiltration sous-acromiale qui n'avait pas soulagé l'assuré, il l'a adressé auprès du Dr F._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation.

Le 15 août 2019, une échographie et un arthroscanner de l'épaule droite de l'assuré ont mis en évidence une lésion partielle du tendon du sous-scapulaire avec une tendinopathie du long chef du biceps chez un patient présentant une omarthrose droite débutante.

Le 22 août 2019, la CNA a pris en charge les frais de chaussures orthopédiques de série d'un montant de 1'111 fr. 45.

Dans un rapport du 1^{er} octobre 2019, le Dr M._____ a diagnostiqué une rupture post-traumatique des fibres profondes du ligament deltoïde du pied gauche sur status après entorse en pronation de la cheville gauche du 9 (recte : 13) février 2018, un status après reconstruction du ligament deltoïde du pied gauche le 21 septembre 2018 et un status après contusion de l'épaule droite avec suspicion d'une lésion de l'articulation acromio-claviculaire. Selon ce médecin, un examen Spect-CT de la cheville gauche effectué le 18 septembre 2019 n'était pas vraiment conclusif et mettait en évidence une légère réaction des tissus mous pouvant faire suspecter une légère réaction Sudeckoïde.

Par rapport du 26 novembre 2019, le Dr F._____ a constaté que l'assuré présentait des omo-brachialgies persistantes à droite et qu'il avait développé un CRPS (*Complex regional pain syndrome* ou syndrome douloureux régional complexe [SDRC]) de la cheville gauche depuis l'opération et une tendinopathie du jambier postérieur.

Dans un rapport du 15 janvier 2020, le Dr F._____ a constaté une mobilité active de l'épaule droite de l'assuré de 130° en flexion et 105° en abduction et des douleurs à l'appui du plexus brachial en sous-claviculaire ainsi que postérieurement au niveau du creux axillaire. La symptomatologie restait identique, d'intensité moindre avec

l'augmentation du traitement antiépileptique, et avec une mobilité d'épaule qui s'améliorait progressivement.

Lors d'un examen de l'assuré le 28 janvier 2020, le Dr Q._____ de la CNA a concédé avoir un peu de peine à comprendre la suite de la prise en charge après avoir adressé l'assuré auprès du Dr A._____, avec toute une série de diagnostics évoqués qu'il convenait désormais de tirer au clair, dans le contexte d'une évolution somme toute favorable et d'une prétendue algodystrophie de la cheville ainsi que du pied gauches dont l'assuré ne présentait pas vraiment de signes. Le Dr Q._____ a adressé ce dernier auprès de la Clinique romande de réadaptation (CRR) de Sion.

Dans un rapport du 11 mars 2020, le Dr F._____ a constaté une lente évolution de la mobilité active de l'épaule droite de même que de la cheville gauche chez l'assuré qui gardait des douleurs neurogènes sur ces deux sites. Ce médecin lui avait recommandé d'augmenter progressivement le Topiramate® selon tolérance et lui avait prescrit du Neurodol® patch pour la face interne de la cheville gauche. Quant au rachis lombaire, le Dr F._____ intégrait des recommandations pour le physiothérapeute afin d'accompagner l'assuré dans son programme de reconditionnement. Enfin, des infiltrations facettaires pouvaient être effectuées en cas de persistance de la symptomatologie.

Au terme du séjour de l'assuré à la CRR, du 2 au 5 mars 2020, les Drs A._____, spécialiste en neurologie, et D._____, spécialiste en médecine interne et en rhumatologie, ont établi un rapport d'évaluation interdisciplinaire du 17 mars 2020. Posant les diagnostics d'entorse de la cheville gauche en février 2018 avec reconstruction du ligament deltoïde le 21 septembre 2018 et possible CRPS au décours ainsi que de contusion de l'épaule droite avec possible entorse acromio-claviculaire le 30 juin 2019, ces médecins ont constaté que les douleurs les plus importantes se situaient au niveau de la cheville gauche avec une intensité moyenne douloureuse estimée entre 50 et 60 sur l'EVA (Echelle Visuelle Analogique) de 100. L'assuré relevait une sensation d'étau et de pression sur la

surface interne de la cheville infra-malléolaire. Il notait un gonflement persistant, parfois un changement de coloration ou de température. Les douleurs avaient persisté depuis deux ans, même si elles avaient changé de caractère ; elles étaient plus diffuses depuis l'intervention. Il y avait une recrudescence mécanique, à la marche et à la station debout. L'assuré présentait des réveils nocturnes s'il produisait des efforts durant la journée. Le duvet le dérangeait fréquemment. En revanche, il décrivait une évolution plutôt favorable des scapulalgies droites, mais qui étaient encore présentes surtout lors des ports de charges lourdes ou lors d'efforts répétés du membre supérieur droit. Parallèlement, l'assuré décrivait une aggravation des lombalgies qui évoluaient depuis des années, et avaient fait l'objet d'infiltration locale en 2017. Elles produisaient des réveils nocturnes réguliers et des difficultés lorsque l'assuré devait passer de la position assise à debout. Il y avait une irradiation au membre inférieur droit de la face postéro-latérale jusqu'au genou et parfois jusqu'au pied. Avant ses accidents, l'assuré avait déjà eu plusieurs entorses de cheville dans la pratique du football. Il notait également avoir eu des douleurs à l'épaule droite lors d'un effort de lancer de balle. Il était en arrêt de travail à 100 % après un bref essai de reprise en 2018. Un rapport d'examen neurologique du 5 mars 2020 du Dr A._____ joint à celui interdisciplinaire du 17 mars 2020, se termine comme suit :

“L'évaluation électroclinique de ce jour est normale.

Il n'y a pas d'argument pour une atteinte tronculaire ou radiculaire pouvant expliquer les douleurs de l'épaule droite.

Il n'y a pas d'argument pour une atteinte tronculaire au niveau des différents nerfs au membre inférieur gauche, en lien avec le traumatisme.

Il n'y a pas d'argument pour une radiculopathie au niveau du membre inférieur droit, où le patient présente des douleurs pouvant évoquer une lombosciatalgie.

Je ne retiens donc pas de diagnostic neurologique chez ce patient.”

Dans un rapport du 18 mai 2020, au terme de sa consultation avec l'assuré deux jours plus tôt, le Dr M._____ a décrit une évolution

qui restait marquée par des douleurs résiduelles au niveau de la malléole interne mais principalement proximale et ventrale. Lors de son examen, ce médecin n'a pas noté de signe de réaction de Sudeck au niveau de la cheville. L'assuré était toujours en incapacité totale de travail en raison des douleurs résiduelles, mais aussi en raison de problèmes lombaires et de l'épaule droite. Compte tenu de la perte de fonction au niveau de la cheville gauche, la reprise d'une activité professionnelle exercée en position debout semblait difficile et une annonce auprès de l'assurance-invalidité dans le sens d'une reconversion et éventuellement d'une rente devait être faite. L'incapacité de travail à 100 % était prolongée jusqu'au 30 septembre 2020 avec un prochain contrôle clinique prévu environ quatre mois plus tard.

Dans un rapport du 29 mai 2020, le Dr F. _____ a, sur la base de sa consultation de l'assuré le 27 mai 2020, fait part de douleurs neurogènes du membre supérieur droit qui étaient moindres, avec surtout la persistance de signes de tendinopathie des sus- et sous-épineux et des douleurs en lien avec un lipome qu'il valait la peine de suivre et pouvait motiver une exérèse de celui-ci en cas d'accentuation ou de persistance des douleurs. L'apparition de douleurs à l'épaule gauche était liée à une tendinopathie du sus-épineux avec discrets symptômes de TOS neurogènes, vraisemblablement par compensation d'une sous-utilisation du côté droit. Quant aux lombalgies et inguinalgies droites, elles étaient en grande partie liées à une hypertonie et à un raccourcissement du muscle ilio-psoas droit que le médecin encourageait l'assuré à étirer une à deux fois par jour. Enfin la mobilité de la cheville gauche s'améliorait mais il persistait des douleurs surtout neurogènes dans le territoire des rameaux calcanéens médiaux du nerf tibial. La situation devait être réévaluée au plus tard le 2 septembre 2020.

Le 8 juin 2020, la CNA a pris en charge les coûts d'une nouvelle paire de chaussures orthopédiques d'un montant de 1'111 fr. 45.

Le 29 juin 2020, le lipome a été enlevé.

Dans un rapport du 4 septembre 2020, le Dr F._____ a indiqué que les omo-brachialgies droites avaient nettement régressé après l'ablation du lipome sous-claviculaire le 29 juin 2020 qui comprimait certainement le plexus brachial. Il persistait des douleurs, mais nettement moindres, qui étaient tolérables avec un traitement de Topamax® 150 mg par jour. En revanche, les douleurs de la cheville gauche persistaient avec toujours une clinique essentiellement de CRPS, alors que les lombosciatalgies se présentaient plutôt comme un syndrome facettaire associé à un syndrome du muscle pyramidal dans le cadre d'une hypertonie musculaire de cette ceinture lombo-pelvo-crurale. Il n'était néanmoins pas exclu qu'il s'y ajoutait une composante radiculaire S1 droite avec un déficit sensitif modéré à droite. Le Dr F._____ préconisait dans l'immédiat la poursuite de la physiothérapie en adaptant le programme et en complétant le traitement antalgique par de la Duloxétine® 30 (voire 60) mg par jour. La situation devait être réévaluée le 6 novembre 2020.

Dans un rapport d'examen du 7 octobre 2020, le Dr Q._____ de la CNA a noté en particulier que, selon les déclarations de l'assuré, l'ablation du lipome dont il pensait qu'il devait appuyer sur un nerf avait rendu une épaule droite indolore et fonctionnelle.

Dans un rapport du 9 novembre 2020 consécutif à sa consultation de l'assuré le 6 novembre 2020, le Dr F._____ a constaté que la région sus-claviculaire droite restait quelque peu sensible au toucher ainsi qu'au contact des habits ou de la ceinture de sécurité. L'assuré poursuivait le traitement de Topiramate® (100 mg par jour). Les douleurs de pied et de cheville gauches restaient stables et l'assuré devait être prochainement vu à la consultation du Prof. X._____. Les lombosciatalgies restaient également stables alors qu'étaient apparues des inguinalgies droites en lancées durant une à deux minutes empêchant l'assuré de bouger la jambe ou de mettre du poids dessus. En l'absence de bénéfice, le Dr Q._____ lui aurait proposé d'interrompre la prise de Duloxétine® et la physiothérapie. Dans ce contexte, le Dr F._____ avait remontré à l'assuré des exercices d'étirement musculaire de l'ilio-psoas et

des rotateurs externes de hanches à réaliser et lui avait proposé d'essayer la lumineothérapie pour lutter contre une baisse d'humeur saisonnière. La situation devait être réévaluée le 27 janvier 2021.

A la demande du médecin d'arrondissement de la CNA, le Prof. X. _____ et la Dre V. _____, tous deux spécialistes en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, ont établi un rapport le 16 novembre 2020 aux termes duquel ils ont relevé une décompensation d'un pied plat par un traumatisme des stabilisateurs passifs (deltoïde et spring-ligament) pour laquelle une correction chirurgicale était envisageable ; toutefois, ces spécialistes ont relevé que l'assuré était confortable dans ses chaussures orthopédiques sur mesure et relativement réticent à une nouvelle intervention chirurgicale. Ces médecins ont conclu que cette intervention n'était pas urgente chez l'intéressé qui devrait de toute façon bénéficier d'une reconversion professionnelle dans un métier sédentaire.

Le 4 janvier 2021, le Dr Q. _____ a rédigé un rapport d'examen final dont on extrait les constatations suivantes :

"Il s'agit d'un patient de 52 ans, présentant une obésité morbide, à la thymie maintenue, en état général conservé.

Epaule droite :

La ceinture scapulaire est équilibrée. Les articulations acromioclaviculaires sont symétriques, indolores à la sollicitation. Il n'y a aucune amyotrophie de l'épaule D.

L'épaule D est tout à fait souple, manifestement indolore à la mobilisation avec des signes du conflit qui sont négatifs.

Tous les tendons de la coiffe des rotateurs sont fonctionnels et leur mise sous tension n'est pas douloureuse.

La mobilité active est complète.

Globalement l'épaule D a récupéré une très bonne force.

Cheville gauche :

La démarche pieds nus, dans la salle d'examens, s'effectue un peu en rotation externe du pied G mais elle est relativement aisée avec un assez bon déroulement du pas. La marche sur la pointe des pieds

et sur les talons est bien réalisée. L'appui monopodal G est légèrement instable par rapport à D mais il est quand même soutenu. L'accroupissement est profond, légèrement asymétrique en défaveur de la G. Le patient se relève sans difficultés notables. En station debout, le patient se tient en charge équivalente des MI qui paraissent normo-axés. On relève une légère amyotrophie du mollet G.

La cheville G est toujours légèrement enflée en région sous-malléolaire interne et un peu sensible à la palpation mais il n'y a pas de signes réactifs ou dystrophiques locaux manifestes, pas de différence de température ou de sudation entre les 2 chevilles.

La cicatrice opératoire est bien coaptée, non dysesthésique.

La mobilisation de la tibio-talienne, qui a récupéré une mobilité quasi complète (E/F 15-0-40° par rapport à 20-0-40° à D) est maintenant totalement indolore.

Il n'y a pas de laxité pathologique.

L'arrière-pied G présente un valgus assez marqué mais symétrique par rapport à D et il se réduit bien lorsque le patient monte sur la pointe des pieds.

Le pied G, qui est aligné, a un aspect normal et une bonne force.

La circonférence du mollet G mesure 43 cm par rapport à 43,5 cm à D, celle de la cheville G mesure 26 cm par rapport à 25,5 cm à D."

Sur la base de ses constatations cliniques, le Dr Q. _____ a retenu que le traitement de la cheville gauche était terminé. Quant à l'épaule droite, elle était manifestement guérie sans séquelles notables. Les limitations fonctionnelles étaient le port de charges moyennes, la station debout prolongée et les longs trajets, surtout en terrain accidenté. Dans une activité respectant ces limitations, il était clair que la capacité de travail était entière. Malheureusement, l'assuré ne semblait pas dans une démarche de recherche d'emploi.

L'atteinte à l'intégrité a été estimée le 4 janvier 2021 par le Dr Q. _____ qui, constatant un status après une entorse interne de la cheville gauche, a évalué le taux d'atteinte à l'intégrité à 5 % par analogie à une arthrose débutante de la tibio-talienne, en référence à la table 5 des atteintes à l'intégrité résultant d'arthroses.

Le 25 janvier 2021, la CNA a écrit à l'assuré qu'au vu de la stabilisation des suites de l'accident constatée lors de l'examen médical effectué récemment, elle mettrait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière au 28 février 2021. Elle statuerait ultérieurement sur le droit de l'intéressé à d'autres prestations.

Dans des rapports des 29 janvier et 18 février 2021, le Dr F. _____ a fait part d'une exacerbation des douleurs neurogènes dans le membre supérieur droit dont le territoire touchait les trois troncs nerveux pour laquelle ce médecin organisait un ultrason sus-claviculaire et recommandait la reprise du TENS pour éviter d'augmenter la médication antiépileptique. A la cheville droite, ce médecin suspectait un ressaut du gros orteil avec la prescription d'exercices d'étirement du fléchisseur de ce muscle ainsi que du triceps sural. Il avait aussi montré des exercices d'étirement des pectoraux, de renforcement excentrique du triceps brachial et du long chef du biceps tout en encourageant l'assuré à poursuivre ses exercices de gainage du tronc et d'étirement des muscles ilio-psoas et rotateurs externes de hanche. La médication restait inchangée et la situation devait être réévaluée au plus tard le 16 avril 2021.

Par décision du 9 mars 2021, la CNA a 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 13 février 2018. Selon ses investigations, l'assuré était à même d'exercer une activité dans différents secteurs de l'industrie à condition de ne pas trop mettre à contribution sa cheville gauche. Une telle activité était exigible durant toute la journée et lui permettrait de réaliser, au vu de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), hommes, niveau de compétences 1, un salaire annuel de 70'166 francs. Comparé au gain de 55'940 fr. réalisable si les accidents n'étaient pas survenus, il n'en résultait aucune perte de salaire. La CNA lui a, en revanche, alloué une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) d'un montant de 7'410 fr. (taux de 5 %, sur la base d'un gain assuré de 148'200 fr. en 2018). Cette indemnité a été versée le jour même à son bénéficiaire.

A l'appui de son opposition formée les 23 avril et 30 juillet 2021, l'assuré, désormais assisté de son conseil Me Guy Longchamp, a contesté, en lien avec le droit à la rente d'invalidité, la comparaison des revenus effectuée et plus particulièrement le salaire d'invalidité de 70'166 fr. retenu, aux motifs qu'il était incapable de travailler dans une activité compatible avec les séquelles de ses accidents dans le domaine industriel à plein temps, qu'il n'avait pas de formation professionnelle et qu'il ne pouvait par conséquent pas réaliser un revenu avec invalidité supérieur à celui sans invalidité. Il contestait également l'évaluation de son atteinte à la santé, qui, selon lui, devait être recalculée en tenant compte de l'altération « évidente » de son épaule droite. Dans ce cadre, la CNA a reçu deux rapports des 4 avril et 20 août 2021 du Dr F._____. Le premier document mentionnait que l'assuré avait contracté le Covid qui avait impacté son état de santé général avec une baisse des douleurs cervico-brachiales transitoire et modérée en lien avec la diminution d'activité mais qui étaient toutefois redevenues aussi intenses dès la reprise d'activités légères et brèves. Selon le second rapport, outre la persistance des omobrachialgies droites dans le cadre notamment d'un TOS neurogène, l'assuré présentait une exacerbation de ses omalgies gauches à la suite d'un accident de la circulation le 2 août 2021 impliquant une exacerbation des signes de tendinopathie du sus-épineux avec bursite sous-acromiale et/ou arthropathie acromio-claviculaire. Le Dr F._____ avait prescrit l'application locale de glace et d'AINS, avec, en cas de persistance des douleurs, la discussion de la réalisation d'un ultrason et/ou d'une infiltration sous-acromiale. La situation devait être réévaluée au plus tard le 9 novembre 2021.

Par décision sur opposition du 16 novembre 2021, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé sa décision du 9 mars 2021. Elle a d'abord validé la valeur probante du rapport d'examen final du 4 janvier 2021 du Dr Q._____. Ensuite, s'agissant du droit à la rente, elle a recalculé, en fonction de l'adaptation de l'évolution des salaires aux « valeurs actuelles », le revenu d'invalidité en le fixant à 68'717 francs. Sa comparaison avec le gain présumé perdu de 55'940 fr. ne laissait

apparaître aucune perte confirmant le refus d'une rente d'invalidité de l'assurance-accidents. Enfin, la CNA, sur la base du rapport d'examen final de son médecin d'arrondissement, a indiqué qu'elle ne pouvait pas suivre le recourant lorsqu'il faisait valoir que le taux de l'atteinte à l'intégrité devait être recalculé en prenant en considération l'altération de son épaule, en sorte qu'elle lui avait reconnu, à juste titre, le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité basée sur un taux de 5 %, selon l'estimation du 4 janvier 2021 du Dr Q._____.

B. Par acte du 17 décembre 2021, Y._____, représenté par Me Guy Longchamp, a interjeté recours auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal et a conclu à l'annulation de la décision sur opposition précitée et au renvoi de la cause à la CNA pour instruction et décision dans le sens des considérants. En lien avec le refus d'une rente d'invalidité de l'assurance-accidents, le recourant a contesté la position de l'intimée s'agissant du calcul de l'invalidité, aux motifs qu'il n'était plus en mesure d'exercer une activité lucrative selon l'avis de ses médecins traitants et que la référence aux données statistique de l'ESS entraînait un résultat choquant et manifestement contraire au droit au vu de ses graves problèmes de santé (limitations fonctionnelles objectives) qui l'empêchaient de maintenir une activité prolongée, de se déplacer à pieds ou encore d'effectuer des mouvements répétitifs avec le membre supérieur droit, y compris en zones basses. Concernant le taux de l'atteinte à l'intégrité fixé à 5 % par la CNA, le recourant, sur la base des rapports médicaux postérieurs au rapport d'examen final versés par ses soins en la cause, a fait valoir qu'il était indiscutable que son épaule droite n'était pas guérie sans séquelle notable. A son avis, cette altération à son épaule devait également être prise en compte pour la fixation du taux de l'atteinte à l'intégrité. Sous pièces 5 à 8 dans le bordereau joint à son écriture, le recourant a produit :

- un certificat médical adressé à Me Longchamp le 29 juillet 2021 (pièce 5) par la Dre E._____, médecin praticien, médecin traitante depuis 2018. En résumé, elle indique que le recourant a certes été fortement impacté par l'accident de sa cheville gauche mais qu'il souffre également d'autres

limitations fonctionnelles avec douleurs chroniques des épaules le limitant dans l'usage des membres supérieurs et le port de charges pour lequel il bénéficie d'un suivi ergothérapeutique. Il souffre également de douleurs chroniques du dos d'origine multifactorielle le limitant dans le port de charges et le maintien de posture statique. Elle observe que ces diverses douleurs chroniques ont un impact majeur sur la thymie de l'assuré qui présente un état anxio-dépressif avec présence régulière d'idées suicidaires scénarisées qui nécessite des consultations régulières de soutien et sans aucun traitement médicamenteux, ni suivi spécialisé probant pour cette problématique. En raison de ces différents problèmes, la Dre E. _____ est d'avis que l'assuré est actuellement en incapacité de travail à 100 %. Elle ajoute que dès amélioration de l'état psychique une reprise de travail partielle pourrait être envisagée dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles ;

- un rapport du 26 mars 2021 (pièce 6) du Dr M. _____ consécutif à une consultation du recourant le jour précédant. Posant les diagnostics de rupture post-traumatique des fibres profondes du ligament deltoïde du pied gauche sur status après entorse en pronation de la cheville gauche du 9 (recte : 13) février 2018, de status après reconstruction du ligament deltoïde du pied gauche le 21 septembre 2018 et de status après contusion de l'épaule droite avec suspicion d'une lésion de l'articulation acromio-claviculaire, ce médecin fait part d'une évolution qui reste marquée par des douleurs résiduelles surtout lors d'efforts prolongés au niveau de la région de la malléole interne à gauche. En l'absence de signe d'instabilité majeur au niveau du ligament deltoïde avec un jambier postérieur intact, il suggère la poursuite du traitement conservateur en conseillant à l'assuré le port systématique de supports plantaires lors de déplacements. Le Dr M. _____ note également le suivi de l'assuré pour des problèmes de douleurs lombaires. Dans l'attente d'une décision de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI), il prolonge l'incapacité de travail à 100 % jusqu'au 30 juin 2021 dans la profession initiale de l'intéressé ;

- un rapport adressé le 22 avril 2021 (pièce 7) au Service médical régional (SMR) de l'OAI par la Dre E. _____ qui a répondu à un questionnaire du 22 mars 2021 en ces termes :

“1. Quel est le diagnostic précis ayant une répercussion sur la capacité de travail ?

Omo-brachialgies D chroniques post traumatiques, omalgies G sur tendinopathie du sus-épineux, probable CRPS avec douleurs neurogènes post entorse de la cheville G en février 2018, lombosciatalgies bilatérales chroniques, épisode dépressif sans précision.

2. Quelle est la capacité de travail dans une activité adaptée ? Depuis quand ?

Actuellement la capacité de travail est de 0% même dans une activité adaptée. Sauf erreur, cette incapacité est en cours depuis mai 2018 (arrêt de travail fait initialement par mon prédécesseur puis repris par le Dr F. _____, merci de clarifier avec ce dernier au besoin.)

3. Quelles sont les limitations fonctionnelles d'ordre strictement médical ?

Monsieur Y. _____ est limité par ses douleurs à la marche, au port de charge même légère, dans le maintien de position statique sur plusieurs minutes. Il ne peut pas se tenir accroupie ni utiliser ses membres supérieurs dans des activités répétées ou les bras en l'air. D'un point de vue psychique, Monsieur Y. _____ présente des troubles de la concentration et une fatigabilité importante.

4. Quelles sont les dates et les taux précis des arrêts de travail ?

14.05.2018 AT à 100 % jusqu'au 21.08.2018 par Dr [...]
21.08.2018 AT repris par Dr M. _____ jusqu'au 31.12.2019 puis je ne sais pas si c'est Dr F. _____ ou Dr M. _____ qui a repris la prescription des arrêts. Merci de confirmer avec eux.

5. Quels sont les traitements en cours et la compliance à ces derniers ?

Monsieur Y. _____ est suivi régulièrement par de multiples spécialistes. Il est compliant aux propositions de prises en charge mais je note toutefois une mauvaise compliance médicamenteuse. Je pense qu'un suivi psychiatrique serait nécessaire mais Monsieur a eu une mauvaise expérience et n'est plus preneur d'une prise en charge plus spécifique que le suivi de soutien à ma consultation.

6. Votre patient a-t-il eu des consultations spécialisées ? Si oui, merci de nous transmettre la copie des rapports.

Derniers rapports en annexe.”;

- un rapport du 3 mai 2021 (pièce 8) adressé à l'OAI par le Dr F. _____.
En réponse à un questionnaire du 22 avril 2021, ce médecin indique en

particulier que depuis son dernier rapport du 18 février 2021, la situation ne s'est pas améliorée quant aux douleurs et limitations fonctionnelles du membre supérieur droit. Il relève que l'ultrason sus-claviculaire droit du 18 février 2021 n'a pas montré de lésion permettant d'expliquer l'exacerbation des douleurs locales ces derniers mois. Ce rapport se termine comme suit :

"[...]

8. *Pouvons-nous retenir une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles objectives ?*

Non.

9. *Si non, pour quelles raisons ?*

Parce que M. Y. _____ ne peut maintenir une activité prolongée ni en position statique de la nuque ou du tronc, ni beaucoup se déplacer à pieds, ni effectuer des mouvements répétitifs avec le membre supérieur D, y compris en zones basses. En effet, étant donné le profil professionnel de M. Y. _____, son activité sera manuelle. Ainsi, soit il devra effectuer une activité manuelle impliquant des mouvements répétitifs et/ou une sollicitation continue des membres supérieurs, soit il devra respecter des interruptions de son activité avec les membres supérieurs, ceci pour une activité plus visuelle (contrôle sur écran par ex) ou impliquant le maintien d'une position stable, et donc statique prolongée pour la nuque et/ou le tronc, ce qui n'est pas compatible avec ses restrictions.

10. *Des mesures de réadaptation sont-elles envisageables actuellement ? Si ce n'est pas le cas, pour quelles raisons ?*

Non. Les limitations sont actuellement trop importantes pour envisager des mesures de réadaptation (cf : limitations susmentionnées).

11. *Quel est votre pronostic ?*

Il est incertain. En effet, il dépend en grande partie de l'évolution et de la réponse aux traitements quant aux limitations fonctionnelles et douleurs neurogènes du membre supérieur D, pour lesquelles aucune solution satisfaisante n'a pour l'heure été trouvée. Les traitements se poursuivent et il reste quelques options, telles qu'infiltration, voire chirurgie (mais au résultat incertain lui aussi)."

Dans sa réponse du 1^{er} mars 2022, la CNA, représentée par Me Antoine Schöni, a conclu, sous suite de frais et dépens, au rejet du recours. Elle s'estimait fondée à refuser l'octroi d'une rente d'invalidité ainsi qu'à fixer à 5 % l'atteinte à l'intégrité induite par les accidents. L'intimée a produit son dossier.

C. Par décision du 8 mars 2022, Y. _____ a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 17 décembre 2021. Il était exonéré de toute franchise mensuelle. Un avocat d'office en la personne de Me Guy Longchamp lui a été désigné.

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

2. Le litige a pour objet le droit du recourant à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité, respectivement les taux à la base de ces prestations.

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

Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite

(teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2023). 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 la personne assurée - ce par quoi il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; TF 8C_95/2021 du 27 mai 2021 consid. 3.2) - et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA).

L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les

références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

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_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

d) Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

e) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte 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 la personne assurée, 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 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

4. a) Dans un premier moyen, le recourant fait grief à la CNA d'avoir mené une instruction médicale erronée et d'avoir mal apprécié les faits. Il soutient pour sa part, sur la base des avis des médecins consultés, ne pas être en mesure d'exercer une activité lucrative compte tenu de ses limitations fonctionnelles et de ses atteintes à la santé.

b) Il convient de rappeler d'emblée que ne sont prises en considération, sous l'angle de l'assurance-accidents, que les atteintes à la santé qui découlent d'un événement à caractère accidentel (cf. ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 ; 142 V 435 consid. 1 et les références).

En l'occurrence, le recourant souffre notamment de lombalgies chroniques qui évoluaient depuis des années et avaient fait l'objet d'infiltration locale en 2017, atteintes à la santé qui étaient par conséquent préexistantes aux accidents dont il a été victime en 2018 et 2019. Il ne ressort en outre pas du dossier que ces événements auraient aggravé les lombalgies. Partant, en l'absence d'un lien de causalité avec les accidents assurés, il ne faut pas tenir compte des lombalgies chroniques dans le cadre de la présente procédure. De même, les événements accidentels pouvant manifestement être qualifiés de peu de gravité, cela exclut d'emblée tout lien de causalité avec les affections psychiques dont souffrirait le recourant (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références). Seules les séquelles des événements précités à la cheville gauche et à l'épaule droite du recourant entrent en considération.

Selon le recourant, son incapacité totale de travail s'illustre à la lecture des rapports médicaux qu'il a fait verser à la procédure (pièces 5 à 8 figurant dans le bordereau joint à son mémoire de recours du 17 décembre 2021), dont un certificat établi à la demande de son conseil le 29 juillet 2021 par la Dre E. _____, qui est sa médecin traitante depuis 2018, et un rapport de cette même médecin établi le 22 avril 2021 à l'attention de l'OAI. La Dre E. _____ conclut à l'incapacité totale de travail de l'assuré en tenant compte de ses douleurs chroniques au dos d'origine multifactorielle le limitant dans le port de charges et le maintien de la position statique, ainsi que de son état anxio-dépressif avec présence régulière d'idées suicidaires scénarisées. Or, ces pathologies ne sont pas en lien de causalité avec les accidents en sorte que la conclusion à laquelle arrive la Dre E. _____ n'est pas pertinente en l'espèce. On peut cependant relever que dans le rapport médical du 29 juillet 2021, s'agissant de la capacité de travail du recourant, il est écrit qu'« une reprise partielle dès amélioration de l'état psychique du patient pourrait être envisagée dans une activité adaptée à ses différentes limitations fonctionnelles ». Ensuite, l'incapacité de travail à laquelle conclut le Dr F. _____ dans son rapport du 3 mai 2021 adressé à l'OAI se fonde également sur l'ensemble des limitations fonctionnelles du recourant, y compris celles sans lien de causalité avec les accidents. Elle n'est donc également pas pertinente en l'espèce. Enfin, dans le dernier rapport médical produit à l'appui du recours, le Dr M. _____ est arrivé à la conclusion que le 26 mars 2021 le recourant était toujours en incapacité de travail à 100 % dans sa profession initiale. Le Dr M. _____ ne se prononce toutefois pas sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles en sorte que son point de vue n'est également pas congruent en l'occurrence.

On retiendra qu'il n'existe aucun élément médical au dossier permettant de retenir que les atteintes à la santé dont souffre le recourant des suites de ses accidents en 2018 et 2019 réduiraient à néant sa capacité de travail dans une activité adaptée respectant ses restrictions fonctionnelles.

c) A ce stade, il reste à examiner les limitations fonctionnelles dont le lien de causalité avec les accidents est établi et non contesté, à savoir celles découlant des atteintes à la cheville gauche et à l'épaule droite du recourant.

Comme l'a exposé avec soin le Dr Q._____, médecin d'arrondissement de la CNA, dans son rapport d'examen final du 4 janvier 2021, objectivement la cheville gauche de l'assuré était toujours légèrement enflée en région sous-malléolaire interne et un peu sensible à la palpation mais il n'y avait pas de signes réactifs ou dystrophiques locaux manifestes, pas de différence de température ou de sudation entre les deux chevilles. La cicatrice opératoire était bien coaptée, non dysesthésique. La mobilisation de la tibio-talienne, qui avait récupéré une mobilité quasi complète, était désormais totalement indolore. Il n'y avait pas de laxité pathologique. L'arrière-pied gauche présentait un valgus assez marqué mais symétrique par rapport à droite et il se réduisait bien lorsque l'assuré montait sur la pointe des pieds. Le pied gauche, qui était aligné, avait un aspect normal et une bonne force. L'équipe du Prof. X._____ avait conclu à un pied plat valgus décompensé par une entorse interne ayant intéressé le deltoïde et peut-être le spring ligament avec une réparation non optimale mais sans la proposition formelle d'une reprise chirurgicale, probablement parce qu'une telle intervention aurait un résultat peu prédictible et ne dispenserait pas le recourant de changer d'orientation professionnelle. Pour le Dr Q._____, le traitement était donc terminé. Les limitations fonctionnelles étaient le port de charges moyennes, la station debout prolongée et les longs trajets, surtout en terrain accidenté. Dans une activité respectant ces restrictions, il était clair que la capacité de travail de l'assuré était entière. On observe que les restrictions fonctionnelles retenues dans le rapport d'examen final du DrQ._____ du 4 janvier 2021 ne sont pas remises en cause par les autres rapports médicaux au dossier. Au contraire, celles-ci sont confirmées par le rapport du 16 novembre 2021 du Prof. X._____ et de la Dre V._____ ainsi que par celui du 26 mars 2021 du DrM._____, chirurgien orthopédique, lequel n'a pas relevé de signe d'instabilité

majeur au niveau du ligament deltoïde, avec un jambier postérieur intact, et a proposé de poursuivre avec le traitement conservateur en conseillant à l'assuré de porter systématiquement des supports plantaires lors de déplacements.

En ce qui concerne l'épaule droite de l'assuré, il convient également de retenir que les constatations faites par le Dr Q._____ du 4 janvier 2021, c'est-à-dire que ladite épaule était manifestement guérie sans séquelles notables, sont probantes et ne sont pas sérieusement contredites par les autres rapports médicaux au dossier. Le médecin d'arrondissement de la CNA retient, sur la base des déclarations de l'assuré, que son épaule droite n'est plus douloureuse depuis l'ablation du lipome au mois de juin 2020. Ce constat est par ailleurs corroboré par le Dr F._____ dans son rapport du 4 septembre 2020.

Il sied de relever également que les déclarations faites par l'assuré concernant ses douleurs à l'épaule droite ne sont pas les mêmes lors de ses entretiens avec le Dr Q._____ et les médecins de la CRR - étant précisé que le recourant ne soutient pas dans la présente procédure que ses propos n'auraient pas été relatés de manière fidèle -, où les douleurs semblent rares et minimales, et les déclarations faites à ses médecins traitants (le Dr F._____ et la Dre E._____) dont il ressort que les douleurs sont plus importantes. Dans ces conditions, il convient de relativiser la portée du contenu des rapports médicaux établis par les médecins consultés. En outre, dans son rapport du 3 mai 2021, le Dr F._____ a relevé que l'ultrason sus-claviculaire du 18 février 2021 n'avait pas montré de lésion permettant d'expliquer l'exacerbation des douleurs locales ces derniers mois.

d) Sur la base des observations non sérieusement contredites et pleinement probantes du Dr Q._____, la CNA était donc fondée à retenir des suites des accidents de 2018 et 2019 une capacité de travail entière du recourant dans une activité exercée dans différents secteurs de l'industrie à condition de ne pas trop mettre à contribution sa cheville gauche.

5. **a)** Le recourant s'en prend ensuite au calcul du droit à la rente, singulièrement à la détermination du revenu de valide en contestant la référence aux données statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS).

b) aa) 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).

bb) 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 ; TF 9C_254/2010 du 29 octobre 2010 consid. 4.2).

cc) Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 134 V 322 consid. 4.1).

dd) 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 la personne assurée n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique (OFS) dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 143 V 295 consid. 2.2 et 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 (TF 8C_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222).

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

c) En l'occurrence, l'intimée a comparé un revenu sans invalidité de 55'940 fr. avec un revenu d'invalidité de 68'717 fr., fondé sur les données statistiques résultant de l'ESS, et dont il ne résultait aucune

perte de salaire. Quoi qu'en dise le recourant, en l'absence de la reprise d'activité lucrative dans une profession adaptée, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part (cf. consid. 4d supra), le revenu d'invalidé au moment de la naissance du droit à la rente, soit en 2021 (art. 19 al. 1 LAA), a été fixé par la CNA sur la base des données statistiques de l'ESS de manière conforme à la jurisprudence rappelée ci-avant.

Concrètement, l'intimée s'est fondée pour fixer le revenu d'invalidé sur le revenu auquel peuvent prétendre les hommes avec le niveau de compétence 1, tel qu'il ressort de l'ESS 2018, éditée par l'OFS, soit un montant mensuel de 5'417 francs. Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, ce revenu doit dès lors être adapté à la durée hebdomadaire usuelle dans les entreprises en 2018, soit 41,7 heures. Après adaptation à l'évolution des salaires selon l'indice des salaires nominaux pour les hommes des années 2019 (+ 0,9 %), 2020 (+ 0,8 %) et 2021 (- 0,7 % ; OFS, Indice des salaires nominaux, homme, T1.1.10), le montant du revenu d'invalidé doit, en l'absence d'un abattement, être fixé à 68'441 francs. La différence entre ce dernier montant et celui de 68'717 fr. retenu par la CNA n'a toutefois aucune incidence sur le résultat. En effet, après comparaison avec le revenu hypothétique sans invalidité de 55'940 fr., il ne résulte, en toute hypothèse, aucune perte de salaire. Dans ces circonstances, le calcul du préjudice économique du recourant effectué par la CNA, aboutissant au constat d'un degré d'invalidité nul et partant insuffisant pour donner droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents (cf. art. 18 al. 1 LAA), n'est pas critiquable.

6. 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 prétend à cet égard qu'il n'a pas été tenu compte dans le calcul de son atteinte à l'épaule droite à tort.

b) Selon l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui, par suite de l'accident, souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique,

mentale ou psychique, a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité.

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

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 toutes les personnes 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 la personne concernée (ATF 115 V 147 consid. 1 ; 113 V 218 consid. 4b ; TF 8C_566/2017 du 8 mars 2018 consid. 5.1). L'évaluation de l'atteinte à l'intégrité incombe avant tout aux médecins, qui doivent d'une part constater objectivement les limitations, et d'autre part, estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (TF 8C_566/2017 précité consid. 5.1 et la référence).

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 218 consid. 2a). Il représente une « règle générale » (ch. 1, première phrase, de l'annexe). Pour les atteintes qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il y a lieu d'appliquer le barème par analogie,

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

c) En l'occurrence, pour ce qui est de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, dans son estimation du 4 janvier 2021, le Dr Q._____, constatant un status après une entorse interne de la cheville gauche, a évalué l'atteinte à l'intégrité à 5 %, en se fondant sur la table 5 des atteintes à l'intégrité selon la LAA, par analogie à une arthrose débutante de la tibio-talienne. Quoi qu'en dise le recourant, l'atteinte à l'intégrité a correctement été évaluée par le médecin d'arrondissement de l'intimée. En effet et comme on l'a vu précédemment (cf. consid. 4c supra), l'atteinte à l'épaule droite était guérie sans séquelles notables lors de l'examen final du 4 janvier 2021. En conséquence, la décision attaquée en tant qu'elle retient un taux d'atteinte à l'intégrité physique de 5 % ne prête pas flanc à la critique, le recourant ne produisant au demeurant aucun avis médical susceptible de remettre en cause les conclusions du Dr Q._____.

7. a) En définitive, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition attaquée confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f^{bis} LPGA), ni d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

Quant à l'intimée, elle n'a pas non plus droit à des dépens, dès lors qu'elle a agi en qualité d'institution chargée de tâches de droit public (ATF 126 V 143 consid. 4 ; voir également ATF 128 V 323).

c) Le recourant est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Me Guy Longchamp, qui n'a pas produit de liste des opérations, peut prétendre à une équitable indemnité pour son mandat d'office, qu'il convient de fixer à 1'500 fr., débours et TVA compris (art. 2, 3 al. 2 et 3bis RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). Le recourant est rendu attentif au fait qu'il devra rembourser l'indemnité provisoirement prise en charge par l'Etat dès qu'il 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). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 16 novembre 2021 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 Guy Longchamp, conseil du recourant, est arrêtée à 1'500 fr. (mille cinq cents 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.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Guy Longchamp (pour Y. _____),
- Me Antoine Schöni (pour la 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 :