

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 28 mars 2014

---

Présidence de      Mme      BRÉLAZ BRAILLARD  
Juges      :      Mme Röthenbacher et M. Neu  
Greffière      :      Mme Preti

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

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

et

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

---

**Art. 4 et 16 LPG; 6, 18 et 24 LAA; 36 OLAA**

**E n f a i t :**

**A.** B.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en 1960, travaillait comme maçon-machiniste grutier pour l'entreprise K.\_\_\_\_\_SA, à [...], depuis le 12 mars 1989. A ce titre, il était assuré contre les accidents et les maladies professionnelles par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 7 mars 2007, alors qu'il était occupé sur un chantier, l'assuré a chuté d'une hauteur d'environ trois mètres. Souffrant de fractures aux pieds, il s'est rendu au Service d'orthopédie et de traumatologie du Centre T.\_\_\_\_\_ (ci-après: Centre T.\_\_\_\_\_). Les diagnostics posés étaient : fracture comminutive du calcanéum droit avec atteinte de l'articulation calcanéocuboïdienne, de l'articulation sousastragalienne et fracture de la grosse tubérosité, ainsi que fracture du calcanéum gauche (rapport médical LAA du Dr Q.\_\_\_\_\_, médecin assistant, du 11 avril 2007). L'assuré s'est ainsi retrouvé en incapacité totale de travailler.

La CNA a alloué des indemnités journalières et pris en charge le traitement médical.

Le 21 mars 2007, l'assuré a subi une opération pour reconstruction du calcanéum droit, arthrodèse sousastragalienne et mise en place de Connexus (protocole opératoire du Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur).

Dans un rapport médical intermédiaire LAA du 31 août 2007, le Dr S.\_\_\_\_\_, chirurgien orthopédique traitant de l'assuré exerçant au Service d'orthopédie et de traumatologie du Centre T.\_\_\_\_\_, a noté que l'évolution était favorable. Au pied gauche, l'assuré avait un traitement conservateur et présentait peu de douleurs. Au pied droit, après réduction ouverte et ostéosynthèse compliquée d'une infection précoce ayant nécessité le débridement de la plaie infectée et la mise en place

d'antibiotiques locaux ainsi que la confection d'un lambeau fascio-cutané de rotation, l'évolution était également favorable.

Le 29 novembre 2007, l'assuré a été examiné par le médecin d'arrondissement de la CNA, la Dr C.\_\_\_\_\_, chirurgien orthopédique. Dans son rapport daté du même jour, il a estimé que la reprise de l'activité antérieure paraissait difficilement envisageable et qu'il convenait d'annoncer le patient à l'assurance-invalidité (AI). Il préconisait un séjour à la Clinique W.\_\_\_\_\_, (ci-après : Clinique W.\_\_\_\_\_) au sens d'un complément de rééducation à la marche, d'une adaptation éventuelle des chaussures et d'une évaluation professionnelle.

**B.** Le 7 décembre 2007, l'assuré a déposé une demande de prestations AI pour adultes tendant à une orientation professionnelle, un reclassement dans une nouvelle profession ou une rééducation dans la même profession, faisant valoir des fractures bilatérales multiples des calcanéums, une ostéosynthèse du talon droit (opération le 21 mars 2007) et une infection nosocomiale au pied droit.

Dans le questionnaire pour l'employeur établi le 13 février 2008 à l'attention de l'Office d'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI), K.\_\_\_\_\_ SA a indiqué que l'assuré avait travaillé à son service en qualité de grutier (et divers travaux de maçonnerie) depuis le 12 mars 1989 jusqu'à son accident du 7 mars 2007. L'employeur précisait que l'horaire de travail normal de l'entreprise était de 40 heures en hiver (8 heures par jour) et de 45 heures en été (9 heures par jour) et que, sans atteinte à la santé, l'assuré aurait gagné - depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2007 - un salaire de 30 fr. 50 de l'heure. Selon ce document, en 2005, le salaire soumis à l'AVS s'est élevé à 73'853 fr. 05, treizième salaire compris (pour un nombre d'heures total de 2'009.50) et, en 2006, à 78'245 fr. 65 (pour un nombre d'heures total de 2'040.50).

L'extrait du compte individuel AVS au dossier indique un revenu total de 73'853 fr. en 2005 et de 78'245 fr. en 2006.

A la suite d'un séjour de l'assuré à la Clinique W.\_\_\_\_\_ du 3 janvier au 19 février 2008, les Drs L.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, chirurgien orthopédique, et R.\_\_\_\_\_, médecin praticien, ont retenu à titre de diagnostic primaire : "thérapies physiques et fonctionnelles", et de diagnostics secondaires : "chute le 7 mars 2007: fracture du calcanéum gauche traitée conservativement; fracture comminutive du calcanéum droit avec atteinte de l'articulation calcanéo-cuboïdienne, de l'articulation sous-talienne et fracture de la grosse tubérosité, traitement par reconstruction et arthrodèse sous-talienne le 21 mars 2007, infection précoce du pied droit avec débridement de la plaie infectée et mise en place d'antibiotiques locaux puis confection d'un lambeau fascio-cutané de rotation en mars 2007". Les comorbidités retenues étaient une dépendance à l'alcool, utilisation continue, actuellement abstinent en milieu protégé, une discrète polyneuropathie sensitivomotrice axonomyélinique, un discret fléchissement des capacités mnésiques et exécutives, ainsi qu'une ostéopénie (rapport du 22 février 2008). Ils ont apprécié la situation de l'assuré comme suit:

"(...)

A l'examen clinique, on note l'utilisation de deux cannes en charge selon douleurs. Le patient apparaît maigre, voûté, avec une augmentation du polygone de sustentation. A l'admission, on relève un foetor alcoolique marqué. On note un effondrement de la voûte plantaire ddc, plus marqué à droite qu'à gauche. Du matériel d'ostéosynthèse est palpable à la face externe du calcanéum à droite. La mobilité tibiotalienne est diminuée à droite. La prosupination est bloquée à droite, dans les normes à gauche. On relève un enraidissement du médiopied et des orteils ddc.

Le bilan radiologique montre un status post-fracture des calcanéi, ddc, avec actuellement une consolidation acquise. A droite, on note un matériel d'ostéosynthèse en place avec des chaînes de billes de garamycine. A gauche, la consolidation est acquise, avec un discret varus de l'arrière-pied et un effondrement de l'angle de Böhler.

Le bilan biologique ne montre pas de syndrome inflammatoire. Par contre, on relève une élévation des gamma-GT (1144 V/L, norme inférieure à 60 U/L), une macrocytose et une hypoalbuminémie, compatibles avec une consommation chronique d'alcool. Durant le séjour, le patient dit avoir cessé toute consommation de boissons alcoolisées. On note une quasi-normalisation progressive des gamma-GT.

(...) Selon notre consultant-psychiatre [la Dresse P.\_\_\_\_\_], on retient une surcharge psychique, en relation avec les douleurs et la perte des capacités fonctionnelles. Il n'y a pas de signe d'un trouble dépressif majeur ou d'un trouble de la personnalité constitué. En ce qui concerne la consommation d'alcool, le patient nie tout état de dépendance ou de consommation abusive, malgré une éthyliation

aiguë à l'admission et des résultats biologiques perturbés. On conclut à une dépendance à l'alcool, avec utilisation continue. Durant le séjour, un sevrage est réalisé, avec une médication de Seresta, diminuée progressivement. Le patient déclare avoir cessé toute consommation durant le séjour, ce qui est cohérent avec les résultats sanguins. Le patient reste toutefois en phase de contemplation et est actuellement peu enclin à une prise en charge psychothérapeutique pour ce problème. A noter qu'il a effectué un sevrage de consommation tabagique durant le séjour.

(...) Une consultation neurologique avec ENMG est réalisée. Cet examen montre une polyneuropathie discrète, sensitivomotrice, axonomyélinique, débutante. En l'absence de diabète, de carence vitaminique ou de paraprotéïnémie, on conclut à une toxicité chronique, liée à l'alcool. On relève par ailleurs une modeste atteinte cérébelleuse.

Selon notre consultant en orthopédie, il n'y a pas de proposition chirurgicale. Le patient portait jusqu'à présent des chaussures Künzli avec tiges montantes, avec des semelles standards. Il est proposé un amortisseur talonnier en silicone et l'essai de chaussures basses. On note qu'en l'absence de douleurs de chevilles, le patient déclare un meilleur confort avec des chaussures basses et moins de douleurs qu'avec des chaussures montantes.

L'apparition de "voussures" au niveau du carré des lombes survenant après le maintien prolongé d'une position assise a motivé un US de contrôle. Cet examen a montré des structures musculaires, sans particularités.

(...) Aux ateliers professionnels, le patient est évalué dans des activités normées. On note que le patient est motivé, la qualité du travail est excellente, le rendement est très bon sur les périodes où il parvient à travailler. On note de bonnes capacités également de dextérité fine. Cependant, en raison des douleurs, de nombreuses pauses sont nécessaires.

(...) La situation médicale n'est pas stabilisée. Cependant, au vu de l'atteinte des deux pieds, le patient présentera désormais les limitations suivantes pour la marche en terrain inégal, la montée-descente fréquente d'escaliers ou d'échelles, la marche en terrain en pente, le maintien prolongé de la position debout, l'accroupissement. Pour l'instant, il est encore trop tôt pour envisager des mesures professionnelles, étant donné les douleurs encore importantes. Cependant, les évaluations effectuées durant le séjour aux ateliers professionnels ont montré une très bonne qualité du travail, un bon rendement, une dextérité fine dans les normes. Nous proposons d'évaluer les possibilités de réorientation professionnelle dans environ 6 mois. Pour rappel, une annonce à l'Al a été réalisée avant le séjour. En ce qui concerne le problème de dépendance à l'alcool, il est actuellement en rémission. Le patient présentant un déni par rapport à ce problème, il est certain que la situation reste fragile."

Les Drs L. \_\_\_\_\_ et R. \_\_\_\_\_ ont conclu à une incapacité de travail totale de l'assuré du 20 février au 20 mars 2008. L'avis de sortie du 19 mars 2008, signé par la Dresse R. \_\_\_\_\_, indique qu'un changement de profession est indiqué.

Dans un rapport médical du 21 février 2008 à l'OAI, le Dr S.\_\_\_\_\_ a considéré que seule une activité ne nécessitant pas de déplacement prolongé sur un terrain plat ou vague était envisageable, sans perte de rendement, à raison de huit heures et demie par jour.

Par courrier du 31 mars 2008, la CNA a confirmé à l'assuré qu'il pouvait reprendre le travail dès début avril 2008. Il était précisé qu'il s'agissait d'une reprise thérapeutique qu'il pourrait mettre en valeur le matin dans les locaux de son employeur.

Dans un rapport médical du 8 avril 2008 au médecin conseil de la CNA, le Dr S.\_\_\_\_\_ indiquait qu'il avait revu l'assuré le 11 mars 2008, soit environ un mois après sa sortie de la Clinique W.\_\_\_\_\_. Il rapportait que le patient se plaignait toujours d'importantes douleurs au niveau du talon droit et indiquait que, cliniquement, le status local était inchangé. Il estimait que l'assuré pouvait reprendre le travail à 50 % dès le 1<sup>er</sup> avril 2008 dans une activité adaptée et relevait que ses problèmes d'alcool, de nicotine et de dépression réactive étaient des circonstances sans rapport avec l'accident, mais propres à jouer un rôle dans l'évolution du cas.

Le 8 mai 2008, l'assuré a été réexaminé par le Dr C.\_\_\_\_\_. Le rapport médical établi par le médecin d'arrondissement de la CNA le même jour mentionnait notamment ce qui suit :

**"ANTECEDENTS DAPRES LES ACTES DU DOSSIER:**

Ce patient de 49 ans, grutier, d'origine espagnole, a fait une chute sur un chantier d'une hauteur de plusieurs mètres le 7.3.07.

Il a présenté une fracture des deux calcanea, intra-articulaire et fortement comminutive à droite.

De ce côté, on a fait une reconstruction-arthrodèse du calcanéum, tandis que le traitement est resté conservateur à gauche.

A droite, l'évolution a été compliquée par une infection précoce, nécessitant un débridement chirurgical et la mise en place d'antibiotiques locaux, puis la confection d'un lambeau fascio-cutané de rotation.

J'ai examiné le patient à l'agence le 29.11.07.

Il disait qu'il avait beaucoup de douleurs à droite, même au repos. A gauche, il avait des douleurs à la marche. Il était passablement limité dans ses déplacements, surtout à la montée et à la descente. S'il devait marcher sur une certaine distance, il prenait encore ses cannes.

A l'examen clinique, on était en présence d'un patient présentant un aspect de santé assez moyen, suspect de s'alcooliser, qui n'arrivait pratiquement pas à marcher sans ses chaussures.

Objectivement, à la face externe de la cheville droite, on notait une certaine précarité des téguments, qui étaient sensibles à la palpation, avec un lambeau de rotation sous-malléolaire externe, surmonté d'une greffe bien incorporée mais fortement adhérente au plan profond. La mobilité de la tibio-astragaliennne était assez bien restaurée ddc. Les arrière-pieds n'étaient que modérément élargis, le gauche un peu plus que le droit. De ce côté, la sous-astragaliennne était bloquée en position neutre, tandis qu'elle était enraidie avec un léger varus de l'arrière-pied à gauche. Les pieds étaient alignés. On notait une amyotrophie des deux mollets, chez un patient dont les masses musculaires étaient assez pauvres.

Sur les radiographies initiales, seuls clichés mis à ma disposition, le calcanéum droit, qui était complètement effondré, était bien reconstruit, alors qu'on avait apparemment laissé le calcanéum gauche consolider avec un varus de la tubérosité.

Du point de vue thérapeutique, le bénéfice qu'on pouvait attendre d'une AMO me semblait trop modeste en comparaison des risques qu'on allait faire courir aux téguments.

Le 4.12.07, le patient s'est annoncé à l'AI.

A ma demande, il a séjourné à la Clinique W. \_\_\_\_\_ du 3.1.08 au 19.2.08.

#### **DECLARATIONS DE L'ASSURE:**

S'il admet qu'il va un peu mieux, le patient dit qu'il a quand même des douleurs importantes à gauche comme à droite, même au repos de ce côté. Il marche sans canne. Il a bien essayé de remonter dans la grue mais sans succès. Après 2 heures de travail au dépôt, il n'arrive pratiquement plus à marcher et l'après-midi, il doit se reposer, les jambes surélevées. Dans le terrain, il n'arrive pas à se déplacer.

Il n'y a plus de traitement à proprement parler. Le patient prend de temps à autre du Dafalgan®. Il doit en principe reprendre contact avec le Dr S. \_\_\_\_\_ cet été.

#### **EXAMEN CLINIQUE:**

Il s'agit d'un patient de 48 ans, maigre, paraissant un peu dénutri, présentant un aspect de santé moyen.

#### **Membres inférieurs:**

Pieds nus dans la salle d'examen, le patient a toujours passablement de peine à se déplacer. Il marche quand même nettement mieux que lors du précédent examen. L'appui monopodal est tout juste soutenu, surtout à droite. L'accroupissement n'est pas très profond. En station debout, le patient se tient en charge équivalente des membres inférieures. On retrouve une amyotrophie marquée des mollets chez un patient dont les masses musculaire sont très pauvres.

A la face interne de la cheville droite, on note à nouveau une certaine précarité des téguments, qui restent sensibles à la palpation, avec un lambeau de rotation sous-malléolaire externe surmonté d'une greffe bien incorporée mais fortement adhérente au plan profond.

La mobilité de la tibio-astragaliennne a un peu progressé avec une E/F à 15-0-25 à gauche par rapport à 10-0-20 à droite.

Les arrière-pieds restent modérément élargis, le gauche un peu plus que le droit. De ce côté, la sous-astragaliennne est bloquée en

position neutre, tandis qu'elle est enraidie avec un léger varus de l'arrière-pied à gauche. Les pieds sont alignés.

La circonférence du mollet droite mesure 26,5 cm par rapport à 27,25 cm à gauche, celle de la cheville droite mesure 18,75 cm par rapport à 18,5 cm à gauche.

**APPRECIATION:**

Je ne reviendrai pas sur les antécédents de ce patient que j'ai exposés plus haut.

Actuellement, s'il admet qu'il va un peu mieux, le patient dit qu'il a quand même des douleurs importantes à gauche comme à droite, même au repos de ce côté. Il marche sans canne. Il a bien essayé de remonter dans la grue mais sans succès. Après 2 heures de travail au dépôt, il n'arrive pratiquement plus à marcher et l'après-midi, il doit se reposer, les jambes surélevées. Dans le terrain, il n'arrive plus à se déplacer.

Par rapport à mon examen du 29.11.07, qui remonte à 5 mois, le patient marche un peu mieux.

Objectivement, la mobilité de la tibio-astragaliennne est assez bien restaurée, à gauche comme à droite. Les arrière-pieds restent modérément élargis. A droite, la sous-astragaliennne est bloquée en position neutre tandis qu'elle est enraidie avec un léger varus de l'arrière-pied à gauche. Les pieds sont alignés. On retrouve une amyotrophie marquée des mollets chez un patient dont les masses musculaires sont très pauvres et une certaine précarité des téguments, qui restent sensibles à la palpation, à la face externe de la cheville droite.

Du point de vue thérapeutique, il n'y a rien à proposer.

La reprise de l'activité antérieure n'est pas envisageable.

Les limitations fonctionnelles sont les charges de plus de 10 kg, la station debout prolongée, les longs trajets, la marche en terrain accidenté, les escaliers et les échelles.

Le patient conserve une pleine capacité de travail dans un emploi respectant ces limitations.

Par ailleurs, une indemnisation pour atteinte à l'intégrité est due."

Dans un document intitulé "Estimation de l'atteinte à l'intégrité" également daté du 8 mai 2008, le Dr C. \_\_\_\_\_ a estimé à 25 % l'atteinte à l'intégrité de l'assuré, retenant qu'à droite, la situation correspondait à un status après reconstruction-arthrodèse du calcanéum, soit une atteinte à l'intégrité de 15 %, auquel il convenait d'ajouter un status après fracture du calcanéum gauche ayant consolidé avec un varus de la tubérosité et un certain affaissement de l'angle de Bohler, soit 10 %.

La fiche d'examen n° 1 établie par l'OAI le 23 mai 2008 indique que le revenu annuel sans invalidité se monte, pour l'année 2006, selon les indications fournies par l'employeur, à 78'245 fr. 65. Après adaptation par 3,15 %, le revenu sans invalidité pour 2008 est chiffré à 80'711 fr. 90.

Dans un rapport médical du 9 septembre 2008, le Dr S. \_\_\_\_\_ a relevé que, lors du dernier contrôle de l'assuré le 29 juillet 2008, l'évolution était lentement favorable.

Dans un avis médical du 4 novembre 2008, le Dr Z. \_\_\_\_\_ du Service médical régional de l'OAI (ci-après : SMR) a relevé ce qui suit :

"Assuré de 48 ans qui a fait une chute en mars 2007 avec fracture du calcanéum ddc.; prise en charge conservative à G et par reconstruction et arthrodèse à D, compliquée par une infection au pied D. Il présente également une dépendance à l'alcool, une discrète polyneuropathie et une ostéopenie.

Cas pris en charge par la Suva. Examen final du 08.05.2008 : CT entière dans activité adaptée (sédentaire/semi-sédentaire).

Un COPAI est mis en place; dans le cadre de la visite préliminaire, l'assuré a été vu par le Dr F. \_\_\_\_\_ qui a des doutes quant à la pleine CT.

Tel avec ce dernier de ce jour : Assuré en état général médiocre, foetor éthylique, hypotrophie musculaire des 4 membres (probablement alcoolique/malnutrition), troubles vasculaires MI ddc.. En avant plan se trouvent des douleurs résiduelles des pieds même au repos (cf. également examen Suva).

A relever que les lésions que présente l'assuré sont connues d'être douloureuses à long terme, dans le cas de notre assuré d'autant plus que la guérison était compliquée d'une infection. Au vu des éléments à disposition, il est bien possible que le rendement ne soit pas plein, d'autant plus si l'activité n'est pas effectuée en position assise.

D'entente avec le Dr F. \_\_\_\_\_, le stage sera effectué à plein temps."

L'assuré a effectué un stage d'observation professionnelle au Centre E. \_\_\_\_\_ (COPAI) du 10 novembre au 5 décembre 2008. Dans son rapport d'évaluation du 9 décembre 2008, le Dr F. \_\_\_\_\_, médecin conseil, a relevé notamment ce qui suit :

### **"Examen physique**

M. B. \_\_\_\_\_ est en état général moyen, de petite taille. Il s'exprime avec un fort accent et dans un français assez pauvre. Son hygiène est médiocre. Lors de l'examen qui a lieu à 13 heures, il présente un foetor tabagique marqué et un foetor éthylique. (...)

Nous avons réexaminé M. B. \_\_\_\_\_ le 2 décembre 2008 dans sa quatrième semaine de stage. Son stage s'est bien passé. (...) Les douleurs sont les mêmes et augmentent au fil des heures. Le matin, elles sont encore tolérables mais plus l'après-midi. Il n'a pas de bonnes positions que ce soit debout ou assis ou à la marche. Il doit changer souvent, bouger un peu et faire une petite promenade pour se dérouiller. Debout, il a de franches douleurs aux talons, assis il a des paresthésies dans les deux pieds surtout à droite, perçues tantôt comme des fourmillements, tantôt comme une aiguille plantée dans la plante du pied ddc. (...) L'arrière-pied droit est déformé et légèrement enflé. La cicatrice externe sous-malléolaire est le siège d'un Tinel. Le pied est légèrement froid et cyanosé. Les artères pédiées et tibiales postérieures ne sont palpables ni d'un côté ni de l'autre.

### **Discussion**

(...) L'évolution est défavorable avec des douleurs constantes quelle que soit la position, même couché. La marche est limitée à 10 mètres après quoi il doit s'asseoir. Les radios montrent une ostéopénie marquée et un tassement des deux calcaneums. A part ces séquelles de l'accident, M. B. \_\_\_\_\_ est en état général moyen avec une hypotrophie musculaire nette des quatre membres qui entre certainement dans le cadre d'un éthylo-tabagisme chronique. Il a aussi des troubles vasculaires aux membres inférieurs à mettre sur le compte du tabac plutôt que sur celui de l'accident. La claudication est intermittente avec périmètre de marche de quelques dizaines de mètres est par contre liée aux talons, qui représentent le facteur limitant. (...)

Au terme de ce stage, notre groupe d'observation est d'avis que M. B. \_\_\_\_\_ n'a, pour l'instant, pas l'endurance nécessaire à tenir la journée entière. Cette limitation vient de ses douleurs qui augmentent au fil des heures ce qui peut se mesurer à la baisse de ses rendements dans l'après-midi. Par contre, dans la matinée, il atteint souvent des rendements proches de la norme dans toutes sortes d'activités de productions aux machines ou à l'établi pourvu qu'il puisse travailler en position assise et changer de position deux ou trois fois dans la demi-journée et éventuellement effectuer quelques pas. (...)"

Pour sa part, l'équipe d'observation du stage a retenu que l'assuré pouvait travailler à la demi journée avec des rendements dans la norme dans des activités adaptées, à savoir celles qui s'exercent principalement en position assise avec alternance de position deux à trois fois dans la demi-journée, telles que travaux fins à l'établi, montage, câblage, contrôle, conditionnement, conduite/alimentation de machines-outils de petites dimensions. Elle précisait également que l'assuré ne pouvait agir debout au-delà de quelques minutes ni soutenir la position

statique assise de manière prolongée et ne pouvait avoir un travail lourd ou exigeant le transport ou déplacement de charges (rapport final du 19 décembre 2008).

Dans un avis médical SMR du 14 janvier 2009, le Dr Z. \_\_\_\_\_ a indiqué ce qui suit :

"Voir notre avis SMR précédent.

L'assuré avait séjourné à la CRR du 03.01.2008 au 19.02.2008. De nombreuses investigations avaient eu lieu : Les médecins retenaient les diagnostics de status après fracture du calcanéum G et D avec status après ostéosynthèse D, infection postop. et réopération, de dépendance à l'alcool, utilisation continue, discrète neuropathie, discret fléchissement des capacités mnésiques et exécutives, ostéopénie. Les nombreuses investigations ont montré une bonne consolidation des fractures, n'ont pas mis en évidence de psychopathologie, la polyneuropathie est d'intensité faible. Les altérations neuropsychologiques sont discrètes et n'ont pu être observées lors des ateliers (qualité du travail excellente, rendement est très bon sur les périodes où il parvient à travailler, bonnes capacités de dextérité fine). L'assuré avait été revu par le médecin d'arrondissement de la Suva en date du 08.05.2008. Ce dernier juge l'état de santé stationnaire et retient une pleine CT dans une activité adaptée.

L'assuré a été évalué au Copai d'Yverdon du 10.11.2008 au 05.12.2008. L'équipe d'observation est d'avis que la capacité résiduelle de travail de cet assuré est de 50 % (avec des rendements dans la norme). A relever que l'assuré avait été vu par leur médecin conseil. La seule motivation pour s'écarter de l'appréciation du médecin d'arrondissement de la Suva sont les douleurs, élément subjectif. Aucun élément objectif n'a été mis en évidence justifiant de s'écarter de l'appréciation de la Suva. A relever que l'assuré présente un alcoolisme qui est à considérer comme primaire et qui peut avoir une certaine influence.

A relever également que la description du comportement antalgique de l'assuré dans le rapport du Copai est quelque peu contradictoire. Il y est décrit un périmètre de marche limité à 10 m, la station debout peut être maintenue quelques minutes, mais également écrit que l'assuré doit de temps à autre faire une petite promenade pour se dérouiller. Le manque d'endurance et d'effort avancés peuvent au moins partiellement être attribués au problème d'alcool.

Au vu de ce qui précède, nous n'avons pas d'élément objectif de nous écarter de l'appréciation de la Suva.

LF : station debout prolongée (activité assise), déplacements répétés et sur terrain inégal, montées/descentes d'escaliers, port de charges."

Le 18 février 2009, l'assuré a été une nouvelle fois examiné par le Dr C. \_\_\_\_\_. Dans son rapport médical du même jour, ce dernier a notamment relevé ce qui suit :

"(...)

Le patient a fait un stage au COPAL du 10.11.08 au 5.12.08.

Bien que sa présentation ait paru négligée, dans le contexte d'un alcoolo-tabagisme plus ou moins admis, on a relevé que le patient était un travailleur assidu et volontaire qui travaillait probablement dans toute la mesure de ses possibilités mais que les douleurs et l'inconfort au niveau de ses pieds sapaient son endurance au fil des heures, de sorte qu'il ne pouvait travailler qu'à mi-temps.

Le patient est examiné à l'agence pour faire le point de la situation.

**DECLARATIONS DE L'ASSURE:**

Le patient dit que ça ne va pas bien. Il a des douleurs dans les deux pieds, même au repos, lorsqu'il est assis, et durant la nuit. Il dort peu et mal. En fin de matinée, son pied gauche est gonflé et l'après-midi, il doit se reposer, les jambes surélevées. Il est limité dans ses déplacements. Il a toujours 2 cannes dans sa voiture par précaution. Il ne prend plus de Dafalgan® qui était sans effet. Il prend du Lyrica® 300 mais seulement un jour sur deux. Il a bien essayé de le prendre tous les jours mais il avait des vomissements. Il est suivi à la Consultation d'Antalgie du Centre T.\_\_\_\_\_. Il n'a pas de médecin traitant.

Il travaille toujours à mi-temps au dépôt de l'entreprise. Il semble qu'il ne fait pas grand-chose.

Il reçoit son salaire de son employeur.

**EXAMEN CLINIQUE:**

Il s'agit d'un patient de 49 ans, maigre, paraissant un peu dénutri, sentant le tabac et l'alcool, présentant un aspect de santé moyen.

**Membres Inférieurs:**

Sans ses chaussures, le patient se déplace toujours avec difficultés et de manière précautionneuse. Il semble ne pouvoir marcher ni sur la pointe des pieds, ni sur les talons. L'appui monopodal est tout juste soutenu à gauche et ne semble quasiment pas possible à droite.

On retrouve une amyotrophie marquée des mollets chez un patient dont les masses musculaires sont très pauvres.

A la face externe de la cheville droite, les téguments sont continus mais atrophiques avec un lambeau de rotation sous-malléolaire externe surmonté d'une greffe bien incorporée mais fortement adhérente au plan profond. On note une hyperesthésie du bord externe de la coque talonnière à droite.

La mobilité de la tibio-astragalienne est bien restaurée avec une E/F à 15-0-25 à gauche par rapport à 10-0-20 à droite. Les arrière-pieds sont modérément élargis, le gauche un peu plus que le droit, mais il n'y a pas de tuméfaction, pas d'oedème frais.

A droite, la sous-astragalienne est bloquée en position neutre tandis qu'elle est enraidie avec un léger varus de l'arrière-pied à gauche. Les pieds sont alignés.

La circonférence du mollet droit mesure 26 cm par rapport 26,5 cm à gauche, celle de la cheville droite mesure 19,25 cm par rapport à 18,5 cm à gauche.

**APPRECIATION:**

Je ne reviendrai pas sur les antécédents de ce patient que j'ai exposés plus haut.

Actuellement, le patient dit que ça ne va pas bien. Il a des douleurs dans les deux pieds, même au repos, lorsqu'il est assis et durant la nuit. Il dort peu et mal. En fin de matinée, son pied gauche est

gonflé et l'après-midi, il doit se reposer, les jambes surélevées. Il est limité dans ses déplacements. Il a toujours 2 cannes dans sa voiture par précaution.

A l'examen clinique, on retrouve un patient un peu dénutri sentant le tabac et l'alcool qui, sans ses chaussures, se déplace toujours avec difficulté et de manière précautionneuse.

Objectivement, la mobilité de la tibio-astragaliennne est assez bien restaurée des deux côtés. Les arrières-pieds sont modérément élargis, le gauche un peu plus que le droit, mais il n'y a pas de tuméfaction, pas d'œdème frais. A droite, la sous-astragaliennne est bloquée en position neutre tandis qu'elle est enraidie avec un léger varus de l'arrière-pied à gauche. Les pieds sont alignés. On retrouve une amyotrophie marquée des mollets chez un patient dont les masses musculaires sont très pauvres et les téguments continus mais atrophiques à la face externe de la cheville droite. De ce côté on note également une hyperesthésie du bord externe de la coque talonnière.

Si les séquelles de l'accident sont relativement importantes, il est aussi évident que ce patient présente une co-morbidité, qui est susceptible d'aggraver les douleurs dont il souffre, notamment leur composante neurogène, d'entraîner des troubles de l'équilibre et plus généralement de limiter ses capacités d'adaptation.

On peut donc considérer que le cas n'est pas commun avec l'AI.

Par ailleurs, il ne me paraît pas équitable d'admettre une limitation du temps de travail, au motif de douleurs chroniques, plus ou moins explicables, mais dont le ressenti et l'impact sur la capacité de travail varient forcément d'un individu à l'autre.

Pour ma part, je confirme donc en tous points les conclusions prises à l'issue de l'examen à l'agence du 8.5.08."

Dans un rapport médical du 23 juillet 2009 à la CNA, le Dr S.\_\_\_\_\_ a confirmé que l'assuré pouvait reprendre une activité à 50 % dès juillet 2008, sous l'égide de la CNA et de l'AI.

L'assuré a effectué un stage professionnel à plein temps auprès des Y.\_\_\_\_\_ (ci-après : Y.\_\_\_\_\_) du 24 août au 21 novembre 2009. Dans un rapport du 9 décembre 2009, les responsables du stage ont notamment indiqué ce qui suit :

#### **"Bilan avec l'assuré et synthèse du suivi**

M. B.\_\_\_\_\_ ne peut pas envisager son avenir sans une activité professionnelle, il a besoin d'avoir quelque chose à faire durant la journée. Cependant, au cours des bilans réalisés dans notre atelier de réentraînement, il a toujours relevé qu'il lui était impossible de travailler à plein temps.

En effet, durant ces trois mois de stage, il a affirmé, à plusieurs reprises, qu'il a trop de douleurs pour assumer une journée entière de travail. Lorsque nous relevons la bonne progression de ses rendements, sa ponctualité et son assiduité /zéro jours d'absence en 3 mois), il admet qu'avoir un rythme et une activité sont des éléments importants dans sa vie. (...)

Nous avons abordé la problématique de sa consommation d'alcool. En effet, tout au long du stage, nous avons relevé que l'assuré sent très fort l'alcool dès le matin. M. B. \_\_\_\_\_ convient qu'il boit très régulièrement, au moins 5 à 6 bières par jour durant la semaine. Dès le vendredi soir, il boit plus, cela s'assomme et lui permet de dormir plusieurs heures de suite sans être réveillé par ses douleurs. Il fume aussi énormément.

Ainsi, sa semaine se déroule comme suit : il vient travailler tous les jours, après son petit-déjeuner, il boit de l'alcool (environ 2 bières durant la matinée). Le matin, il évite la prise de médicaments à cause des effets secondaires (vertiges, troubles de l'attention, douleurs au ventre et nausées) ce qui est incompatible avec ce qui lui est demandé, affirme-t-il, soit : tenir une journée entière à l'atelier. De plus, il a noté que la prise de médicaments n'atténue pas toujours ses douleurs durant la journée, ainsi il n'en prend que le soir en rentrant chez lui, cela le soulage parfois et comme il est à la maison, au repos, il supporte un peu mieux les effets secondaires. A la fin de la semaine de travail, le vendredi soir, il rentre chez lui, il boit - le plus souvent des alcools forts, puis se couche. Il passe ses week-ends (du vendredi soir au lundi matin) au lit, il se repose et dort quelque peu grâce aux médicaments et aussi à l'alcool qui, affirme-t-il, l'aident à moins sentir ses douleurs. M. B. \_\_\_\_\_ dit que sans cela, il ne pourrait pas reprendre son travail le lundi, comme il le fait depuis plus de trois mois.

Ce qui précède nous porte à croire qu'au premier plan de sa problématique de santé actuelle se trouvent sa consommation d'alcool, le tabagisme, sa difficulté à gérer ses douleurs et son humeur dépressive (dépression réactive suite à son accident). L'assuré, cependant, fait un lien direct entre son comportement addictif et la gestion de ses douleurs. Même s'il peut convenir qu'à la longue cela peut représenter un problème, pour le moment, il trouve que sa consommation n'en pose pas et qu'en plus il n'a pas trouvé une meilleure solution pour gérer ses douleurs et son humeur.

### **Conclusions**

Le présent rapport permet de conclure que, si on comprend en considération que son atteinte physique, M. B. \_\_\_\_\_ peut occuper un poste dans le circuit économique normal à plein temps avec des rendements proches de la norme. Les activités industrielles légères en position principalement assiste lui sont accessibles. De plus, nous avons pu relever un très bon engagement dans toutes les tâches proposées et ceci malgré ses plaintes liées à ses douleurs et donc, selon l'assuré, à l'impossibilité d'assumer une activité professionnelle à plein temps.

Les difficultés liées à la consommation d'alcool, le tabagisme, la gestion de ses douleurs et son humeur dépressive nous laissent présupposer que M. B. \_\_\_\_\_ aura des difficultés à investir une activité professionnelle, à plein temps et, sur le long terme. De plus, malgré les bons résultats de son stage à l'atelier de réentraînement, il est fort possible qu'un éventuel employeur se montrera réticent à l'engager, ou peut-être même à le prendre en stage, lorsqu'il constatera que l'assuré sent l'alcool dès le matin. Enfin, ceci peut, à plus ou moins long terme, dégrader son état de santé général.

### **Propositions**

En l'accord avec l'OAI, nous demandons que soit octroyée à M. B. \_\_\_\_\_ une deuxième mesure de 3 mois, du 21 novembre 2009 au 28 février 2010, pour continuer le réentraînement à l'effort suivi d'une mise en stage en entreprise."

Le 11 décembre 2009, la Dresse X.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, a établi un certificat médical selon lequel l'assuré était en incapacité de travail à 50 %, à long terme, depuis le 1<sup>er</sup> avril 2008.

Le stage de l'assuré aux Y.\_\_\_\_\_ a été prolongé pour une durée de trois mois (soit du 22 novembre au 28 février 2010) aux fins de poursuivre le réentraînement de l'assuré et de lui permettre de trouver des stages en entreprise (rapport du 9 décembre 2009). Finalement, dit stage s'est effectué à 100 % du 22 novembre au 13 décembre 2009, puis à 50 % dès le 14 décembre 2009 (par demies journées), l'assuré ayant fait valoir le certificat médical établi par la Dresse X.\_\_\_\_\_ le 11 décembre précédent. Le rapport d'évaluation établi le 9 mars 2010 par les responsables du stage Y.\_\_\_\_\_ confirme en substance les observations et les conclusions de leur précédent rapport.

Par courrier du 5 février 2010 à l'OAI, la Dresse X.\_\_\_\_\_ a précisé que son patient était resté en incapacité de travail à 50 % depuis le 1<sup>er</sup> avril 2008 et qu'il ne s'agissait pas d'une péjoration. La symptomatologie consistait en des douleurs permanentes d'intensité 8/10 avec des épisodes de douleurs lancinantes aiguës intolérables.

Dans un courrier du 18 février 2010 à la CNA, l'employeur K.\_\_\_\_\_SA a indiqué qu'en pleine possession de ses moyens, l'assuré aurait réalisé un salaire horaire de base de 31 fr. 92 et 2'112 heures de travail en 2010.

Dans un avis médical SMR du 24 février 2010, le Dr Z.\_\_\_\_\_ a précisé qu'à défaut de péjoration de l'état de santé de l'assuré, il n'avait pas d'élément médical objectif lui permettant de s'écarter de son appréciation du 14 janvier 2009.

Il ressort du rapport final établi par l'OAI le 11 mars 2010 les éléments suivants :

"- M. B. \_\_\_\_\_ possède tout à fait les compétences requises pour aborder une activité industrielle légère;  
- Son rendement peut être considéré comme normal, sur la demi-journée;  
- En revanche, durant l'après-midi, son rendement fléchit; mais il s'est avéré que M. B. \_\_\_\_\_ part de l'a priori qu'il ne peut travailler à plus de 50%, ce qui a probablement une influence sur ses performances;  
- Au bout du compte, il est conclu que notre assuré est désormais prêt à aborder un emploi industriel léger dans l'économie;  
- Seule restait en suspens, lors de ce bilan, la question de sa capacité de travail dans une telle activité: [...] Pour répondre à cette dernière question, le SMR a questionné le médecin-traitant de notre assuré. A partir de sa réponse, datée du 05.02.2010, le SMR a établi l'avis définitif suivant: il n'y a pas lieu de nous écarter de notre appréciation du 14.01.2009, laquelle retient une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

Ceci étant, nous pouvons clore ce dossier par l'approche économique suivante:

Revenu sans invalidité (RS):

S'il n'avait pas connu ses problèmes de santé, M. B. \_\_\_\_\_ aurait pu poursuivre son activité de grutier et aurait perçu, en 2008 (date de l'échéance du délai de carence), un salaire de CHF 80'712 (cf. fiche d'examen n°1 du 23.05.2008 [RS 2006: 78'245 fr. 65, adapté à 2008: 80'711 fr. 90]).

Revenu d'invalidé (RI):

Selon l'avis constant du SMR, notre assuré présente une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, à savoir dans une activité industrielle légère.

Le salaire dans une telle activité nous est donné par l'ESS.

Pour établir le calcul du RI, et bien que, médicalement, aucune diminution de rendement ne soit considérée comme fondée, nous avons tenu compte du fait que les deux "expertises professionnelles" entreprises (au COPAI et aux Y. \_\_\_\_\_) relèvent une certaine diminution de la résistance à l'effort, donc du rendement, liée aux douleurs ressenties par l'intéressé.

C'est pourquoi nous proposons de valider - en faveur de l'assuré - une réduction globale de 20% recouvrant les limitations fonctionnelles et l'effet des douleurs ressenties sur le rendement.

Ainsi donc, le revenu exigible se monte à CHF 47'983.- (cf. feuille de calcul ci-jointe)."

Le 12 mars 2010, l'OAI a rendu un projet de décision en faveur de l'assuré, lui octroyant une rente entière du 1<sup>er</sup> mars au 31 juillet 2008 et un quart de rente dès le 1<sup>er</sup> août 2008.

Dans un rapport médical intermédiaire LAA du 7 mai 2010, la Dresse X. \_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de talalgies droite et gauche, après fractures du calcanéum avec infection post-ostéosynthèse à droite et fracture du calcanéum traitée conservativement à gauche. Elle a

considéré que l'évolution était stationnaire avec persistance de douleurs mécaniques, qu'il n'y avait pas de reprise du travail envisageable en l'état et qu'un dommage permanent était à craindre.

Le 15 juin 2010, le Dr C.\_\_\_\_\_ a examiné l'assuré. Dans son courrier du 16 juin 2010 au Dr J.\_\_\_\_\_, cardiologue et spécialiste en médecine interne générale, il a fait part des éléments suivants :

"Par rapport à l'examen précédent, je suis frappé par un œdème prenant les chevilles et remontant le long des jambes qui n'existait pas auparavant et qui se traduit par une augmentation de plusieurs centimètres des circonférences habituellement mesurées.  
(...) Pour ma part, j'émetts l'hypothèse que l'autolimitation actuelle peut expliquer ces grosses jambes qu'on n'observait pas lorsque le patient était plus actif.  
J'attends cependant avec intérêt vos observations et propositions thérapeutiques éventuelles."

Dans un rapport du 16 juin 2010 à la CNA, le Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur auprès du Service d'orthopédie et de traumatologie du Centre T.\_\_\_\_\_, a noté que lors de sa dernière consultation le 29 avril 2010, le patient se plaignait de douleurs invalidantes localisées surtout en regard de la plante de l'arrière-pied. Dans son appréciation, il a indiqué que l'assuré présentait des douleurs localisées essentiellement au niveau de la face plantaire de l'arrière-pied, c'est-à-dire en regard du calcaneum, premièrement suite à un vice de position de l'os suite à la fracture, et également en raison d'une hypoplasie du coussin adipeux, relié fort probablement aux comorbidités présentées par l'assuré (grand tabagique, OH chronique). Pour cette raison et au vu de ses comorbidités, de son status vasculaire et probablement également neurologique, il ne préconisait pas de geste chirurgical et proposait la réfection de supports plantaires sur mesure avec coque talonnière en silicone afin d'amortir au maximum l'arrière-pied. Etait également joint à ce rapport, un compte-rendu de la consultation effectuée dans ce même service par le Dr S.\_\_\_\_\_ le 1<sup>er</sup> décembre 2009, dans lequel celui-ci relevait notamment la précarité du patient du point de vue social et médical et indiquait que, d'un point de vue orthopédique, l'assuré ne pouvait avoir une activité professionnelle supérieure à 50 %.

Le 18 août 2010, J.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et cardiologie, a examiné l'assuré. Il a effectué un examen doppler artériel des membres inférieurs. Dans son rapport médical du 20 août 2010, il a conclu à une sclérose artérielle jambière débutante et à une vasospasticité périphérique chez un tabagique chronique, ainsi qu'à une légère augmentation du flux artériel diastolique péronier droit. Il expliquait que les oedèmes avaient pu être favorisés par la sédentarité de l'assuré et les longues positions assises ou alitées pieds pendants. Il ajoutait en outre que le status vasculaire et neurologique n'expliquaient pas l'origine des douleurs invalidantes qui paraissaient d'origine purement mécanique.

Dans un rapport du 1<sup>er</sup> octobre 2010, le Dr C.\_\_\_\_\_ a indiqué que ses réflexions du 18 février 2009 concernant l'assuré restaient d'actualité, notamment en ce qui concernait la comorbidité. Il ressortait de l'examen clinique les constatations suivantes :

"Pieds nus, le patient a beaucoup de difficultés à se déplacer. Il marche de manière précautionneuse avec un élargissement du polygone de sustentation. Chaussé, il se déplace plus aisément. On retrouve une amyotrophie marquée des mollets et des téguments atrophiques à la face externe de la cheville droite, néanmoins continus, ainsi qu'une hyperesthésie du bord externe de la coque talonnière à droite. La mobilité de la tibio-astragalienne est modérément limitée des deux côtés mais elle s'effectue dans un secteur utile. Les amplitudes articulaires sont inchangées. Les arrières-pieds sont élargis, surtout à gauche, mais il n'y a pas de tuméfaction notable, pas d'œdème frais. De ce côté, la sous-astragalienne est enraidie avec un léger varus de l'arrière-pied, tandis qu'elle est bloquée en position neutre à droite. Les pieds sont bien alignés. La circonférence du mollet gauche mesure 30,25 cm comme à droite, celle de la cheville gauche mesure 19,75 cm comme à droite."

Selon le Dr C.\_\_\_\_\_, la réintégration professionnelle et sociale de l'assuré s'avérait impossible. Il a en outre confirmé ses conclusions précédentes, en ce sens qu'il reconnaissait à l'assuré, du strict point de vue orthopédique, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations. Il confirmait également le taux de l'atteinte à l'intégrité retenu en 2008.

Au dossier de la CNA figure un rapport établi le 24 mars 2011 par K. \_\_\_\_\_ du team prestations, qui a procédé au calcul du revenu annuel de l'assuré pour la période précédant l'accident, soit du 7 mars 2006 au 6 mars 2007. Ce rapport indique se baser sur les données fournies par l'employeur, sans autre détail. Compte tenu du 13<sup>ème</sup> salaire (5'842 fr. 15) et des allocations familiales (2'488 fr. 40), l'auteur du rapport parvient à un revenu annuel de 80'001 fr. 10 arrondi à 80'002 francs.

Par décision du 16 mai 2011, la CNA a reconnu le droit de l'assuré à une rente d'invalidité mensuelle de 1'591 fr. 55 dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011. Se fondant sur l'évaluation médicale de son médecin d'arrondissement, elle a considéré que l'assuré disposait, d'un point de vue strictement orthopédique, d'une capacité résiduelle de travail de 100 % dans une activité adaptée. Elle a nié à l'assuré le droit à des prestations en raison de ses troubles psychogènes (alcoolisme), étrangers à l'accident. La CNA a indiqué que le gain annuel assuré s'élevait à 80'002 fr. et retenu que l'activité adaptée exigible (activité pouvant s'exercer sur un sol plat, n'exigeant pas de manipuler des charges supérieures à 10 kg ni de mettre à contribution les membres inférieurs par de longues stations debout ou trajets) permettrait à l'assuré de réaliser un salaire mensuel de 4'312 francs. Comparé au gain de 6'086 fr. réalisable avant l'accident, la perte économique en résultant s'élevait à 29 %, de sorte que la rente allouée serait conforme à ce taux. La CNA a également reconnu le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 26'700 fr., compte tenu d'un gain annuel assuré de 106'800 fr. et d'un taux de 25 %. La CNA a en outre précisé qu'il n'existait aucun droit à des prestations au plan psychique, les troubles psychogènes n'étant pas en relation de causalité adéquate avec l'accident.

Le 14 juin 2011, l'assuré a fait opposition à cette décision. Il a contesté le revenu sans invalidité et le revenu d'invalidité retenus par la CNA. Pour le premier, le recourant a estimé que le montant de 73'032 fr. retenu par la CNA n'était pas actualisé compte tenu des années qui

s'étaient écoulées et qu'il convenait d'admettre, à l'instar de l'OAI, un revenu sans invalidité au moins égal à 80'000 francs. Quant au revenu d'invalidité fixé à 4'312 fr. par mois, l'assuré était d'avis qu'il ne prenait pas en compte l'ensemble de ses limitations fonctionnelles. S'agissant des atteintes psychiques, l'assuré mentionnait qu'aucun diagnostic psychique n'avait été dûment posé et qu'aucune investigation médicale sérieuse n'avait été effectuée. Il expliquait encore que son abus d'alcool – malgré qu'il n'ait pas été objectivement diagnostiqué – était une atteinte secondaire à l'accident. Dans ces conditions, l'assuré a contesté le taux d'invalidité de 29 % retenu par la CNA, estimant qu'une invalidité de 100 % devait être admise au vu des atteintes qu'il subissait. Il a également considéré que le taux de l'atteinte à l'intégrité de 25 % avait été sous-estimé.

Par décision sur opposition du 5 juillet 2011, la CNA a rejeté l'opposition et confirmé sa décision du 16 mai 2011. Sur le plan psychique, elle a indiqué que, certes, une dépendance à l'alcool avait été diagnostiquée le 8 janvier 2008 par une spécialiste, la Dresse P.\_\_\_\_\_, chef de clinique du service de psychosomatique de la Clinique W.\_\_\_\_\_, mais a estimé que les troubles psychiques ne lui incombaient pas, faute de relation de causalité adéquate avec l'accident. Sur le plan somatique, la CNA a retenu que, selon les conclusions de son médecin conseil, corroborées par les autres éléments médicaux au dossier, l'assuré présentait une capacité de travail totale dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. En ce qui concerne le taux d'invalidité retenu, la CNA a notamment indiqué ce qui suit :

"Au plan économique, s'agissant du revenu dit d'invalidité, conformément à la jurisprudence, cinq descriptions de postes de travail adaptés au handicap de l'opposant (DPT) tenant correctement compte des conclusions médicales déterminantes rappelées plus haut ont été versées au dossier. Le salaire médian qui ressort de la moyenne annuelle des salaires auxdits postes de travail se monte à CHF 52'998.-. A noter que le choix desdites DPT n'a pas été expressément contesté, à juste titre, même à titre subsidiaire.

Quant au revenu d'invalidité tel qu'il ressort du dossier, CHF 73'031.-, il est conforme aux indications attestées par l'ex-employeur sur un questionnaire de la Suva Lausanne du 18 février 2010. Pour fixer le gain de valide, il faut établir au degré de la vraisemblance

prépondérante ce que l'assuré aurait réellement pu obtenir sans l'accident. Selon une jurisprudence constante, le gain de valide est généralement fixé sur la base du dernier revenu effectivement réalisé avant l'atteinte à la santé, en posant la présomption que l'assuré aurait continué à exercer son activité sans la survenance de son invalidité (ATF 96 V 29; RAMA 1993, p. 100, cons. 3b). Dans la mesure où l'assuré était régulièrement employé depuis 1989 dans la même entreprise, on voit mal en quoi il conviendrait en l'espèce de chercher ailleurs les renseignements déterminants en la matière. Ensuite, la fixation du gain annuel repose sur l'art. 15 al. 2 LAA. D'une manière toute générale, un tel montant correspond au salaire AVS effectivement réalisé pendant la période concernée. Il tient dès lors compte d'allocations familiales, de certaines indemnités, voire d'heures supplémentaires, qui ne sont bien entendu pas décomptées dans les DPT et, partant, n'ont pas à l'être dans le revenu sans invalidité. Il faut pouvoir comparer ce qui est comparable. Enfin, l'évaluation de l'invalidité par l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante pour l'assureur accidents (ATF 131 V 362, cons. 2.2). La comparaison de ces revenus hypothétiques laisse apparaître un préjudice économique de 27,4 %. A noter que la décision attaquée a par inadvertance retenu un revenu de valide mensuel de CHF 4'312.-, équivalant au salaire moyen de 32 DPT apparues dans le champ statistique, pour fixer le taux de rente contesté à 29 %. Cela étant, pour le moins au stade et dans le cadre de la présente procédure, il sera constaté que ce taux repose à satisfaction de droit sur des faits médicaux concluants, sur les seules séquelles naturelles et adéquates de l'accident assuré et des faits économiques tenant pour le moins fort équitablement compte de toutes les circonstances du cas d'espèce. Nul n'est en mesure d'établir à satisfaction de droit un taux de rente supérieure pour les répercussions économiques des séquelles LAA de l'accident assuré. (...)."

**B.** Par acte du 22 août 2011, B.\_\_\_\_\_, représenté par son conseil, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision sur opposition du 5 juillet 2011. Il conclut à sa réforme, en ce sens qu'une rente basée sur un taux d'invalidité de 70 % au moins et une atteinte à l'intégrité de 35 % lui sont reconnues. Il reprend globalement les arguments développés à l'appui de son opposition du 14 juin 2011. Singulièrement, il explique que le gain théorique d'invalidité est surtout réduit par les douleurs permanentes partiellement contrées par les traitements morphiniques, les problèmes d'équilibre et les acouphènes, ainsi que par les problèmes de sommeil entraînant une fatigue diurne importante. Il requiert en outre la mise en œuvre d'une expertise judiciaire sur l'atteinte neuropsychique, les problèmes d'équilibre et d'acouphènes, et le cas échéant, le stress post-traumatique. Enfin, il s'en remet à l'appréciation de la Cour sur la question de la jonction de la cause avec celle en assurance-invalidité.

Par décision du 2 septembre 2011, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 22 août 2011. Le même jour, le Tribunal a informé les parties que la jonction des causes AA 76/11 et AI 9/11 était refusée, étant précisé toutefois que le dossier AI 9/11 pourra être versé au dossier AA 76/11 et inversement à l'issue de l'instruction.

Dans sa réponse du 5 décembre 2011, l'intimée a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Elle a fait valoir que le gain sans invalidité avait été déterminé sur la base des renseignements concrets délivrés par K. \_\_\_\_\_ SA, car dans la mesure où le recourant était actif dans la même société depuis 1989, on pouvait partir du principe qu'il n'avait aucune intention de changer d'employeur et que dès lors le montant retenu devait être admis. Concernant le gain hypothétique d'invalidité calculé selon la méthode des DPT, l'intimée a relevé que le recourant n'avait élevé aucune contestation à ce sujet pendant la procédure administrative. D'un point de vue médical, elle a observé que les médecins consultés par le recourant admettaient qu'une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles pouvait être exercée à 100 %. Enfin, s'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, l'intimée a noté que, contrairement à ce que soutenait le recourant, le Dr C. \_\_\_\_\_ avait déjà tenu compte, dans son calcul, de la bilatéralité des lésions et de la pondération nécessaire. La CNA a en outre ajouté que le médecin n'ayant pas tenu compte d'une éventuelle évolution arthrosique, le recourant aurait toute la latitude de faire porter l'examen sur ce point le cas échéant.

Dans sa réplique du 3 avril 2012, le recourant a maintenu ses conclusions et a persisté à demander une expertise judiciaire. Il a en outre soutenu, s'agissant du calcul du gain sans invalidité, que son dernier employeur était en retard par rapport à des salaires offerts par ses concurrents et qu'il fallait présumer qu'il aurait changé d'entreprise d'ici 2011. Concernant le gain d'invalidité, il a fait valoir que la CNA avait non seulement pris en considération à tort des DPT de manière globale en

retenant un salaire moyen sur la base de trente-deux DPT, mais que de surcroît les cinq DPT choisies ne convenaient pas à ses limitations fonctionnelles. Il a joint à ses déterminations un bordereau de pièces, contenant notamment un courrier de la Dresse X.\_\_\_\_\_ adressé au conseil du recourant le 19 octobre 2010, qui explique que "sous traitement médicamenteux associant 3 médicaments différents, la symptomatologie douloureuse n'est calmée que partiellement à environ 50 % ce qui est facilement explicable par le caractère mécanique de celle-là. La capacité de travail actuelle du patient susnommé est plus proche de 20 % que de 50 % au vu de l'évolution défavorable de la symptomatologie malgré les traitements entrepris".

Le 5 juillet 2012, l'intimée a maintenu ses conclusions.

Le 21 août 2012, le recourant a derechef requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire.

Dans un courrier du 27 septembre 2012, l'intimée a confirmé ses déterminations.

Le 9 octobre 2012, le Tribunal a informé les parties, qu'après un examen anticipé des pièces au dossier, la mise en œuvre de l'expertise requise par le recourant ne paraissait pas indispensable pour trancher le litige et que, sauf nouvelle réquisition, un jugement serait rendu.

Le 18 décembre 2012, le recourant a produit des notes manuscrites de la Dresse X.\_\_\_\_\_, dont il ressort que le recourant a une médication quotidienne consistant en deux produits dérivés de la morphine (Targin et Oxynorm) ainsi qu'un antidouleur (Lyrica) et que :

"La sensation d'être "vaseux" est crédible car ces médicaments provoquent tous les 3 des sensations vertigineuses, des étourdissements, une fatigue, une somnolence. Ils peuvent être éventuellement ressentis comme un "handicap" à la marche du fait de ces effets secondaires."

Le recourant fait valoir que ce sont les sensations vertigineuses, les étourdissements, la fatigue et la somnolence qui se manifesteraient dans une hypothétique activité de substitution, nécessitant précisément de la concentration, une pleine disponibilité (pas de fatigue ni de somnolence), etc. pour une activité industrielle de substitution. Il soutient qu'une expertise est aussi indispensable pour déterminer les question de l'alcoolisme secondaire dû aux douleurs ainsi que l'existence d'une dépression et relève qu'aucune "expertise digne de ce nom" ne figure au dossier, ni sur le plan somatique, ni en ce qui concerne les effets secondaires des médications et la question de l'antalgie par l'alcool.

Par courrier du 18 décembre 2012, l'intimée n'a pas formulé de remarque particulière s'agissant de l'appréciation de la Dresse X.\_\_\_\_\_ et s'en est remise à l'appréciation du Tribunal pour savoir si cet élément pouvait motiver la mise en œuvre d'une expertise.

Le 17 janvier 2013, le recourant a précisé qu'une expertise était indispensable pour "déterminer la question de la causalité, s'agissant non seulement des effets secondaires sus-décrits des médications, mais aussi des questions alcoolisme secondaire (en raison de douleurs) et dépression".

Le 16 avril 2013, la juge en charge du dossier a informé les parties que l'affaire était, sauf instruction complémentaire qui pourrait être ordonnée par la Cour, en état d'être jugée.

Par écriture du 24 juin 2013, le recourant a réitéré sa requête tendant à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire bidisciplinaire (orthopédique et psychique) en faisant valoir que, sur le plan orthopédique, la situation s'était gravement péjorée. Il explique que, selon le Dr G.\_\_\_\_\_, ancien médecin cantonal adjoint qui le suit désormais, les atteintes aux deux talons se sont amplifiées, tout comme les douleurs, et nécessitent la prise constante de médicaments (des dérivés morphiniques) entraînant à leur tour des effets secondaires (troubles du sommeil, fatigue, perte d'équilibre, etc). Le recourant soutient que les douleurs sont

devenues à ce point intolérables qu'il a dû avoir recours à la consommation d'alcool pour y faire face et que l'ensemble de ces éléments a entraîné une dégradation importante sur le plan psychique. A l'appui de sa requête d'expertise, il relève encore l'ancienneté des décisions attaquées.

Par écriture du 12 août 2013, le conseil du recourant a confirmé sa requête tendant à la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire. A l'appui de celle-ci, il a produit les certificats médicaux établis respectivement à son attention le 18 juillet par la Dresse X. \_\_\_\_\_ et le 11 août 2013 par le Dr G. \_\_\_\_\_.

Le certificat médical de la Dresse X. \_\_\_\_\_ du 18 juillet 2013 a la teneur suivante :

"Après relecture du dossier, je me permets de vous transmettre certaines données utiles concernant ce patient.

J'ai revu récemment Mr B. \_\_\_\_\_ pour un bilan sanguin. Celui-ci a montré des tests du foie dans les limites de la norme pour les transaminases et très légèrement au-dessus de la norme pour les Gamma-GT. Ces résultats vont dans le sens d'une consommation modérée d'alcool. Je précise que je n'ai jamais vu Mr B. \_\_\_\_\_ alcoolisé lors des consultations.

Concernant le traitement médicamenteux antalgique introduit depuis 2011 en raison de douleurs permanentes sévères, insomniantes aux talons, Mr B. \_\_\_\_\_ le suit consciencieusement conformément au dosage prescrit; je peux certifier qu'il ne présente pas d'addiction à ce traitement et qu'il n'en abuse pas.

Ce traitement a baissé l'intensité des douleurs nocturnes d'un niveau de 10/10 à 7/10 lui permettant ainsi de dormir 4 à 5h/nuit.

Le traitement médicamenteux pris le matin permet d'atténuer ces douleurs à un niveau de 5/10, par contre lorsqu'il marche, les talalgies ne répondent pratiquement à aucune thérapie. Ces thérapies médicamenteuses comportent des effets secondaires principalement des étourdissements et des vertiges qui peuvent occasionner des troubles à la marche avec impression d'ébriété."

Le certificat médical établi le 11 août 2013 par le Dr G. \_\_\_\_\_ indique ce qui suit :

"Votre client présente les séquelles douloureuses irréversibles d'une destruction par écrasement des deux talons avec effondrement de la voûte plantaire. De telles séquelles bilatérales, malheureusement fréquents dans ce type de lésions, ont un pronostic fonctionnel catastrophique d'emblée par rapport à la capacité future de gain en

premier lieu dans un travail de force, mais aussi pour toute activité exigeant la marche ou la station debout. Il n'est pas rare - c'est le cas de M. B. \_\_\_\_\_ - que le syndrome douloureux ne laisse aucun répit au patient jusque dans sa vie quotidienne et ne permette aucune reprise de travail, entraînant une invalidité complète dans le monde du travail.

Dans l'intérêt bien compris du patient et des assurances sociales, il est attendu de mes confrères au cours du délai de réadaptation sociale une grande prudence dans l'énoncé de leur conclusion pour ne pas décourager le patient dans ses efforts de reprise d'une activité professionnelle. Ceux-ci déboucheront tout au plus sur une activité occupationnelle ou, dans les cas les moins graves - sur un travail partiel après changement complet de métier précédé d'une reconversion professionnelle. Il est donc faux de vouloir interpréter des avis cliniques itératifs donnés au cours du suivi de réinsertion pour juger de la capacité résiduelle effective du patient, ce que ne pourra déterminer qu'une expertise.

Pour compléter les observations du médecin traitant de M. B. \_\_\_\_\_, j'ai effectué, à toutes fins utiles, une série de clichés du Status des pieds de M. B. \_\_\_\_\_ le 28 juin (trois photographies) et le 7 juillet (une photographie) l'après-midi. Le cliché No 1 montre une gracilité des mollets correspondant à une fonte musculaire importante des muscles de la jambe des deux côtés démontrant que M. B. \_\_\_\_\_ ne peut plus marcher. Ce status corrobore l'anamnèse du patient et les stratégies qu'il doit développer pour supporter ses journées et ses nuits - les autres causes d'hypotrophie musculaire des membres inférieurs étant écartées par le médecin traitant. Sur le cliché No 2 montre une statique de chacun des pieds incompatible avec la fonction dynamique de soutien d'un pied normal; le cliché No 3 montre l'affleurement sous la peau de la vis du matériel d'ostéosynthèse laissé en place à cause d'une infection nosocomiale. Le cliché No 4 pris une semaine plus tard dans l'après-midi est le plus intéressant parce qu'il montre des deux côtés : des pieds très remodelés avec de l'oedème signalé par des flèches après une sollicitation mineure - le patient s'est rendu en voiture dans un magasin.

Le 2 décembre 2013, l'intimée s'est déterminées sur les écritures du 24 juin et du 12 août 2013 du recourant, en alléguant que d'un point de vue juridique, s'il y avait bien eu aggravation, c'est par le biais d'une annonce de rechute que celle-ci devait être signalée à l'assureur, qu'en tout état de cause c'est en janvier 2011 que l'exigibilité médicale devait être évaluée, que le dossier était complet s'agissant de l'aspect médical et que dès lors elle maintenait sa position, à savoir que l'affaire était en état d'être jugée à l'instar de ce qu'estimait la Cour de céans.

Par déterminations du 3 décembre 2013, le recourant a répondu à cette argumentation.

C. Dans l'intervalle, soit le 7 décembre 2010, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> mars au 31 juillet 2008 ainsi qu'un quart de rente pour la période du 1<sup>er</sup> août 2008 au 30 novembre 2009, puis à nouveau dès le 1<sup>er</sup> février 2010. Il ressortait de la rubrique "résultat de nos constatations" les éléments suivants:

"Depuis le 7 mars 2007 (début du délai d'attente d'un an), votre capacité de travail est considérablement restreinte.

- Selon les renseignements en notre possession, vous travaillez en qualité de grutier, maçon et machiniste chez K. \_\_\_\_\_ SA depuis le 12 mars 1989.

- En date du 7 mars 2007, vous avez été victime d'un accident.

- Du point de vue médical, votre dossier a fait l'objet d'un examen approfondi par le Service médical régional.

- Au vu de ce qui précède, nous constatons qu'à l'échéance du délai de carence, vous présentez une incapacité de travail et de gain entière, ceci dans toute activité, ce qui vous donne droit à une rente basée sur un degré d'invalidité de 100 %.

- A partir du mois de mai 2008, vous êtes apte à la réadaptation. En effet, votre état de santé s'est amélioré et vous présentez une capacité de travail raisonnablement exigible de 100 % dans une activité qui soit adaptée à vos limitations fonctionnelles, lesquelles sont les suivantes: station debout prolongée (activité assise), déplacements répétés et sur terrain inégal, montées/descentes d'escaliers, port de charges.

- Dès lors, nous avons déterminé votre degré d'invalidité par le biais d'une approche théorique.

(...) En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2008 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a), CHF 4808.00 par mois, part au 13<sup>ème</sup> salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2008, TA1; niveau de qualification 4).

Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2008 (41,6 heures; La Vie économique, 10-2006, p.90, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 4998.24 (CHF 4'806.00 X 41,6 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 59'978.88.

(...) Compte tenu de vos limitations fonctionnelles et de l'effet des douleurs ressenties, un abattement de 20 % sur le revenu d'invalidité est justifié.

Le revenu annuel d'invalidité s'élève ainsi à CHF 47'983.10.

**Revenu annuel professionnel raisonnablement exigible:**

sans invalidité CHF 80'712.00

avec invalidité CHF 47'983.10

La perte de gain s'élève à CHF 32'728.90 = un degré d'invalidité de 40.55 %

**Notre décision est par conséquent la suivante:**

- Du 1<sup>er</sup> mars 2008 au 31 juillet 2008, le droit à une rente entière est reconnu puis dès le 1<sup>er</sup> août 2008, le droit à un quart de rente est reconnu, soit trois mois après l'amélioration de votre état de santé."

Le 11 janvier 2011, l'assuré a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre des décisions du 7 décembre 2010 de l'OAI.

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

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

La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). S'agissant d'une contestation relative aux prestations de l'assurance-accidents d'un montant indéterminé, il n'est pas exclu que la valeur litigieuse soit supérieure à 30'000 fr., de sorte que la cause doit être tranchée par la Cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979; RSV 173.01]) et non par un juge unique (art. 94 al. 1 let. a et al. 4 LPA-VD).

**b)** Le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et satisfait aux autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

**2.** Le litige porte sur le droit du recourant à l'octroi d'une rente fondée sur un taux d'invalidité de 70 % au moins et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité basée sur un taux de 35 % au minimum. Le recourant conteste l'évaluation médicale à laquelle la CNA a procédé et en particulier les conclusions relatives à sa capacité résiduelle de travail eu égard à son état de santé somatique et psychique. Faisant valoir que les avis médicaux du Dr C. \_\_\_\_\_ de la CNA n'ont pas de valeur probante et que son état de santé psychique n'a pas été investigué, il requiert la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire (orthopédique et psychique) par un expert indépendant. Le recourant conteste également le calcul du degré d'invalidité opéré par la CNA.

**3.** Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel ou de maladie professionnelle. Est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGGA). En vertu de l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGGA) à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. L'art. 8 LPGGA définit l'invalidité comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée dans la profession ou le domaine d'activité d'un assuré, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGGA).

**4.** Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du

médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256, consid. 4; 115 V 133, consid. 2; TF, I 312/06 arrêt du 29 juin 2007, consid. 2.3 et les références citées).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve qu'elle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353, consid. 5b; TF, 9C\_418/2007 arrêt du 8 avril 2008, consid. 2.1). A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231, consid. 5.1).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, la jurisprudence récente du Tribunal fédéral a posé quelques principes relatifs à la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Notre Haute Cour a notamment précisé qu'il n'y

avait pas lieu de mettre en doute la valeur probante d'une expertise réalisée dans un Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI), conformément à l'art. 44 LPGA, au seul motif que celui-ci était lié par un contrat-cadre avec l'Office fédéral des assurances sociales et fréquemment mandaté par les offices de l'assurance-invalidité (ATF 137 V 210 consid. 1.3.3, 2.3 et 3.4.2.7; cf. également ATF 136 V 376). Il a par ailleurs considéré que la valeur probante d'un rapport d'examen établi par un SMR était en principe comparable à celle d'une expertise réalisée par un spécialiste externe à l'assurance-invalidité, étant toutefois précisé qu'en cas de divergence avec les autres avis médicaux probants figurant au dossier, une expertise externe devait être mise en oeuvre conformément à l'art. 44 LPGA (cf. ATF 137 V 210 consid. 1.2.1 in fine, avec les références, ainsi que l'ATF 135 V 465 consid. 4.4). Enfin, il convient de prendre en considération, pour apprécier la valeur probante d'un rapport établi par un médecin traitant de l'assuré, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui le lie à ce dernier et qui le placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique; les constatations d'un expert revêtent donc en principe plus de poids (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références).

Si l'assureur ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérant et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu de rechercher d'autres preuves. Cette appréciation anticipée des preuves ne viole pas, en tant que telle, les garanties de procédure (ATF 119 V 335 consid. 3c; 124 V 90 consid. 4b; TF, 9C\_382/2008 arrêt du 22 juillet 2008 consid. 3 et les références).

**5. a)** En l'espèce, il est établi que le recourant a subi une fracture comminutive du calcanéum droit avec atteinte de l'articulation calcanéo-cuboïdienne, de l'articulation sous-astragalienne et fracture de la grosse tubérosité, ainsi qu'une fracture du calcanéum gauche. En raison de ces atteintes, il s'est soumis à une intervention chirurgicale le 21 mars 2007

(reconstruction du calcanéum droit, arthrodèse sous-astragaliennne et mise en place de Connexus; cf. protocole opératoire établi par le Dr H. \_\_\_\_\_). Par la suite, il a subi une complication sous la forme d'une infection précoce ayant nécessité le débridement de la plaie infectée et la mise en place d'antibiotiques locaux, ainsi que la confection d'un lambeau fascio-cutané de rotation. Le recourant se plaint depuis lors d'une persistance des douleurs, particulièrement au pied droit. Pourtant, au début de l'année 2008, soit moins d'une année après son accident, le bilan radiologique du recourant montrait une consolidation acquise des fractures (rapport des Drs L. \_\_\_\_\_ et R. \_\_\_\_\_ du 22 février 2008).

D'un point de vue orthopédique, l'ensemble des médecins consultés reconnaît au recourant une incapacité de travail totale dans son ancienne activité professionnelle. Il n'y a pas lieu de revenir sur ce point, qui ne prête pas à discussion entre les parties, à juste titre. En revanche, l'intimée considère que, si les atteintes des membres inférieurs empêchent le recourant d'exercer une activité exigeant le port de charges de plus de 10 kg, le maintien de la station debout de manière prolongée, de longs trajets, de la marche en terrain accidenté et l'utilisation des escaliers et échelles, il dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité respectant ces limitations. Cette appréciation médicale de sa capacité de travail résiduelle est contestée par le recourant. Il fait valoir que l'avis médical émanant du Dr C. \_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de l'intimée, n'a pas la valeur probante requise et qu'elle est en contradiction avec les avis médicaux de ses propres médecins traitants. En outre, à lire les arguments du recourant, on comprend qu'il considère que l'évaluation médicale à laquelle la CNA a procédé est lacunaire, raison pour laquelle il requiert la mise en œuvre d'une expertise bi-disciplinaire (orthopédique et psychiatrique).

**b)** Pour évaluer la situation médicale du recourant du point de vue orthopédique, la CNA s'est fondée sur les rapports médicaux établis par son médecin d'arrondissement les 8 mai 2008, 18 février 2009 et 1<sup>er</sup> octobre 2010. Ces rapports médicaux font suite à plusieurs examens cliniques du recourant par l'auteur du rapport; ils tiennent compte de

l'ensemble des données médicales relatives à l'assuré - en particulier des constats et des conclusions de l'évaluation médicale des médecins de la Clinique W.\_\_\_\_\_ ayant suivi le recourant lors de son séjour (rapport du 22 février 2008) et des observations et conclusions de l'équipe d'observation des Y.\_\_\_\_\_ (rapports des 9 décembre 2009 et 9 mars 2010) - et prennent en considération les plaintes du recourant. Ces rapports sont complets et détaillés et les conclusions du Dr C.\_\_\_\_\_, qui se basent sur un suivi régulier de l'état de santé du recourant depuis l'accident de 2007, sont dûment motivées et convaincantes. Cela étant, il n'y a pas lieu a priori de douter de la valeur probante des avis médicaux précités. Reste toutefois à examiner les griefs soulevés par le recourant à cet égard.

**c)** Le Dr C.\_\_\_\_\_ conclut que, d'un strict point de vue orthopédique, le recourant dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée (absence de port de charges de plus de 10 kg, de station debout prolongée, de longs trajets, de marche en terrain accidenté, d'escaliers et d'échelles) à compter du mois de mai 2008 (cf. rapport du 8 mai 2008 dont les conclusions ont été confirmées dans les rapports des 18 février 2009 et 1<sup>er</sup> octobre 2010). Le recourant conteste cette appréciation de sa capacité résiduelle de travail en faisant valoir qu'elle est en contradiction avec l'avis des médecins qui le suivent (Dresse X.\_\_\_\_\_, Dr S.\_\_\_\_\_, Dr J.\_\_\_\_\_ et Dr G.\_\_\_\_\_) ainsi qu'avec les conclusions des responsables du stage au Copai (rapport d'observation du 19 décembre 2008) et celles de l'équipe des Y.\_\_\_\_\_ (rapports d'évaluation des 9 décembre 2009 et 9 mars 2010), qui tous considèrent, selon lui, que la capacité de travail dans une activité adaptée n'est pas supérieure à 50 % et s'approche même plutôt des 20 % (Dresse X.\_\_\_\_\_). Dans ce contexte, le recourant soutient que l'évaluation du médecin d'arrondissement de la CNA ne tient compte ni des douleurs chroniques, ni de la dégradation de son état psychique, ni enfin des effets secondaires engendrés par la lourde médication qu'il est contraint de prendre pour gérer les douleurs. Il insiste sur le fait que ces différentes atteintes, toutes en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident, sont extrêmement invalidantes, comme les rapports médicaux de ses

médecins traitants l'attestent. L'assuré déduit de ces éléments l'absence de valeur probante des rapports médicaux du Dr C.\_\_\_\_\_.

Contrairement à ce qu'allègue le recourant, on constate que, dans ses avis médicaux successifs, le médecin d'arrondissement de la CNA a pris en compte les plaintes du recourant quant aux douleurs. Il explique clairement qu'elles n'entraînent pas, du point de vue strictement orthopédique, une incapacité de travail dans une activité adaptée, mais que l'importance de la comorbidité (alcoolisme et tabagisme chronique notamment) que présente l'assuré est susceptible d'aggraver lesdites douleurs. Cet avis est d'ailleurs partagé par le Dr Z.\_\_\_\_\_ du SMR, qui, s'il admet dans son avis du 4 novembre 2008 que les lésions que présente l'assuré sont connues pour être douloureuses à long terme, relève cependant dans son avis médical du 14 janvier 2009 que la seule motivation pour s'écarter de l'appréciation du Dr C.\_\_\_\_\_ telle qu'elle résulte de l'évaluation faite au Copai (rapport du Dr F.\_\_\_\_\_ du 9 décembre 2008 et rapport de l'équipe responsable du stage du 19 décembre 2008 qui retiennent une capacité de travail de 50 % en raison d'un manque d'endurance) se fonde sur l'augmentation des douleurs au cours de la journée, ce qui constitue un élément subjectif. Il précise d'ailleurs que le comportement antalgique de l'assuré décrit par l'équipe d'observation du Copai est quelque peu contradictoire, puisqu'il indique un périmètre de marche limité à 10 mètres et un maintien de la station de bout à quelques minutes tout en soulignant que l'assuré doit, de temps à autre, faire une petite promenade pour se dérouiller. Le Dr Z.\_\_\_\_\_ en conclut, de manière convaincante, que le manque d'endurance et d'efforts observés peuvent, au moins partiellement, être attribués au problème d'alcool du recourant. Cette appréciation est d'ailleurs elle-même corroborée par le rapport d'observation établi le 9 décembre 2009 par les responsables du stage de l'assuré aux Y.\_\_\_\_\_ qui décrit de façon détaillée la problématique de la consommation d'alcool du recourant, conclut à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée (il est clairement mentionné que l'assuré est en mesure, d'un point de vue somatique, d'occuper un poste dans le circuit économique normal à plein temps avec des rendements proches de la norme dans des activités

industrielles légères en position principalement assise) tout en relevant que l'observation amène à considérer que l'état de santé actuel de l'assuré est dû au premier chef à sa consommation d'alcool, au tabagisme et à sa difficulté à gérer les douleurs et son humeur. Certes, tant le Dr J.\_\_\_\_\_, cardiologue, que le Dr G.\_\_\_\_\_, médecin cantonal retraité (dont la spécialisation ne figure pas sur ses avis médicaux), indiquent que les douleurs que présente le recourant sont d'origine mécanique. Leur avis ne saurait toutefois être considéré comme probant, ni même comme pertinent. D'une part, aucun de ces deux praticiens ne dispose des connaissances et compétences propres à un spécialiste en orthopédie, contrairement au Dr C.\_\_\_\_\_. D'autre part, le Dr G.\_\_\_\_\_ n'explique pas pourquoi il considère que les séquelles douloureuses du recourant sont irréversibles dans le cas du recourant. Il se contente d'indiquer que de telles séquelles bilatérales sont malheureusement fréquentes dans ce type de lésions, ont un pronostic fonctionnel catastrophique d'emblée par rapport à la capacité future de gain en premier lieu dans un travail de force mais aussi pour toute activité exigeant la marche ou la station debout et qu'il n'est pas rare que le syndrome douloureux ne laisse aucun répit au patient jusque dans sa vie quotidienne et ne permette aucune reprise de travail. Certes, il relève lui aussi la pauvreté de la masse musculaire des membres inférieurs et la présence d'un œdème, qu'il attribue aux lésions accidentelles, alors que le Dr C.\_\_\_\_\_, comme le Dr V.\_\_\_\_\_, lui aussi spécialiste en orthopédie, mettent ces problématiques en lien avec l'alcoolisme et le tabagisme chroniques du recourant. Quant au Dr J.\_\_\_\_\_, il dit seulement que le status vasculaire et neurologique n'expliquent pas l'origine des douleurs et que celles-ci paraissent d'origine mécanique.

Par ailleurs, les avis médicaux des autres médecins traitants du recourant ne sauraient non plus se voir reconnaître une pleine valeur probante, dès lors qu'ils ne répondent pas aux réquisits jurisprudentiels en la matière. Ainsi, le Dr S.\_\_\_\_\_, chirurgien orthopédique traitant du recourant, attestait une évolution favorable de l'état de santé du recourant en août 2007 (rapport médical du 31 août 2007). En février 2008, il estimait en outre que l'assuré était en mesure de travailler huit

heures trente par jour, sans perte de rendement, dans une activité ne nécessitant pas de déplacement prolongé sur un terrain vague (rapport médical du 21 février 2008). On peine ainsi à s'expliquer, pour quelles raisons, il retient - à peine deux mois plus tard, soit en avril 2008 - une capacité de travail résiduelle de 50 %; cette péjoration n'est objectivée par aucun élément médical (rapports médicaux du 8 avril 2008 et 23 juillet 2009). Il en va de même de l'appréciation médicale de la Dresse X.\_\_\_\_\_, médecin traitant du recourant (certificat médical du 11 décembre 2009, complété le 5 février 2010) : celle-ci atteste certes elle aussi une incapacité de travail de 50 %, voire de 20 % (rapport médical du 19 octobre 2010), en se limitant toutefois à indiquer qu'elle est justifiée par les douleurs permanentes et intolérables ressenties par le recourant dans ses calcanéums et que celles-ci s'expliquent facilement par leur caractère mécanique, sans toutefois rendre ce dernier vraisemblable.

Au vu de ce qui précède, il y a lieu de considérer que, d'un strict point de vue orthopédique, l'évaluation du Dr C.\_\_\_\_\_ quant à la capacité de travail résiduelle du recourant a pleine valeur probante au sens de la jurisprudence. Il convient toutefois encore d'examiner les griefs soulevés par le recourant quant aux prétendues lacunes de l'instruction par la CNA sur les autres pathologies alléguées qui, si elles ne relèvent pas de l'orthopédie, constitueraient néanmoins, selon lui, des séquelles directes et invalidantes de l'accident.

**d)** Le recourant fait état tout d'abord d'une dégradation importante de son état de santé psychique depuis l'accident. Certes, on constate que si, dans l'évaluation médicale du 22 février 2008 de la Clinique W.\_\_\_\_\_, la Dresse P.\_\_\_\_\_, psychiatre consultante, retient une surcharge psychique en relation avec les douleurs et la perte des capacités fonctionnelles, elle nie l'existence d'un trouble dépressif majeur ou d'un trouble de la personnalité constitué. Par ailleurs, même si, comme on l'a vu précédemment, les responsables des stages au Copai et aux Y.\_\_\_\_\_ ont constaté les problèmes d'humeur du recourant et sa difficulté à les gérer, notamment en ayant recours à la consommation d'alcool, il ne ressort d'aucun avis médical au dossier que le trouble

constaté en 2008 par les médecins de la Clinique W.\_\_\_\_\_ se serait aggravé ou qu'une autre pathologie psychiatrique aurait été diagnostiquée. En particulier, la Dresse X.\_\_\_\_\_ ne se prononce dans aucun de ses rapports médicaux en faveur de l'existence d'une telle pathologie. A fortiori, il n'est nulle part question d'une incapacité de travail en lien avec un trouble psychiatrique. Enfin, aucun des avis médicaux figurant au dossier ne suggère la consultation d'un spécialiste en la matière. Cela étant, on ne saurait admettre, comme le fait le recourant, que la CNA aurait omis d'investiguer l'existence d'une atteinte à l'état de santé psychique, ce qui selon lui justifierait la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

S'agissant de la problématique liée à la consommation d'alcool - qui peut constituer un trouble psychiatrique invalidant mais dont on verra ci-après que les conditions ne sont pas réunies pour la considérer comme telle dans le cas d'espèce - il n'est pas inutile de rappeler que le recourant l'a niée tout au long de la procédure et que son médecin traitant, la Dresse X.\_\_\_\_\_, persiste d'ailleurs à émettre des réserves quant à son existence puisque, dans son avis médical du 18 juillet 2013, elle indique que les tests du foie sont dans les limites de la norme pour les transaminases et très légèrement au-dessus de la norme pour les Gamma-GT et relève que ces résultats vont dans le sens d'une consommation modérée d'alcool. Elle précise d'ailleurs que le recourant ne présente pas non plus de dépendance aux dérivés de la morphine auxquels il doit avoir recours pour supporter les douleurs. S'agissant de l'alcoolisme diagnostiqué chez le recourant, la Dresse P.\_\_\_\_\_ ne s'est pas prononcée sur d'éventuelles conséquences invalidantes de cette dépendance. Le Dr Z.\_\_\_\_\_ du SMR a quant à lui qualifié l'alcoolisme du recourant de primaire dans son rapport du 14 janvier 2009. Aucun autre rapport médical au dossier n'atteste que l'alcoolodépendance du recourant ait provoqué une maladie ou un accident ayant entraîné une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique nuisant à la capacité de gain, ni qu'elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui a valeur de maladie (ATF 124 V 265 consid. 3c et la référence citée; TF 9C\_960/2009 arrêt du 24 février 2010, consid. 2.2;

TF 9C\_395/2007 arrêt du 15 avril 2008, consid. 2.2). Seul le recourant l'affirme aujourd'hui, sans toutefois le rendre vraisemblable. Au demeurant, les douleurs alléguées, qui auraient induit l'alcoolisme selon le recourant, ne sauraient être considérées comme une atteinte à la santé ayant valeur de maladie. Ainsi, en tant qu'elle n'est ni la cause ni la conséquence d'une atteinte à la santé physique ou psychique ayant valeur de maladie, l'alcoolodépendance du recourant constitue une affection primaire non constitutive d'invalidité au sens de la jurisprudence fédérale précitée.

Compte tenu de ce qui précède, il convient d'exclure que le recourant présente une incapacité de travail d'un point de vue psychique. A supposer que cette atteinte soit dûment établie, elle n'impliquerait pas l'octroi des prestations litigieuses par l'intimée, faute de rapport de causalité avec l'accident du 7 mars 2007 (consid. 6b ci-après).

**e)** Concernant les effets secondaires de la médication à base de deux produits dérivés de la morphine (Targin et Oxynorm) et d'un antidouleur (Lryrica), il suffit d'observer qu'il résulte du certificat médical de la Dresse X.\_\_\_\_\_ du 18 juillet 2013 que cette médication n'a été introduite qu'en 2011, soit postérieurement à la décision entreprise. Le caractère éventuellement invalidant de cette médication ne saurait par conséquent être examiné dans le cadre de la présente procédure mais pourra le cas échéant être discuté dans le cadre d'une demande de révision. Enfin, en ce qui concerne les troubles neurologiques que présente l'assuré, il convient de se référer à l'avis médical des médecins de la CRR, qui ont diagnostiqué une discrète polyneuropathie. Au demeurant, ils ont estimé qu'en l'absence de diabète, de carence vitaminique ou de paraprotéïnémie, il s'agissait d'une toxicité chronique, liée à l'alcool et qu'elle n'avait pas d'influence sur la rééducation (rapport du 21 janvier 2008 établi à la suite de l'ENMG du 18 janvier 2008).

Ainsi, il y a lieu de retenir que l'appréciation médicale de la CNA tant sur le plan orthopédique que psychiatrique ou neurologique est fondée sur des documents médicaux pertinents ayant valeur probante et

que l'instruction à laquelle l'intimée a procédé ne souffre pas de lacune. Il s'ensuit que l'évaluation de la capacité de travail résiduelle du recourant dans une activité adaptée est correcte et doit être confirmée, en ce sens qu'il présente une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles à compter du mois de mai 2008.

**6. a)** L'obligation éventuelle de l'assureur d'allouer ses prestations suppose un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans la survenance de l'événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé. En effet, il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur les renseignements médicaux, et qui doit être tranchée à l'aune du principe du degré de vraisemblance prépondérante, appliqué généralement à l'appréciation des preuves en matière d'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 129 V 402 consid. 4.3; TF 8C\_858/2008 arrêt du 14 août 2009, consid. 3).

Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance

(ATF 129 V 177 consid. 3.2, 129 V 402 consid. 2.2 et les références; TF 8C\_710/2008 arrêt du 28 avril 2009, consid. 2).

Pour juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et les troubles d'ordre psychique développés ensuite par la victime, la jurisprudence a posé plusieurs critères. Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par ex. une chute banale), les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même. L'existence d'un lien de causalité adéquate entre un accident insignifiant ou de peu de gravité et des troubles psychiques consécutifs à l'accident doit, en règle générale, être niée d'emblée, tandis qu'elle doit être admise en cas d'accident grave. En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants :

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

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents

graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa, 115 V 403 consid. 5c/aa).

**b)** En l'espèce, il ne ressort d'aucun document au dossier qu'un lien de causalité naturelle entre l'accident et une éventuelle atteinte à la santé psychique (y compris la problématique alcoolique) du recourant puisse être admis. En effet, non seulement cette relation de cause à effet ne ressort que des allégations du recourant sans que ces dernières ne soient appuyées par un quelconque élément de preuve, mais encore, aucun des rapports médicaux figurant au dossier ne permet de corroborer cette hypothèse.

Ainsi, lors de son séjour à la CRR du 3 janvier au 19 février 2008, les médecins avaient déjà mis en évidence un syndrome de dépendance à l'alcool avec utilisation continue, accompagné d'un foetor alcoolique marqué lors de son admission. Dans le rapport du 16 janvier 2008, relatif au consilium psychiatrique, il est indiqué que l'assuré admettait une consommation régulière dans la journée de plusieurs boissons alcoolisées depuis plusieurs années. Le Dr S. \_\_\_\_\_ a pour sa part confirmé dans son rapport médical du 9 septembre 2008 que les problèmes psychiatriques et l'alcoolisme chronique étaient sans rapport avec l'accident. Par la suite, les responsables du stage aux Y. \_\_\_\_\_ ont décrit dans le détail les habitudes de consommation de l'assuré.

Quoi qu'il en soit, le lien de causalité adéquate fait dans tous les cas défaut. En l'occurrence, si la chute d'un échafaudage d'une hauteur de trois mètres a pu subjectivement revêtir chez l'intéressé un caractère relativement impressionnant, le déroulement de l'accident n'apparaît pas d'un point de vue objectif, seul déterminant en l'espèce, particulièrement dramatique. On doit dès lors classer l'accident incriminé dans la catégorie des accidents de moyenne gravité. Il importe dès lors que plusieurs des critères consacrés par la jurisprudence se trouvent réunis ou revêtent une

intensité particulière pour que l'accident du 7 mars 2007 soit tenu pour la cause adéquate des troubles psychiques dont le recourant allègue souffrir. Or, tel n'est pas le cas en l'espèce. Les lésions organiques subies par le recourant ne sauraient être qualifiées objectivement de graves et propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques. L'évolution thérapeutique s'est déroulée normalement, hormis les suites de l'opération du 21 mars 2007 qui semble avoir été compliquée par une infection précoce, laquelle a été complètement guérie. Rien ne permet en outre de retenir qu'il y aurait eu une erreur dans le déroulement du traitement médical. Au contraire, la prise en charge par le Centre T.\_\_\_\_\_ a été immédiate et correcte, avec une évolution favorable. Début 2008 déjà, les fractures étaient consolidées (rapport des médecins de la Clinique W.\_\_\_\_\_ du 22 février 2008). Dès mai 2008, le médecin de la CNA estimait l'état du recourant suffisamment stabilisé pour lui permettre de travailler à 100 % dans une activité professionnelle adaptée (rapport du Dr C.\_\_\_\_\_ du 8 mai 2008). Reste que le recourant continue encore à ce jour à se plaindre de douleurs persistantes en relation avec l'accident qui l'empêchent de reprendre une activité lucrative à 100 %. L'importance de ces douleurs doit toutefois être relativisée, dans la mesure où celles-ci sont entretenues par la problématique psychique (alcoolique et tabagique) que présente le recourant. Différents rapports relèvent en effet l'influence de cette composante psychique sur les douleurs ressenties par le recourant et l'évolution de son état de santé (rapports du Dr C.\_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> octobre 2010 et du Dr S.\_\_\_\_\_ du 8 avril 2008).

Compte tenu de ce qui précède, la CNA n'est pas tenue de prendre en charge une éventuelle affection psychique du recourant, faute de rapport de causalité naturelle et adéquate.

**7.** Le recourant critique le calcul du degré d'invalidité en faisant valoir que le revenu de valide retenu par la CNA (73'031 fr.) n'était pas actualisé compte tenu des années qui s'étaient écoulées depuis l'accident et qu'il convenait de retenir, à l'instar de l'OAI un revenu sans invalidité au moins égal à 80'000 francs. Il fait également valoir que son dernier

employeur était en retard par rapport aux salaires offerts par ses concurrents et qu'il fallait présumer qu'il aurait changé d'entreprise d'ici 2011. Quant au revenu d'invalidé fixé à 4'312 fr. par mois, le recourant soutient que non seulement l'intimée a, à tort, pris en considération des DPT en retenant un salaire moyen sur la base de trente-deux DPT mais a de surcroît choisi cinq DPT qui ne conviennent pas à ses limitations fonctionnelles.

**a)** Pour évaluer le taux d'invalidité et ainsi le montant de la rente, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé à celui que l'assuré devenu invalide par suite d'un accident pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de traitements et de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail (art. 16 LPGA, auquel renvoie implicitement l'art. 18 al. 2 LAA; TF 8C\_125/2010 arrêt du 2 novembre 2010, consid. 2). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment (ATF 129 V 222, 128 V 174).

La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants des revenus, avec et sans invalidité, et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 343 consid. 3.4 p. 348; 128 V 29 consid. 1 p. 30; TF 8C\_748/2008 arrêt du 10 juin 2009 consid. 2.1).

Le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la

rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1; ATF 129 V 222 consid. 4.3.1; TF 9C\_501/2009 arrêt du 12 mai 2010 consid. 5.2). La prise en compte d'une évolution différente du salaire justifiée par le développement professionnel personnel ou un changement de fonction ne peut être admise qu'en présence d'éléments concrets, de pures intentions ne suffisant pas (ATF 96 V 29; TFA U 490/05 arrêt du 22 novembre 2006, consid. 4.3).

En l'absence d'un revenu effectivement réalisé — soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible — le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail établies par la CNA (ATF 135 V 297 consid. 5.2 ; 129 V 472 consid. 4.2.1 p. 475). Cette seconde méthode d'évaluation du revenu d'invalidé repose sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail (DPT), tirées d'une vaste base de données établie par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents. Le Tribunal fédéral considère que la détermination du revenu d'invalidé, selon l'art 18 al. 2 LAA, sur la base des DPT est admissible dans la mesure où elle suppose, en sus de la production d'au moins cinq DPT, la communication du nombre total des postes de travail pouvant entrer en considération d'après le type de handicap, ainsi que du salaire le plus haut, du salaire le plus bas, et du salaire moyen du groupe auquel il est fait référence. Les éventuelles objections de l'assuré sur le choix et sur la représentativité des DPT dans le cas concret doivent être soulevées, en principe, durant la procédure d'opposition. Si la CNA n'est pas en mesure de satisfaire aux exigences de procédure ci-dessus mentionnées, elle ne peut se référer aux DPT (ATF 129 V 472 consid. 4.2.2). Lorsque le revenu d'invalidé est déterminé sur la base des DPT, une réduction du salaire, eu égard au système même des DPT, n'est ni justifié ni admissible (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3; TFA I 471/04 arrêt du 16 juin 2005 consid. 3.3).

Au surplus, il convient de préciser que les organes de l'assurance-invalidité ne sont en principe pas liés par l'évaluation de

l'invalidité de l'assureur-accidents, et inversement (ATF 133 V 549; TF 9C\_751/2007 arrêt du 8 août 2008 consid. 3.1). Les assureurs sont en effet tenus de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité, les uns ou les autres, sans se contenter de reprendre simplement et sans avoir effectué leur propre examen, le degré d'invalidité fixé par l'autre assureur (ATF 126 V 288 consid. 3d; TF 9C\_1062/2008 arrêt du 9 septembre 2009 consid. 4.1, 9C\_813/2012 arrêt du 18 mars 2013, consid. 3.4). En raison de l'uniformité de la notion d'invalidité, il convient toutefois d'éviter que pour une même atteinte à la santé, assurance-accidents, assurance militaire et assurance-invalidité n'aboutissent à des appréciations divergentes quant au taux d'invalidité. La présomption de l'exactitude de l'évaluation de l'invalidité suppose donc que les assureurs concernés répondent d'une même atteinte à la santé (ATF 126 V 288 consid. 2d; TF U 84/07 arrêt du 31 janvier 2008 consid. 2.3.1; TFA I 864/05 arrêt du 26 octobre 2006 consid. 2.1).

**b)** En ce qui concerne le revenu sans invalidité, il convient de relever d'emblée que, vu les années de service du recourant auprès de la société K.\_\_\_\_\_SA (depuis 1989), il n'est pas établi au degré de la vraisemblance qu'il avait l'intention de quitter cette entreprise pour une société concurrente qui l'aurait mieux rémunéré et rien ne permet non plus d'admettre qu'il ait eu des perspectives concrètes d'évolution au sein de la société, de sorte que l'argument du recourant sur ce point est mal fondé.

Pour fixer le revenu sans invalidité, la CNA s'est basée sur les informations fournies par l'ancien employeur du recourant (cf. courrier du 18 février 2010), à savoir qu'en 2010, le recourant aurait perçu un salaire horaire de base de 31 fr. 92 et travaillé 2'112 heures; l'intimée en déduit qu'en 2010 le recourant aurait perçu un salaire de 73'031 fr. (part au 13<sup>ème</sup> salaire comprise). Or, ce montant ne paraît pas vraisemblable, dès lors qu'il est inférieur au revenu annuel réalisé par le recourant en 2006. La CNA aurait dû s'en rendre compte puisque cela ressort du calcul effectué par K.\_\_\_\_\_ du team prestations de la CNA, qui retient un revenu annuel de 77'513 fr. 60, après déduction des allocations familiales

(2'488 fr. 40). Si on se réfère aux indications fournies par l'employeur sur le questionnaire de l'OAI, le recourant a perçu, en 2006, un montant de 78'245 fr. 05 pour un nombre d'heures total de 2040.50. L'extrait de compte individuel AVS confirme d'ailleurs le montant de 78'245 fr. pour 2006. Cela étant, il y a lieu de rectifier la décision entreprise et de retenir que, le recourant ayant perçu un salaire annuel de 78'245 fr. en 2006, en 2011 - année de naissance du droit à la rente - il aurait réalisé, après indexation selon l'évolution des salaires (La Vie économique, Tableau B 10.2, p. 91) un revenu annuel de 84'287 fr. 20.

**c)** En ce qui concerne le revenu avec invalidité, la CNA s'est basée sur les DPT pour le déterminer. Si elle a choisi 5 DPT sur un total de 32 et calculé le revenu d'invalidé sur la moyenne des salaires des 5 DPT produites, il apparaît toutefois que ce n'est qu'au stade de la décision sur opposition qu'elle a indiqué son mode de calcul et que par conséquent le recourant n'a pas été en mesure de contester la méthode de calcul ou les DPT choisies dans le cadre de la procédure d'opposition. Cette façon de procéder est contraire aux règles de procédure fixées par la jurisprudence du Tribunal fédéral (ATF 129 V 472 consid. 4.2.2). Par ailleurs, il faut constater que, si les 5 DPT retenues par l'intimée (n° 992 : ouvrier d'atelier de perçage, n°s 8893, 1138 et 10198 : collaborateur de production) sont compatibles, au vu du descriptif détaillé de l'activité, avec les limitations fonctionnelles stricto sensu du recourant (travaux légers s'effectuant prioritairement en position assise et qui ne requièrent dès lors pas de maintien prolongé en position debout ni de déplacements), l'une d'entre elles (DPT n° 1138) se situe à Muntelier, soit dans le canton de Berne. Au surplus, on observe que sur les 4 DPT restantes, 2 sont situées à une distance non négligeable du domicile du recourant (N° 8893 à L'Abbaye et n° 10198 à Vallorbe) impliquant des trajets qui paraissent difficilement compatibles avec l'état de santé du recourant (déplacements à pied et maintien de la position debout). Enfin, si on se réfère aux 27 DPT restantes sur les 32 produites, on constate que 8 d'entre elles ne sont pas compatibles avec les aptitudes professionnelles et/ou linguistiques du recourant ou ses limitations fonctionnelles (aide d'administration, aide de bureau, vendeur par téléphone, caissier de grand magasin, employé de

décoration), que 3 d'entre elles sont situées en-dehors du canton de Vaud (Saas-Fee, Brigue et Les Acacias) et que seules 13 d'entre elles sont situées à moins de 20 kilomètres du domicile du recourant. L'ensemble de ces éléments conduit à considérer que la méthode de calcul par DPT choisie par la CNA pour déterminer le revenu d'invalidé n'a pas la pertinence exigée en la matière (sans compter le fait que l'intimée n'a pas respecté les règles formelles de procédure sur ce point) que le calcul du revenu d'invalidé n'est pas conforme aux règles de droit et qu'il y a lieu de le rectifier en se fondant sur l'ESS (ATF 129 V 472 consid. 4.2.2). En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2010 : 5'000 fr. par mois, part au 13<sup>ème</sup> salaire comprise (ESS 2010, version corrigée au 19.11.2012, T1, niveau de qualification 4). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de 40 heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2011 (41,7 heures en 2010; La Vie économique, 2012, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à 5'212 fr. 50 ( $5'000 \times 41,7 : 40$ ), montant qu'il convient encore d'adapter à l'évolution des salaires pour l'année 2011 (année d'ouverture du droit à la rente), soit à 5'264 fr. 65 (La Vie Economique, 2012, Tableau B 10.2), ce qui correspond à un revenu annuel d'invalidé de 63'175 fr. 50.

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 (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc p. 79; voir aussi ATF 135 V 297 consid. 5.2 et 6.2 p. 301 s., 134 V 322 consid. 5.2 et 6.2 p. 327 s.). En l'espèce, compte tenu des limitations fonctionnelles et du ressenti des douleurs particulièrement importants qui réduisent l'endurance du recourant, partant son rendement, un abattement de 20 % paraît justifié. Le revenu annuel d'invalidé s'élève au final à 50'540 fr. 40. Ceci étant, la perte économique résultant de

l'invalidité est de 33'746 fr. 82 (84'287 fr. 22 ./ 50'540 fr. 40), ce qui correspond à un degré d'invalidité de 40,04 %.

En définitive, la décision entreprise doit être réformée en ce sens que le degré d'invalidité, et par conséquent le taux de la rente à servir par l'intimée à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2011, est de 40 %. Il appartiendra à la CNA de procéder au calcul exact du montant de la rente.

**8. a)** Selon l'art. 24 LAA, si, par suite de l'accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (al. 1). L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé (al. 2). Selon l'art. 25 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 (al. 1). Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (al. 2).

Selon l'art. 36 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 (al. 1). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 (al. 2). En cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité physique, mentale ou psychique, dues à un ou plusieurs accidents, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée d'après l'ensemble du dommage (al. 3, première phrase).

D'après la jurisprudence, la quotité de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est évaluée selon les directives et le barème - non exhaustif - contenus dans l'annexe 3 de l'OLAA (ATF 124 V 29 consid. 1b,

113 V 218 consid. 2a; TF 8C\_703/2008 arrêt du 25 septembre 2009, consid. 5.3 et 5.4). Lorsque l'atteinte n'y figure pas, le préjudice est estimé en s'inspirant des tables de la division médicale de la CNA, sans que le juge ne soit lié par ces dernières (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc, 116 V 156 consid. 3a).

Le Tribunal fédéral des assurances a jugé qu'en cas de concours d'atteintes à l'intégrité (touchant en particulier des organes pairs), le taux doit être évalué compte tenu de l'ensemble du déficit découlant des diverses atteintes, ce qui ne correspond pas nécessairement à la somme des déficits pris individuellement. Cela ne signifie toutefois pas qu'une évaluation globale aboutit nécessairement à un résultat supérieur à la somme des différentes atteintes, celle-ci pouvant atteindre parfois un taux trop élevé (cf. ATF 117 V 71 consid. 3c/bb et les références).

**b)** L'intimée a fixé à 25 % le taux de l'atteinte à l'intégrité découlant de l'accident du 7 mars 2007, se fondant pour cela sur le rapport du Dr C. \_\_\_\_\_ du 8 mai 2008.

En l'espèce, le recourant conteste ce taux d'indemnisation et fait valoir que l'intimée n'a pas tenu compte de l'effet cumulatif d'une affection atteignant les deux pieds. Cette allégation n'est toutefois pas de nature à mettre en cause l'appréciation du Dr C. \_\_\_\_\_. En effet, celui-ci fait état d'un taux de 15 % correspondant à un status après reconstruction-arthrodèse du calcanéum, au côté droit et un taux de 10 % pour une fracture du calcanéum ayant consolidé avec un varus de la tubérosité et un certain affaissement de l'angle de Bohler, au côté gauche. On doit ainsi admettre que ce médecin a tenu compte de la bilatéralité des lésions en additionnant les deux taux et que le taux de 25 %, tel qu'évalué par le Dr C. \_\_\_\_\_, tient compte de l'ensemble des lésions du recourant. En outre, il convient de noter qu'aucun des médecins consultés par l'assuré ne s'est prononcé sur le taux d'atteinte à l'intégrité. Ainsi, les seules allégations du recourant à cet égard ne permettent pas d'admettre

un taux de 35 %. Partant, le taux d'atteinte à l'intégrité de 25 % fixé par l'intimée doit être confirmé.

**9.** Le dossier étant complet, permettant ainsi à la présente autorité de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'ordonner l'instruction complémentaire requise par le recourant (mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire). En effet, de telles mesures d'instruction ne seraient pas de nature à modifier les considérations qui précèdent (appréciation anticipée des preuves; cf. consid. 5b ci-dessus; ATF 122 II 464 consid. 4a; TF 8C\_764/2009 arrêt du 12 octobre 2009 consid. 3.2; 9C\_440/2008 arrêt du 5 août 2008), puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit.

**10. a)** Au vu de ce qui précède, le recours doit être partiellement admis et réformé dans le sens des considérants.

**b)** La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires. Reste à examiner la question des dépens et de la rémunération du conseil d'office.

**c)** En l'occurrence, Me Philippe Nordmann a chiffré à 15 heures et 5 minutes le temps consacré à ce dossier pour la période du 11 janvier 2011 au 13 mars 2014. Après examen détaillé, le temps consacré à la réalisation des opérations listées paraît adapté, vu notamment les écritures, l'ampleur du dossier et le fait que l'avocat n'a été consulté qu'en procédure judiciaire. C'est ainsi un montant de 2'715 fr. (15 heures et 5 minutes x tarif horaire de 180 fr.) qui doit être reconnu à titre d'honoraires pour les opérations effectuées dès le 11 janvier 2011, plus TVA à 8 % d'un montant de 217 fr. 20. En outre, l'avocat d'office a droit au remboursement de tous les débours qui s'inscrivent raisonnablement dans l'exécution de sa tâche (ATF 122 I 1). En l'occurrence, il convient d'allouer à Me Nordmann le montant forfaitaire de 100 fr. à titre de débours, plus TVA à 8 %, soit 108 francs. En définitive, l'indemnité d'office doit ainsi être fixée à 3'040 fr. 20.

La rémunération du conseil d'office est provisoirement supportée par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser le montant dès qu'il est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service de justice et législation de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile, RS 211.02.3]) en tenant compte des montants payés à titre de franchise depuis le début de la procédure.

**d)** Ayant obtenu partiellement gain de cause, le recourant peut prétendre à une indemnité de dépens réduits à la charge de l'intimée (art. 55 LPA-VD et art. 61 let. g LPGA), qu'il y a lieu de fixer à 1'800 francs. Il convient de déduire cette indemnité, qui sera payée par la CNA, du montant de la rémunération de l'avocat d'office telle qu'arrêtée au considérant 10c ci-dessus; en effet, il n'y a aucun risque que les dépens ne puissent être recouverts. Cette rémunération de conseil d'office est ainsi finalement arrêtée à 1'240 fr. 20.

Par ces motifs,

**la Cour des assurances sociales**

**prononce :**

- I.** Le recours est admis partiellement.
- II.** La décision sur opposition rendue le 5 juillet 2011 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est réformée en ce sens que le taux de la rente d'invalidité ensuite d'accident allouée à l'assuré est fixé à 40 %; elle est maintenue pour le surplus.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

- IV.** Une indemnité de 1'800 fr. (mille huit cents francs) est mise à la charge de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents à payer à B. \_\_\_\_\_ à titre de dépens réduits.
- V.** L'indemnité d'office de Me Philippe Nordmann, conseil d'office du recourant, est arrêtée à 1'240 fr. 20 (mille deux cent quarante francs et vingt centimes) TVA comprise.
- VI.** 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 mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Philippe Nordmann, avocat à Lausanne (pour B. \_\_\_\_\_),
- Me Didier Elsig, avocat à Lausanne (pour la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents),
- Office fédéral de la santé publique, à Berne,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :