

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 24 juin 2016

---

Composition : Mme DESSAUX, présidente  
M. Bonard et Mme Rossier, assesseurs  
Greffière : Mme Pellaton

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**J.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Etienne Patrocles, avocat à Morges,

et

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

---

**Art. 29 al. 2 Cst. ; 4 LPGA ; 6, 18, 24 al. 1, 25 al. 1 LAA ; 28 al. 3,  
36 al. 1 OLAA**

## **E n f a i t :**

**A.** Né en 1952, d'origine portugaise, J.\_\_\_\_\_ a été scolarisé pendant 4 ans dans son pays d'origine. Sans formation, il a émigré en Suisse en 1982 pour être employé en qualité de maçon par la société Y.\_\_\_\_\_ SA à [...]. Il a été victime d'un accident professionnel le 6 décembre 1993, se blessant à l'épaule droite en descendant d'une échelle. Le cas a été pris en charge par l'assurance-accidents, la CNA. L'assuré a repris son activité à plein temps auprès du même employeur le 14 février 1994.

Le 12 décembre 1994, en sautant du pont d'un camion, l'assuré s'est tordu le genou gauche. Une déchirure du ménisque interne a été diagnostiquée. Elle a fait l'objet d'une résection le 30 janvier 1995. La CNA a pris en charge le cas au titre de l'art. 9 alinéa 2 OLAA. L'assuré a repris son activité de maçon à 100 % le 6 mars 1995.

A partir du 23 décembre 1996, l'assuré a présenté des douleurs à l'épaule droite et des gonalgies bilatérales motivant un arrêt de travail complet auquel s'est surajouté un état anxio-dépressif en avril 1997. Le cas a été pris en charge par la CNA. Entre le 30 juillet 1997 et le 3 septembre 1997, l'assuré a séjourné à la Clinique de médecine rééducative de la CNA, à Bellikon. Les auteurs du rapport, du 4 septembre 1997, ont notamment relevé une limitation du port de charges de plus de 10 kg ainsi que des travaux au-dessus du niveau de l'épaule, une impossibilité de marcher longtemps, surtout en terrain accidenté, de monter ou descendre des escaliers, de grimper à une échelle ou d'en descendre ainsi que de sauter d'une machine de chantier. Par ailleurs, l'assuré ne pouvait accomplir des travaux en position agenouillée ou accroupie, ni fléchir le genou de manière répétée. Les conclusions médicales du rapport sont les suivantes :

« Sur le plan diagnostique, on se trouve en présence d'un syndrome myofascial au niveau de la ceinture scapulaire, plus marqué à droite ; l'importante symptomatologie myofasciale et les irradiations douloureuses

étendues militent en faveur de ce diagnostic. Au niveau de l'épaule droite, il existe une périarthrite avec d'importantes enthésopathies ; on retrouve également une symptomatologie de dysfonctionnement à type de conflit sous-acromial. L'IRM et l'examen clinique confirment ce diagnostic. Il n'existe pas de rupture de la coiffe des rotateurs, l'IRM retrouve uniquement une déchirure partielle du tendon du supra-épineux sur fond de lésions dégénératives. Il faut reconsidérer de façon critique si la symptomatologie de conflit sous-acromial justifie une intervention chirurgicale. Il est certain que l'opération ne permettra pas au patient de recommencer des travaux de force. En ce qui concerne les activités de la vie quotidienne, le patient n'est pas suffisamment limité par cette symptomatologie. Il faut souligner qu'il était plutôt difficile d'évaluer les vrais signes objectivables chez ce patient qui donnait parfois l'impression d'être un peu renfrogné, dénué de motivation et qui accentuait ses douleurs de manière très démonstrative lors des examens physiques répétés. Il n'existait pas de signes cliniques d'inflammation au niveau de l'épaule ; le patient ne s'est également pas plaint de douleurs nocturnes.

Au niveau du genou, on retrouve également des symptômes de périarthropathie avec des lésions méniscales dégénératives. Les troubles au genou sont tout à fait secondaires par rapport aux problèmes scapulaires.

Pour le moment, il n'y a pas lieu de s'attendre à de nouveaux succès avec la poursuite des mesures de médecine physique en ambulatoire, d'autant plus qu'un programme détaillé a déjà été effectué à cet égard en ambulatoire. Sur le plan professionnel, le patient ne pourra plus effectuer de travaux pénibles ; il doit donc se réorienter dans le cadre de ses possibilités, comme l'a montré notre évaluation professionnelle. »

Le 29 janvier 1998, l'assuré a été vu par le Dr T.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la CNA, lequel a constaté une guérison du genou gauche sans séquelles, l'existence d'un conflit sous-acromial avec une rupture partielle de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite dans les suites d'une distorsion de cette articulation, situation correspondant à une arthrose débutante de l'épaule droite et justifiant une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5 %. Il considérait la reprise de l'activité antérieure difficilement exigible, au contraire d'une activité adaptée, légère, de type industriel, exercée à hauteur de table, une telle activité étant pleinement accessible à l'assuré. Il mentionnait encore une surcharge psychogène manifeste.

Par décision sur opposition du 6 novembre 1998, demeurée sans recours, la CNA a constaté que le genou gauche de l'assuré ne présentait plus aucune séquelle objectivable et lui a alloué pour les seules

séquelles accidentelles de l'épaule droite une rente d'invalidité de 30 % basée sur un gain annuel assuré de 60'006 fr., servie à compter du 1<sup>er</sup> avril 1998, ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5 %, savoir 4'860 francs. Plus particulièrement, la CNA a retenu, sur la base des décomptes de salaire de l'employeur, un gain présumé perdu de 4'950 fr. (salaire horaire de 25 fr. x 2'190 h. x 1.083 (8,3 % pour 13<sup>e</sup>)) et un gain d'invalidité de 3'500 fr., se fondant en cela sur des enquêtes réalisées auprès de plusieurs entreprises du canton et offrant des activités compatibles avec l'atteinte au membre supérieur droit de l'assuré. Il en résultait une perte financière de l'ordre de 29 %. La CNA a par ailleurs contesté le lien de causalité adéquate entre les troubles de la sphère psychique et l'accident.

En juillet 2008, après avoir exercé pendant cinq ans en qualité de commerçant indépendant, l'assuré a été engagé par la société O. \_\_\_\_\_ SA au titre d'aide au dépôt, à mi-temps, son employeur admettant qu'en raison de son atteinte à l'épaule, son rendement n'était pas tout à fait normal lors de certaines manipulations.

Le 13 juin 2010, dans le cadre d'une altercation, l'assuré a subi une triple fracture malléolaire de la cheville droite. L'acte d'accusation consécutif du 12 décembre 2011 retient les faits suivants :

« A [...], avenue [...], [...], le 13 juin 2010, énérvé par le fait que J. \_\_\_\_\_, responsable de la buvette, s'apprêtait à faire appel à la police en raison d'une bagarre impliquant divers clients, dont le prévenu ne faisait au demeurant pas partie, [...] s'en est violemment pris à ce responsable, le poussant de façon à le faire tomber par terre, puis en se plaçant sur lui en l'agrippant par la chemise, avant d'être maîtrisé par des tiers. »

L'assuré a reçu les premiers soins en ambulatoire au service des urgences de l'hôpital [...], puis a subi une intervention sous la forme d'une réduction ouverte et ostéosynthèse par plaques et vis pratiquée le 17 juin 2010 par le Dr R. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie orthopédique.

Le cas a été pris en charge par la CNA.

L'assuré a présenté une incapacité de travail totale jusqu'au 26 septembre 2010, puis de 50 % jusqu'au 29 novembre 2010. Dès cette date, il a poursuivi son activité à mi-temps auprès de la société O. \_\_\_\_\_ SA comme par le passé, sous réserve d'une diminution de rendement de 20 % par rapport à une situation normale, soit, concrètement, de 10 %, inhérente à la nécessité de pauses intermédiaires en raison de douleurs à la cheville.

Dans un rapport du 17 juin 2011 au Dr H. \_\_\_\_\_, médecin généraliste traitant de l'assuré, le Dr R. \_\_\_\_\_ a rapporté des plaintes de l'assuré s'agissant d'une « relative gêne plutôt vespérale avec œdème épisodique selon le type d'activité effectuée » et a qualifié cette gêne de relativement modeste.

D'un rapport du 7 septembre 2011 du Dr S. \_\_\_\_\_, médecin praticien, chef au Centre N. \_\_\_\_\_, il ressort que l'assuré s'est plaint d'une gêne ainsi que d'une forte irritabilité sur la face externe de la plaque avec tuméfaction en fin de journée. Il s'est décrit un peu irritable. En conséquence, un traitement médicamenteux antidépresseur a été prescrit de même qu'un nouveau traitement physio-thérapeutique.

Il a été procédé à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse le 21 octobre 2011. L'assuré a été en incapacité de travail à 100 % dès cette opération et jusqu'au 13 novembre 2011. Il a ensuite repris son poste usuel à mi-temps, tout en présentant une diminution de rendement de 50 % jusqu'au 26 décembre 2011, date à laquelle il était présumé capable de reprendre son travail à 100 %, selon le rapport médical intermédiaire du 2 janvier 2012 de son médecin traitant à la CNA. Dit rapport réservait les séquelles limitatives inhérentes à une fracture de cheville tout en mentionnant qu'une intervention auprès de l'entreprise en vue de l'attribution d'un travail approprié n'était pas nécessaire.

Par courrier du 16 décembre 2011, le conseil de l'assuré a informé la CNA de l'existence d'une atteinte psychologique consécutive à

l'agression du 13 juin 2010. Il a par ailleurs produit un certificat médical du Dr H. \_\_\_\_\_ du 30 août 2011, destiné à l'autorité pénale, dont il ressortait qu'après 14 mois de traitement, son patient présentait une algodystrophie avec déminéralisation diffuse, une impotence fonctionnelle du pied et de la cheville estimée à 20 %, une limitation dans l'activité professionnelle d'environ 15 à 20 %, la présence de douleurs intermittentes paroxystiques et un retentissement sur le plan psychologique ayant nécessité la mise en place d'un traitement médicamenteux. Il concluait par le constat d'une incapacité de travail professionnelle de 20 %, assortie d'un handicap dans la vie quotidienne de 15 % et d'un pretium doloris de 2/5.

À la faveur d'un entretien du 27 janvier 2012 avec un inspecteur de la CNA, l'assuré a mentionné que la société O. \_\_\_\_\_ SA avait été reprise au 1<sup>er</sup> janvier 2012 par B. \_\_\_\_\_. Il proposait de faire valoir, à la faveur de son prochain entretien avec le responsable du personnel, qu'il bénéficiait d'une rente d'invalidité à 30 % pour son atteinte à l'épaule droite et qu'il ne serait pas opposé au principe d'une activité à plein temps pour son nouvel employeur, avec certains ménagements. Il a par ailleurs relevé une altération de l'état de son épaule droite et s'est déclaré apte à la mise en valeur d'une pleine capacité de travail dans son activité habituelle.

Le 21 février 2012, la société O. \_\_\_\_\_ SA a licencié l'assuré avec effet au 30 avril 2012 en invoquant à l'appui de cette résiliation des motifs de restructuration.

Dans un rapport du 24 avril 2012 à la CNA, le Dr H. \_\_\_\_\_ a mentionné que son patient continuait à travailler à 100 % depuis le 26 décembre 2011 malgré la persistance d'une raideur de la cheville et certaines difficultés à effectuer des mouvements tels que monter sur une échelle. Il évaluait à 20 % la diminution des capacités de travail dans son activité professionnelle.

L'assuré s'est inscrit au chômage, demandant une indemnité dès le 1<sup>er</sup> mai 2012 et s'annonçant disposé à travailler à temps partiel, au maximum 25 h par semaine, respectivement 70 % d'une activité à plein temps.

La CNA a soumis le cas à son médecin d'arrondissement, le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie, lequel a procédé à l'examen clinique de l'assuré. Le rapport du Dr F.\_\_\_\_\_ du 18 juillet 2012 fait mention des documents médicaux mis à sa disposition, rapporte les déclarations de l'assuré et détaille les observations cliniques avant de conclure par une appréciation dont la teneur est la suivante :

« Nous nous trouvons à plus de 2 ans d'une fracture tri-malléolaire de la cheville D [droite], avec ablation de la vis de syndesmose le 02.08.2010 et ablation du reste du matériel d'ostéo-synthèse le 21.10.2011.

La situation est stabilisée.

Subjectivement, le patient ressent pratiquement toujours une gêne au niveau de cette cheville D avec impression de limitation des amplitudes articulaires de cette cheville D. Cette cheville D est par ailleurs tous les soirs enflée et dégonfle durant la nuit. Le matin, symptomatologie de type déverrouillage pour les premiers pas. Parfois, la gêne au niveau de la cheville D se transforme en douleur, en fonction des changements de temps et probablement également en fonction de la sollicitation de la cheville D, par exemple lors de la marche en terrain irrégulier ou lors de marche à la montée, à la descente ou lors des escaliers.

Objectivement, à l'examen clinique, marche pratiquement sans boiterie mais légers troubles de l'équilibre en position unipodale, plus marqués à D qu'à G. Les amplitudes articulaires des chevilles sont symétriques et physiologiques mais avec douleurs à D aux positions extrêmes. Le dernier bilan radiologique de la cheville D montre un pincement articulaire externe et postérieur.

Du point de vue asséculo-logique, les séquelles de cette fracture de la cheville D entraînent des limitations fonctionnelles supplémentaires à celles qui avaient été définies suite à l'examen à l'agence le 29.01.1998 (une activité exigible à 100 % avait été définie comme une activité légère de type industrielle exercée à hauteur d'établi). Suite à la fracture de la cheville D du 13.06.2010, une activité exigible à 100 % est une activité qui en plus ne nécessite pas de déplacement en terrain irrégulier, ne nécessite pas de devoir monter ou descendre des escaliers et des échelles et ne nécessite pas de longs déplacements à pied.

Restent à la charge de la Suva en fonction de l'art. 21 LAA, le traitement antalgique pour la cheville avec, si prescrites, jusqu'à 2 x 9 séances par année de

physiothérapie antalgique pour la cheville D. Un contrôle annuel chez un orthopédiste afin de suivre l'évolution de cette cheville D est indiqué et également à la charge de la Suva. »

Le 18 juillet 2012 également, le Dr F.\_\_\_\_\_ a évalué l'atteinte à l'intégrité. Rappelant les constats subjectif et objectif déjà mentionnés ci-dessus, le Dr F.\_\_\_\_\_ a estimé à 10 % l'atteinte à l'intégrité de la cheville, se fondant sur la table 5 des barèmes d'indemnisation pour atteinte à l'intégrité selon la LAA, table concernant les atteintes résultant d'arthrose, laquelle prévoit un taux de 5 à 15 % pour une arthrose tibio-tarsienne moyenne. Selon le Dr F.\_\_\_\_\_, les examens radiologiques mettaient en évidence un pincement articulaire tibio-tarsien externe et postérieur et le patient se plaignait d'une gêne diurne constante au niveau de cette cheville droite avec parfois des douleurs, de telle sorte que cette situation correspondait à la médiane d'une arthrose moyenne.

D'une note d'entretien téléphonique du 17 août 2012 d'un inspecteur de la CNA avec la responsable des salaires de la société Y.\_\_\_\_\_ SA, il ressort que l'assuré, en sa qualité de maçon B, aurait perçu, en 2012, un salaire horaire se situant entre 28 fr. 50 et 29 francs. Elle mentionnait, s'agissant d'un maçon qualifié A employé dans l'entreprise et né en 1951, qu'il réalisait un salaire brut de 29 fr. 90 à son départ en 2011.

Dans un nouveau rapport médical intermédiaire à la CNA daté du 17 avril 2013, le Dr H.\_\_\_\_\_ a relevé que le handicap consécutif à l'atteinte à la cheville était à l'origine d'un syndrome dépressif, lequel s'était majoré ensuite du licenciement, d'où la prescription d'un antidépresseur. Un dommage permanent sous la forme d'une pseudarthrose de la cheville était prévisible.

En date du 8 mai 2013, la CNA a rendu une décision octroyant à l'assuré pour la lésion à la cheville une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10 %, soit un montant de 12'600 fr., calculé sur le gain annuel de 126'000 fr. et lui refusant une augmentation de la rente

existante, au motif que la perte de gain entraînée par les séquelles de l'accident du 13 juin 2010 n'était pas importante et déjà indemnisée dans le cadre de la rente versée ensuite de l'accident du 6 décembre 1993. Elle a par ailleurs refusé tout droit à des prestations pour les atteintes psychogènes, faute de lien de causalité adéquate avec l'accident.

Le 24 mai 2013, par l'entremise de son conseil, l'assuré a formé opposition contre cette décision, opposition complétée le 20 juin 2013 et concluant à l'octroi d'une rente invalidité de 60 % et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 20 %. Plus particulièrement, il a soutenu que le revenu sans invalidité calculé sur la base de la convention collective de travail devait l'être en fonction du salaire horaire d'un maçon de classe A, soit un salaire mensuel de 5'375 fr., que selon les tables ESS TA1, secteur 45 de la construction, le salaire mensuel pour une activité qualifiée s'élevait à 6'381 fr., soit un salaire annuel normalisé à 41.6 h par semaine sur 12 mois de 79'635 fr., que les entreprises sélectionnées dans les Descriptions de postes de travail (DPT) n'étaient pas adaptées, que le taux de capacité de travail était largement surévalué, qu'il n'avait pas été pris en compte le cumul des atteintes à la cheville droite, à l'épaule droite et au genou gauche, ni l'abattement sur le revenu issu des DPT, qu'il estimait en l'occurrence à 20 %. Il a allégué que la perte de son emploi au 30 avril 2012 constituait une modification de sa situation économique par rapport à 1998 et que l'écart entre le salaire sans invalidité de 4'950 fr. retenu dans la décision sur opposition du 6 novembre 1998 et ceux de 5'375 fr., voire 6'381 fr. justifiait une révision de la rente dans le sens d'une augmentation. S'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, il alléguait le caractère incomplet des constatations médicales et l'absence de prise en compte d'une possible aggravation, l'application de la table 2 s'imposant dans le cas d'espèce. Une indemnité de 20 % était ainsi justifiée.

Dans un rapport du 3 juillet 2013, le Dr F.\_\_\_\_\_ s'est déterminé sur certains des griefs de l'assuré, savoir le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité et le fait que pour une évaluation correcte des séquelles de l'accident à la cheville droite, l'examen clinique aurait dû

avoir lieu dans le courant de l'après-midi en milieu de semaine. Le médecin d'arrondissement a observé que l'heure d'examen du patient était sans incidence, « les conséquences de séquelles objectives étant parfaitement connues ». S'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, son appréciation était la suivante :

« En ce qui concerne l'exigibilité, les limitations fonctionnelles et l'IPAI [indemnité pour atteinte à l'intégrité] estimée en raison des séquelles de la fracture trimalléolaire de la cheville droite du 13.06.2010, l'examen clinique du 18.07.2012, effectué dans des conditions standards, a mis en évidence une marche pratiquement sans boiterie mais avec de légers troubles de l'équilibre en position unipodale, plus marqués à droite qu'à gauche, des amplitudes articulaires des chevilles symétriques et physiologiques mais avec douleurs à droite lors des positions extrêmes. Les examens paracliniques ont mis en évidence un pincement articulaire externe et postérieur. Cette situation correspond bien à la médiane d'une arthrose moyenne, tout à fait compatible avec une exigibilité totale dans une activité ne nécessitant pas de déplacement en terrain irrégulier, ne nécessitant pas de devoir monter ou descendre des escaliers ou des échelles et ne nécessitant pas de longs déplacements à pied. L'arthrose que présente le patient justifie une IPAI de 10 % en raison des limitations, des douleurs, de l'œdème et des limitations fonctionnelles que cette arthrose peut entraîner.

En ce qui concerne l'examen clinique de l'épaule droite, lors de l'examen du 18.07.2012, l'abduction active et passive était limitée à 120°, l'antépulsion active et passive était limitée à 110° avec rotation externe coudes au corps limitée à 20°, la rotation globale interne avec le pouce n'atteignant que D11 et l'extension n'étant que de 25°. Cette situation correspond à une épaule mobile jusqu'à 30° au-dessus de l'horizontale et ouvre le droit à une IPAI de 10 % selon la table 1 des barèmes d'indemnisation pour atteinte à l'intégrité selon la LAA, table concernant les atteintes à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres supérieurs. Lors de l'examen à l'agence du 29.01.1998, le patient présentait une épaule droite avec des séquelles équivalentes à celles d'une omarthrose toute débutante ne lui ouvrant alors un droit qu'à une IPAI de 5 %. Si les séquelles de l'accident de 1993 au niveau de l'épaule droite ouvraient le droit à une IPAI de 5 % lors de l'examen à l'agence de janvier 1998, il ouvre un droit à une IPAI de 10 % lors de l'examen à l'agence du 18.07.2012. »

En date du 29 juillet 2013, la CNA a rendu une décision admettant partiellement l'opposition en ce sens que l'assuré avait droit dès le 1<sup>er</sup> janvier 2012 à une rente d'invalidité « combinée » de 30 %, basée sur un gain annuel de 67'078 fr. ainsi qu'à une indemnité pour atteinte à l'intégrité supplémentaire de 4'860 fr. pour l'accident de décembre 1993 (5 % de 97'200 fr.). Privilégiant les conclusions de son

médecin d'arrondissement, la CNA a en substance confirmé le taux de 10 % de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité consécutive à l'accident du 13 juin 2010 et retenu que l'assuré présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, soit une activité légère de type industriel exercée à hauteur d'établi et ne nécessitant ni déplacement en terrain irrégulier, ni montée ou descente d'escaliers ou d'échelles, ni longs déplacements à pied. Elle a rappelé que le revenu d'invalidé avait été déterminé en application des règles jurisprudentielles prévalant en matière de DPT et que celles choisies étaient adaptées au handicap de l'assuré. Aucun élément au dossier ne permettant de soutenir que l'assuré aurait suivi une formation lui permettant d'acquérir le niveau d'un maçon A, le revenu sans invalidité avait été calculé sur la base du salaire horaire de 24 fr. 65 perçu par l'assuré en 1996 en tenant compte de l'évolution nominale des salaires ressortant de la convention collective de travail, soit un revenu annuel de 69'236 fr. en 2012. Le revenu exigible sur la base des DPT étant d'au moins 50'252 fr., la perte de gain s'élevait à 27.41 %. Quant au gain annuel assuré, il était calculé sur la base de l'art. 24 al. 4 OLAA et s'élevait à 67'078 francs. Enfin, se référant toujours à l'appréciation de son médecin d'arrondissement, la CNA a constaté que les séquelles observées lors de l'examen clinique du 18 juillet 2012, soit des troubles correspondant à une épaule mobile jusqu'à 30° au-dessus de l'horizontale, justifiait une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10 %.

**B.** J.\_\_\_\_\_ a formé recours contre cette décision sur opposition le 13 septembre 2013, concluant à son annulation en ce sens qu'il a droit à toutes les prestations légales de l'assurance-accidents, en particulier une rente d'invalidité de 60 % pour l'ensemble des atteintes à la santé, ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 20 % pour son atteinte à la cheville droite. Il reproche plus particulièrement à l'intimée une violation du devoir d'instruction faute pour celle-ci d'avoir résolu les divergences des appréciations du médecin d'arrondissement, qualifiées d'incomplètes, et du médecin traitant, estimant que ces dernières ont plus grande valeur probante au vu des conditions d'examen. Le recourant observe par ailleurs que l'intimée a négligé de prendre en compte sa baisse de rendement de même que l'interaction entre les diverses

atteintes au genou gauche, à l'épaule droite et à la cheville droite. Il reproche encore à l'intimée un défaut d'examen des conséquences psychiques de l'agression dont il a été victime, se prévalant des conséquences notoires d'une agression, consistant en un stress post-traumatique s'accompagnant souvent d'insomnie, de dépression, irritabilité, etc. Le recourant assimile encore à une violation du droit d'être entendu le refus de l'intimée d'autoriser son conseil à participer à l'examen clinique du médecin d'arrondissement. Il soulève enfin le grief de violation des règles relatives au calcul du préjudice économique et de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, reprenant sur ce point l'argumentation de son opposition. Outre une expertise, le recourant requiert la production de son dossier auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI), l'audition de ses médecins ainsi que d'un professionnel en développement de carrière, son audition par la Cour de céans et la mise en œuvre de débats publics.

Dans sa réponse du 31 octobre 2013, l'intimée conclut au rejet du recours. Elle observe que l'appréciation du Dr F. \_\_\_\_\_ répond aux réquisits jurisprudentiels au contraire des rapports médicaux du Dr H. \_\_\_\_\_, celui du 24 avril 2012 étant trop ancien pour être pertinent et du 17 avril 2013 incomplet faute d'évaluation de l'incapacité de travail. Selon l'intimée, le rapport de causalité naturelle entre l'accident du 13 juin 2010 et les troubles psychiques allégués fait défaut. Le droit d'être entendu du recourant lors de l'examen clinique par le médecin d'arrondissement a été respecté dans la mesure où l'intéressé a pu se déterminer ultérieurement sur l'appréciation médicale. S'agissant du revenu hypothétique sans invalidité, la promotion professionnelle du recourant n'étant ni avérée, ni démontrée, la détermination de ce revenu sur la base de la convention collective de travail, soit 69'236 fr. 45, est justifiée. Quant aux DPT retenues par la CNA, elles entrent toutes dans les compétences résiduelles du recourant et déterminent ainsi le revenu annuel d'invalidé, en l'occurrence 50'252 francs. Le taux d'incapacité de gain est donc de 27.41 %. Rappelant qu'en matière de détermination de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, seuls les médecins sont suffisamment compétents pour définir les atteintes, la table applicable

comme le taux de l'indemnité, l'intimée maintient son évaluation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10 % relative à la lésion de la cheville.

A l'appui de ses déterminations du 6 mai 2014, le recourant a produit un courrier du Dr X. \_\_\_\_\_ du 8 avril 2014, lequel avait examiné l'assuré en date du 14 mars 2014 et pris connaissance de son dossier médical et asséculoologique. Dans cet écrit, le Dr X. \_\_\_\_\_ relevait l'existence chez le recourant de séquelles de multiples traumatismes, sous la forme de gonalgies sur troubles dégénératifs post-méniscectomie, de troubles dégénératifs et de raideurs post-fracture de cheville, de périarthrite scapulo-humérale post-traumatique droite, de cervico-dorso-lombalgies chroniques et de séquelles chez un patient de 62 ans, travailleur de force sans formation particulière. Il estimait enfin que le recourant devait bénéficier d'une rente AI ou d'une retraite anticipée, une expertise médicale s'imposant à défaut de rente. Faisant sienne l'appréciation du Dr X. \_\_\_\_\_, le recourant s'est encore prévalu de la poursuite de la physiothérapie, de l'existence de douleurs à la cheville droite, notamment en positions extrêmes, du pincement articulaire externe et postérieur ressortant du dernier bilan radiologique comme des rapports du 30 août 2011 et du 24 avril 2012 du Dr H. \_\_\_\_\_, pour ensuite contester les conclusions du médecin d'arrondissement de la CNA, notamment pour relever l'absence d'estimation des effets combinés des séquelles des atteintes à l'épaule droite et à la cheville droite, selon lui notoirement supérieures à la simple somme des séquelles. Soutenant que son licenciement par la société O. \_\_\_\_\_ SA était consécutif à son état de santé et non à une restructuration, il a sollicité l'audition des représentants de cette société sur ce point comme sur ses perspectives de promotion professionnelle, réitérant parallèlement la requête d'audition d'un professionnel en développement de carrière. Enfin, il concluait à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, au motif que selon le cours ordinaire des choses, l'enchaînement entre un accident, l'invalidité en résultant, puis l'intolérance du monde du travail envers les employés invalides et leur licenciement consécutif, engendrait nécessairement une

dépression, d'où la réalisation, dans son cas, du lien de causalité naturelle et adéquate.

Le 30 juin 2014, se référant à un avis complémentaire du Dr X.\_\_\_\_\_ du 5 juin 2014, le recourant a maintenu ses conclusions et moyens de preuve. Dit avis médical reprenait les diagnostics déjà posés, mentionnait une évolutivité de la gonarthrose et de l'arthrose talo-crurale avec des douleurs mécaniques limitant le recourant fonctionnellement, l'incapacité de travail étant de 100 % dans un métier de force nécessitant le port de lourdes charges, les longues marches et les stations debout prolongées. Il pronostiquait une aggravation de la gonarthrose ainsi que de l'arthrose talo-crurale, affections qui n'étaient plus compatibles avec le métier pratiqué par le recourant.

Par écriture du 18 août 2014, l'intimée a observé que l'avis du Dr X.\_\_\_\_\_ rejoignait finalement les conclusions du Dr F.\_\_\_\_\_ quant à la capacité de travail et que le Dr X.\_\_\_\_\_ ne se prononçait ni sur une atteinte psychique, ni sur l'indemnité pour atteinte à l'intégrité de telle sorte qu'une expertise ne se justifiait pas. Elle a maintenu ses conclusions pour le surplus.

Par avis du 11 novembre 2014, parties ont été invitées à déposer un questionnaire à l'attention du Dr H.\_\_\_\_\_.

Se prévalant de la mise en œuvre d'une expertise orthopédique par l'OAI, le recourant a requis en date du 2 décembre 2014 la suspension de la procédure, requête que l'intimé a qualifiée de prématurée dans son courrier du 10 novembre 2014, au motif que le rapport du Dr H.\_\_\_\_\_ était encore attendu.

Ce praticien a répondu dans un premier temps au questionnaire du recourant, par annotation de ce document, répondant notamment par l'affirmative aux questions de savoir si en juillet 2013 comme à fin 2014, début 2015, son patient présentait toujours des séquelles limitatives d'une fracture de la cheville, une impotence

fonctionnelle du pied et de la cheville droite, une limitation dans l'activité professionnelle et une présence de douleurs intermittentes et paroxystiques. La diminution de la capacité de travail en résultant était de 20 à 30 % et la diminution de rendement de 50 % dans l'activité professionnelle de magasinier, ceci trois mois après intervention. Le Dr H. \_\_\_\_\_ a également répondu par l'affirmative à la question de savoir si les atteintes à l'épaule droite et au genou gauche, combinées à celle de la cheville droite, réduisaient d'autant plus la capacité de travail et le rendement de son patient, ceci dans l'activité professionnelle de magasinier, en l'occurrence depuis le mois de juin 2011 avec une évolution peu favorable.

En relation avec le questionnaire de l'intimée, le Dr H. \_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics d'ankylose complète de la cheville gauche post-opératoire sur fracture trimalléolaire ostéosynthésée, d'arthrose de l'épaule droite et de gonarthrose post- ménisectomie du genou gauche, de cancer des cordes vocales, d'état dépressif lié à l'incapacité de travail et à la raideur de la cheville, sans se prononcer sur la date d'apparition des atteintes à la santé psychique. Son pronostic était défavorable. Il estimait l'atteinte à l'épaule droite en lien de causalité naturelle avec l'événement du 6 décembre 1993 et l'atteinte à la cheville gauche en lien avec l'événement du 13 juin 2010 mais ne se prononçait pas sur le lien de causalité s'agissant de l'atteinte à la santé psychique. A la question de savoir quelle était la capacité de travail du recourant à la date du 8 mai 2013 s'agissant des atteintes à la santé en lien de causalité naturelle avec les événements du 6 décembre 1993 ou du 13 juin 2010, le Dr H. \_\_\_\_\_ a estimé celle-ci à 20 % dans l'activité de magasinier et potentiellement de 50 % dans un autre emploi. Quant à la diminution de rendement, elle était de 80 % dans le poste de magasinier. Les limitations fonctionnelles dans une activité adaptée consistaient en la limitation du mouvement et charges du bras et de l'épaule droite, limitations de la marche, de la position à genoux, et sans échelle ou échafaudages. A la question de savoir à quel taux il évaluait l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à la date du 8 mai 2013, ce praticien a fait mention d'une atteinte au travail de 80 %, d'une atteinte dans les activités privées de 50 % et d'un pretium

doloris de 4/5. Enfin, il considérait nécessaire la poursuite de la physiothérapie et du traitement antalgique au-delà du 8 mai 2013.

Parties se sont déterminées sur les rapports du Dr H. \_\_\_\_\_ respectivement les 22 et 30 janvier 2015, l'intimée prenant encore position sur les déterminations de la partie adverse par écriture du 5 février 2015.

En date du 13 avril 2015, le conseil du recourant a notamment produit le rapport d'expertise orthopédique établi le 7 janvier 2015 par le Dr P. \_\_\_\_\_ à la demande de l'OAI. L'expert a entre autres procédé à un examen clinique du recourant le 17 décembre 2014 et posé les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de cervicalgies chroniques, discopathie sévère C5-C6, discopathie modérée C6-C7, de gonalgies persistantes à gauche, de gonarthrose débutante prédominante du compartiment fémoro-tibial interne, de syndrome rotulien, de douleurs persistantes à l'épaule droite, d'arthrose sterno-claviculaire et acromio-claviculaire à droite, de conflit sous-acromial, de possible tendinopathie avec déchirure des tendons du sus et sous-épineux, d'arthrose post-traumatique modérée de l'articulation tibio-astragalienne de la cheville droite. S'agissant des limitations fonctionnelles, l'expert a retenu que le recourant pouvait effectuer un travail sédentaire ou semi-sédentaire, principalement assis, avec possibilité de mobiliser son genou gauche à sa guise, de courts déplacements à plat étant possibles. Ensuite des lésions de la cheville droite et du genou gauche, le recourant devait éviter de se mettre à genoux ou accroupi ainsi que de monter ou descendre à répétition des escaliers ou des pentes. La pathologie de l'épaule droite imposait quant à elle l'évitement de tout métier impliquant une mobilité des épaules au-delà de l'horizontale de même que le port et le soulèvement de charges supérieures à 5 kg. Quant à la pathologie de la colonne cervicale, elle entraînait l'évitement des positions statiques prolongées de la nuque et des mouvements répétés de celle-ci. L'exercice à plein temps d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles précitées était possible depuis septembre 2010. En revanche, selon l'expert, l'activité de maçon n'était plus exigible et celles de nettoyeur ou

de magasinier ne l'étaient qu'à 50 %, ces professions étant peu adaptées car ne respectant pas les limitations fonctionnelles.

Toujours en date du 13 avril 2015, le recourant a produit un rapport d'évaluation de ses capacités fonctionnelles (ECF) du 1<sup>er</sup> avril 2015, signé de C.\_\_\_\_\_, ergothérapeute chef d'unité du Département de l'appareil locomoteur, au CHUV. Dite évaluation a été réalisée à la demande du Dr S.\_\_\_\_\_, sur initiative préalable du recourant, sans faire l'objet d'une supervision ou d'une appréciation médicale. L'auteur du rapport relevait que les limitations articulaires de l'épaule droite, de la cheville droite et du genou gauche réduisaient les capacités physiques du recourant, les problèmes principaux mis en exergue lors de l'évaluation concernant la position debout prolongée supérieure à 1 h, les accès en zone basse (prise d'objets en dessous des genoux), la position en zone basse prolongée (accroupi, à genoux, inférieure à 90 secondes), les accès en zone haute (prise d'objets au-dessus des épaules), les déplacements sans port de charges (plus de 100 m), le port de charges de plus de 10 kg et le port de charges de plus de 5 kg avec déplacement.

Se référant à ces deux rapports, le recourant observait le 13 avril 2015 que les DPT retenues par l'intimée n'étaient pas adaptées et que l'expert P.\_\_\_\_\_ avait fait l'impasse sur l'effet cumulé des différentes atteintes à la santé, minimisant ainsi les limitations fonctionnelles.

Le recourant a été entendu à la faveur de l'audience de jugement du 16 avril 2015. Il a retiré sa requête de suspension de cause. S'agissant de sa situation professionnelle, il a fait mention d'une activité de nettoyeur, à temps partiel et de durée déterminée, courant 2012. Parties ont pour le surplus confirmé leurs conclusions.

Du dossier du recourant auprès de l'OAI, il ressort plus particulièrement qu'en date du 24 janvier 2001, cet office a rendu une décision retenant une capacité de travail entière du recourant dans des activités adaptées à son état de santé, avec un revenu annuel brut

d'invalide de 40'040 fr. et un salaire annuel brut potentiel sans invalidité de 58'435 fr. dans l'ancienne activité, soit un degré d'invalidité de 31 %. Cette décision a fait l'objet d'un recours sur la question du taux d'invalidité, recours rejeté par arrêt du Tribunal des assurances du canton de Vaud du 4 novembre 2004. Le recourant a déposé une nouvelle demande le 20 août 2013.

En date du 21 avril 2016, le recourant a produit un projet d'acceptation de rente par l'OAI du 21 mars 2016. Cet office constatait que le recourant présentait dès septembre 2010 une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à sa situation, telle une activité dans le domaine de l'industrie légère, respectant les limitations fonctionnelles énumérées par l'expert P.\_\_\_\_\_. Toutefois, tenant compte de l'âge du recourant, de son parcours professionnel et de sa capacité à reprendre son activité habituelle de magasinier à son taux contractuel de 50 %, l'OAI renonçait à exiger une cessation de cette activité au profit d'une activité entièrement adaptée aux limitations fonctionnelles présentées. Au vu d'un revenu sans invalidité de 69'186 fr., fondé sur le salaire d'ouvrier qualifié et spécialiste sans CFC tel que ressortant de la convention collective de travail, valeur 2011, et d'un revenu avec invalidité de 28'141 fr., le degré d'invalidité s'élevait à 59.32 % et le recourant avait droit à une demi-rente six mois après le dépôt de sa demande, soit à partir du 1<sup>er</sup> février 2014.

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

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents sous réserve de dérogations expresses (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 (art. 56 al. 1 LPGA). Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de

domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**c)** S'agissant de contestations relatives aux prestations de l'assurance-accidents d'un montant indéterminé, la valeur litigieuse est supérieure à 30'000 fr., de sorte que la cause doit être tranchée par la Cour composée de trois magistrats et non par un juge unique (art. 83c al. 1 LOJV [loi vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; RSV 173.01] ; art. 94 al. 1 let. a et al. 4 LPA-VD).

**d)** Le recours a été interjeté devant le tribunal compétent en temps utile par l'assuré qui a qualité pour agir (art. 59 LPGA). Il respecte en outre les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 ; 125 V 413 consid. 2c ; 110 V 48 consid. 4a).

**b)** Le litige porte sur l'évaluation par la CNA de l'invalidité et de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité résultant de l'accident du 13 juin 2010.

Préalablement, il s'agira de se prononcer sur la violation du droit d'être entendu dont se plaint le recourant, au motif que la CNA a refusé qu'il soit assisté de son conseil lors de l'examen clinique par le médecin d'arrondissement de l'intimée.

**3.** L'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) garantit aux parties à une procédure judiciaire ou administrative le droit d'être entendues (cf. également dans le cadre des procédures devant les assureurs sociaux, l'art. 42 LPGA).

La jurisprudence en a déduit, en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 136 I 265 consid. 3.2 ; 135 II 286 consid. 5.1 ; 132 II 485 consid. 3.2 ; 132 V 368 consid. 3.1 et les références citées).

Au regard du droit d'être entendu, le Tribunal fédéral a nié celui d'une partie à être assistée d'un avocat (ATF 132 V 443) ou d'une personne de son choix (TF 8C\_595/2012 du 18 février 2013 consid. 4) lors d'une expertise médicale pour autant que la personne en cause et celui qui l'assiste puissent ultérieurement avoir accès au rapport et se déterminer sur les conclusions qu'il contient. Le but est de permettre à l'expert, lorsque la partie est elle-même objet de l'expertise, une évaluation aussi objective que possible et de prévoir ainsi les conditions les plus appropriées pour permettre une telle évaluation (ATF 132 V 443 consid. 3.5).

Autoriser l'assistance d'un conseil pendant un examen clinique est susceptible de compromettre la spontanéité et l'exhaustivité de la

personne examinée, tant dans ses déclarations que dans l'exécution des tests cliniques, ceci en raison de l'influence, consciente ou non, du conseil sur son client. Ainsi, la présence du conseil de l'assuré était-elle susceptible d'altérer l'examen médical. Quoi qu'il en soit, dans le cas particulier, le recourant a bénéficié de la faculté de se déterminer sur le rapport d'examen du médecin d'arrondissement et d'obtenir un examen complémentaire, de telle sorte que son droit d'être entendu a été garanti.

**4. a)** Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Aux termes de l'art. 4 LPGA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort. La notion d'accident se décompose ainsi en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés ; il suffit en effet que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'atteinte dommageable ne puisse pas être qualifiée d'accident et qu'elle doive être, le cas échéant, qualifiée de maladie (ATF 129 V 402 consid. 2.1 et 122 V 230 consid. 1 ; RAMA 1986 n° K 685 p. 299 s. consid. 2). L'une de ces conditions, notamment, suppose qu'il existe, entre l'événement dommageable et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle et adéquate (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1).

Il y a causalité naturelle entre l'atteinte à la santé et l'événement assuré lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans 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 ; 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 des renseignements d'ordre médical et qui doit être

tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 129 V 402 consid. 4.3 ; 129 V 177 consid. 3.1 ; 121 V 204 consid. 6b ; 119 V 7 consid. 3c/aa et 115 V 133 consid. 3). 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 fondé sur l'accident assuré doit être nié (ATF 118 V 286 consid. 1b ; 117 V 359 consid. 4a ; 115 V 133 et 403 consid. 3 ; 113 V 307 consid. 3a et 321 consid. 2a, ainsi que la jurisprudence et la doctrine mentionnées dans ces arrêts ; cf. aussi André GHÉLEW/Olivier RAMELET/Jean-Baptiste RITTER, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents [LAA], Lausanne 1992, p. 51 ss ; cf. Alfred MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, Berne 1985, p. 458 ss). Le juge ne s'écartera des avis médicaux que lorsque ceux-ci apparaissent lacunaires ou contradictoires (ATF 107 V 173 consid. 3).

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose, outre un lien de causalité naturelle, un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 *in limine*). 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 402 consid. 3.2 ; 177 consid. 3.2, et 125 V 456 consid. 5a et les références citées).

**b)** L'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA) et à une indemnité journalière s'il est totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident (art. 16 al. 1 LAA). Si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA).

**c)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1).

En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 et 114 V 310 consid. 3c ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

**d)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe 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 des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_510/2009 du 3 mai 2010 consid. 3.2.2).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee ; TFA U 216/04 du 21 juillet 2005 consid. 5.2). Le Tribunal fédéral a par ailleurs précisé que la CNA n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi, raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

**e)** Par ailleurs, selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références citées). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et la référence citée).

Certains des rapports médicaux discutant de la capacité de travail sont postérieurs à la décision litigieuse du 29 juillet 2013. Ils seront néanmoins pris en considération dans la mesure où ils traitent de la situation du recourant jusqu'à cette date.

**5. a)** Le recourant conteste en premier lieu disposer d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée, étant précisé que son incapacité de travail dans son ancienne activité de maçon n'est pas litigieuse.

Le recourant fait notamment grief à l'intimée de ne pas avoir pris en compte l'ensemble de ses atteintes, plus exactement de leur « effet cumulé ».

Etant rappelée la jurisprudence sur l'objet du litige (consid. 2a ci-dessus), il sera préliminairement observé que la décision attaquée porte sur le droit à des prestations ensuite de la lésion accidentelle de la cheville droite d'une part et d'autre part sur la révision de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité octroyée par décision sur opposition du 6 novembre 1998 pour l'atteinte à l'épaule droite subie le 6 décembre 1993, révision à laquelle l'intimée a procédé d'office et à titre exceptionnel, si l'on se réfère à l'art. 36 al. 4 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202). En revanche, cette décision ne traite pas des éventuelles séquelles tardives, au sens de l'art. 11 OLAA, que pourraient constituer les gonalgies présentées par le recourant à son genou gauche, atteint par l'accident du 12 décembre 1994. Par ailleurs, l'intimée n'a pas à prendre en charge les atteintes à la santé qui ne sont pas d'origine accidentelle, telles que par exemple les discopathies. Enfin, la révision de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité concernant l'épaule droite n'est pas contestée.

**6.** En conséquence, il s'agit d'examiner dans un premier temps les conséquences de la lésion accidentelle de la cheville droite sur l'état de santé physique du recourant et sur sa capacité de travail.

**a)** L'intimée s'est fondée sur les rapports du Dr F. \_\_\_\_\_ pour retenir une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Le Dr F. \_\_\_\_\_ s'est prononcé dans son rapport du 18 juillet 2012 en retenant, en sus de la limitation à une activité légère de type industriel exercée à hauteur d'établi déjà posée en 1998, les limitations inhérentes à la fracture de la cheville droite. Il a ainsi précisé que cette activité légère ne devait pas nécessiter de déplacement en terrain irrégulier, ni de devoir monter ou descendre des escaliers et des échelles, ni effectuer de longs déplacements à pied. Les limitations fonctionnelles telles que décrites par le médecin traitant du recourant ne sont pas sensiblement différentes. En effet, ce dernier retient une limitation du mouvement et des charges du bras et de l'épaule droite ainsi que l'évitement de la position à genoux, ce que permet une activité légère exercée à hauteur d'établi. Les limitations de la marche coïncident avec l'abstention de longs déplacements à pied et le Dr F. \_\_\_\_\_ recommande également l'évitement d'escaliers et d'échelles, de telles installations étant, de par leur utilisation, similaires aux échafaudages dont le Dr H. \_\_\_\_\_ exclut l'accès à son patient. Quant au Dr X. \_\_\_\_\_, il mentionne une incapacité de travail de 100 % dans un métier de force nécessitant le port de lourdes charges, les longues marches et les stations debout prolongées. En préconisant une activité légère assortie des limitations fonctionnelles décrites ci-dessus, le Dr F. \_\_\_\_\_ rejoint l'avis du Dr X. \_\_\_\_\_. Le Dr P. \_\_\_\_\_ retient quant à lui, en relation avec les lésions de la cheville droite et du genou gauche, l'abstention de position à genoux ou accroupi, limitations fonctionnelles déjà retenues ensuite de l'accident du 12 décembre 1994, ainsi que l'évitement de montées ou descentes répétées d'escaliers ou de pentes, lui aussi recommandé par le Dr F. \_\_\_\_\_. Quant au rapport de l'ergothérapeute C. \_\_\_\_\_, il ne va pas à l'encontre des limitations fonctionnelles observées par le Dr F. \_\_\_\_\_ des suites de la lésion accidentelle de la cheville droite.

Il résulte de qui précède que les avis des médecins consultés à un titre ou un autre convergent s'agissant de la nature des limitations fonctionnelles.

**b)** Quant à la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, elle est de 100 % selon le Dr F.\_\_\_\_\_ comme selon le Dr P.\_\_\_\_\_, étant rappelé que cet expert a de surcroît tenu compte d'atteintes malades dans son appréciation. L'opinion de ces deux médecins est expressément contestée par le Dr H.\_\_\_\_\_ exclusivement. L'évaluation de la capacité de travail du recourant par son médecin traitant est insuffisamment documentée, voire contradictoire. En effet, dans ses rapports du 2 janvier 2012 et du 24 avril 2012, le Dr H.\_\_\_\_\_ présumait puis attestait d'une pleine capacité de travail, mentionnant de surcroît une reprise d'emploi le 26 décembre 2011. Néanmoins, dans ses rapports à l'attention de l'autorité de céans, il fait état d'une incapacité de travail ayant subsisté après l'accident du 13 juin 2010, sans que l'on distingue la cause de l'apparente péjoration de l'état de santé de son patient au-delà d'avril 2012. Il convient d'apprécier avec réserve cette évaluation de la capacité de travail dans la mesure où elle émane du médecin traitant, enclin à une plus grande empathie, d'autant que le recourant lui-même concédait pouvoir travailler à 100 % moyennant certains aménagements (entretien du 27 janvier 2012 avec l'inspecteur de la CNA) et s'est inscrit au chômage le 1<sup>er</sup> mai 2012 en mentionnant une aptitude au placement de 70 %.

**c)** Le recourant fait encore grief au Dr F.\_\_\_\_\_ de ne pas l'avoir examiné dans les meilleures conditions temporelles, soit à un moment où l'œdème de la cheville était présent. Ce grief est sans pertinence. En effet, le Dr F.\_\_\_\_\_ n'a pas ignoré l'existence d'un œdème vespéral ; il en fait mention dans son appréciation. Par ailleurs, on peine à distinguer en quoi l'appréciation de la capacité de travail aurait été différente si dit examen avait été pratiqué alors que l'œdème était apparent d'autant que dans son rapport du 17 juin 2011, le Dr R.\_\_\_\_\_ relève le caractère épisodique de l'œdème et qualifie de relativement modeste la gêne en résultant.

**7.** Le recourant se prévaut encore d'une atteinte psychique en relation avec l'accident du 13 juin 2010.

**a)** En premier lieu, il y a lieu d'analyser ses griefs en lien avec l'instruction conduite par la CNA, le recourant reprochant plus particulièrement à l'intimée de ne pas avoir examiné en détail les conséquences psychiques résultant de l'agression.

Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C\_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Dans la conduite de la procédure, l'assureur dispose d'un large pouvoir d'appréciation en ce qui concerne la nécessité, l'étendue et l'adéquation de recueillir des données médicales.

Selon le recourant, la violation de son devoir d'instruction par l'intimée résulte du fait qu'il est notoire que la victime d'une agression souffre de stress post-traumatique s'accompagnant souvent d'insomnies, de dépression, d'irritabilité nécessitant d'être traités, et qu'en l'occurrence, l'intimée n'a pas examiné en détail les conséquences psychiques résultant de l'agression dont il a été victime.

Outre que l'événement du 13 juin 2010 ne correspond pas à la notion juridique d'agression et que les atteintes dolosives à l'intégrité physique n'entraînent pas *ipso facto* un stress post-traumatique, l'existence de ce stress post-traumatique et de ses symptômes est mentionnée pour la première fois à la faveur du recours. Le recourant ne saurait ainsi reprocher à l'intimée une violation de son devoir d'instruction en relation avec cette atteinte psychique en particulier, d'autant qu'elle n'a jamais été diagnostiquée par les médecins ayant examiné le recourant.

En revanche, à réception du rapport du 7 septembre 2011 du Dr S.\_\_\_\_\_, l'existence d'un éventuel trouble psychique ne pouvait être

exclue dans la mesure où ce médecin avait constaté une certaine irritabilité chez son patient et lui avait prescrit un médicament antidépresseur. Le Dr H.\_\_\_\_\_ confirmait cette prescription, ou la réintroduction de cette prescription, dans son rapport du 17 avril 2013. L'hypothèse d'un tel trouble n'a cependant pas échappé à l'intimée ; dans sa décision du 8 mai 2013, elle a expressément refusé tout droit à des prestations pour les atteintes psychogènes, faute de lien de causalité adéquate avec l'évènement accidentel du 13 juin 2010, ce qui la dispensait d'instruire plus avant sur la question de cette atteinte psychique. En effet, savoir si l'évènement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité adéquate est une question de droit qu'il appartient à l'administration et, en cas de recours, au juge de trancher (ATF 115 V 403 consid. 4a). Le grief de violation du devoir d'instruction s'avère ainsi infondé.

**b)** En cas d'atteinte à la santé psychique, les règles applicables en matière de causalité adéquate sont différentes selon qu'il s'agit d'un évènement accidentel ayant entraîné une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique (ATF 115 V 133 consid. 6 et 403 consid. 5), d'un traumatisme psychique consécutif à un choc émotionnel (ATF 129 V 177 consid. 4.2), ou encore d'un traumatisme de type "coup du lapin" à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou d'un traumatisme cranio-cérébral (ATF 134 V 109).

En présence de troubles psychiques consécutifs à un accident qui a également provoqué un trouble somatique, la jurisprudence a dégagé des critères objectifs permettant de juger du caractère adéquat du lien de causalité. Il y a lieu d'une part, d'opérer une classification des accidents en fonction de leur degré de gravité et, d'autre part, de prendre en considération un certain nombre d'autres critères déterminants (ATF 115 V 133 et 403 précités ; voir également Jean-Maurice FRÉSARD/ Margit MOSER-SZELESS L'assurance-accidents obligatoire, *in* Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Vol. XIV, 2<sup>e</sup> éd., n° 89 ss pp. 868 ss).

**b) aa)** Le recourant reproche à l'intimée de ne pas avoir tenu compte du stress post-traumatique inhérent à l'évènement du 13 juin 2010, considérant que l'existence d'un lien de causalité adéquate doit être appréciée selon la règle générale du cours ordinaire des choses et de l'expérience de la vie.

**b) bb)** Un examen de la causalité dans le sens voulu par le recourant supposerait que l'état de stress post-traumatique soit la conséquence d'un choc émotionnel répondant à la définition d'un accident.

Selon la jurisprudence, un traumatisme psychique (Schreckereignis) constitue un accident au sens de l'art. 4 LPGA, lorsqu'il est le résultat d'un événement d'une grande violence survenu en présence de la personne assurée et que l'évènement dramatique est propre à faire naître une terreur subite même chez une personne moins capable de supporter certains chocs nerveux. Dans ces cas, l'examen de la causalité adéquate s'effectue conformément à la règle générale du cours ordinaire des choses et de l'expérience de la vie (ATF 129 V 177 précité consid. 4.2. ; TFA U 390/04 du 14 avril 2005 consid. 1.2). Cette jurisprudence s'applique aussi quand l'atteinte physique est mineure et ne joue qu'un rôle très secondaire par rapport au choc psychique subi.

Seuls des événements extraordinaires propres à susciter l'effroi et entraînant des chocs psychiques eux-mêmes extraordinaires remplissent la condition du caractère extraordinaire de l'atteinte et, partant, sont constitutifs d'un accident (ATF 129 V 402 consid. 2.1). A été ainsi qualifié d'accident le traumatisme subi par une assurée qui se trouvait sur une petite île en Thaïlande lors du tsunami du 26 décembre 2004 (TF U 548/06 du 20 septembre 2007, *in* SVR 2008 UV n° 7 p. 22) ou encore celui du conducteur de locomotive qui s'est rendu compte d'avoir écrasé une personne qui s'était jetée sous sa machine (arrêt U 93/88 du 20 avril 1990, *in* RAMA 1990 n° U 109 p. 300). *A contrario*, le fait pour une éducatrice travaillant dans un foyer pour handicapés d'avoir été agressée physiquement par un résident ne présentait pas les caractéristiques d'un événement extraordinaire propre à engendrer des troubles psychiques

avec une incapacité de gain durable (TF 8C\_207/2014 du 13 mars 2015 consid. 6).

**b) cc)** Au vu de la jurisprudence exposée ci-dessus, les circonstances du cas d'espèce ne permettent pas de conclure à l'existence d'un traumatisme psychique constitutif à un accident. On se trouve en effet en présence d'une banale altercation entre clients dans un établissement public, suscitant l'intervention du recourant en sa qualité de responsable, lequel a alors été pris individuellement à partie, poussé à terre, son antagoniste se plaçant sur lui en l'agrippant par la chemise avant d'être maîtrisé. En de telles circonstances, on ne saurait admettre que le recourant a été exposé à un événement d'une grande violence propre à faire naître une terreur subite. Au demeurant, aucun médecin n'atteste d'une quelconque atteinte psychique, notamment d'un stress post-traumatique dans la suite des événements et ce n'est qu'à la fin de l'été 2011 que les premiers symptômes d'une atteinte psychique ont été médicalement constatés, soit plus d'une année après ces événements. La seule longueur de cet intervalle comme l'absence de rapports médicaux attestant de la probabilité du rapport de cause à effet entre l'événement du 13 juin 2010 et le trouble psychique excluent un traumatisme psychique consécutif à un accident.

**b) dd)** C'est donc la jurisprudence applicable aux accidents ayant entraîné une affection psychique additionnelle qui est applicable. Le Tribunal fédéral a posé plusieurs critères en vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et les troubles développés ensuite par la victime. 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, en fonction de son déroulement.

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. Dans les autres cas d'accident de gravité moyenne, il importe que plusieurs des critères objectifs développés par la jurisprudence se trouvent

réunis ou revêtent une intensité particulière pour que le caractère adéquat des troubles psychiques de l'assuré soit admis (ATF 129 V 402 consid. 4.4 ; 115 V 133 consid. 6c/aa, 403 consid. 5c/aa).

**b) ee)** En l'espèce, les événements du 13 juin 2010 peuvent être classés dans la catégorie des accidents de gravité moyenne. Il ressort de l'acte d'accusation que le recourant a certes été violemment pris à partie. Cependant, la violence physique à l'origine de la lésion à la cheville consiste en le fait que son auteur a poussé le recourant de façon à le faire tomber par terre. Ce dernier a pu se relever sans difficulté particulière et a été emmené à l'hôpital où il a reçu les premiers soins, en ambulatoire. Ces circonstances, appréciées objectivement, ne sont ni dramatiques, ni particulièrement impressionnantes. Une fracture de cheville telle que celle subie par le recourant n'est pas propre en tant que telle à entraîner des troubles psychiques. La durée du traitement médical s'est révélée dans la norme. Le recourant évoque une gêne plutôt que des douleurs physiques, lesquelles ne seraient au demeurant qu'épisodiques. Il n'existe ni erreurs dans le traitement médical, ni difficultés apparues au cours de la guérison ou complications importantes. Enfin, le critère du degré et de la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques n'est pas non plus retenu, dès lors que le recourant a pu reprendre son activité professionnelle normalement moins de six mois après les événements en cause.

**b) ff)** Cela étant, c'est à juste titre que l'intimée a retenu une pleine capacité de travail du recourant dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles additionnelles résultant de l'accident du 13 juin 2010. C'est d'ailleurs également une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles que retient l'OAI au stade du projet de décision, étant précisé que dites limitations sont pour une partie consécutives à des atteintes malades n'incombant pas à l'assureur-accidents.

**8.** Cela étant, il convient de déterminer le degré d'invalidité présenté par le recourant.

**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 du 2 novembre 2010 consid. 2). 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 ; 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C\_748/2008 du 10 juin 2009 consid. 2.1).

A cela s'ajoute que le revenu que pourrait réaliser l'assuré sans invalidité est en principe établi sans prendre en considération les possibilités théoriques de développement professionnel ou d'avancement, à moins que des indices concrets rendent très vraisemblable qu'elles se seraient réalisées. Cela pourra être le cas lorsque l'employeur a laissé entrevoir une telle perspective d'avancement ou a donné des assurances dans ce sens. En revanche, de simples déclarations d'intention de l'assuré ne suffisent pas ; l'intention de progresser sur le plan professionnel doit s'être manifestée par des étapes concrètes, telles que la fréquentation d'un cours, le début d'études ou la passation d'examens (ATF 96 V 29 ; TF 9C\_188/2011 du 8 juin 2011 consid. 3 ; RAMA 2006 n° U 568 p. 675 consid. 2).

**b)** Il convient de déterminer le revenu avec et sans invalidité qu'aurait perçu le recourant en 2012.

Le recourant conteste le revenu sans invalidité pour le premier motif qu'au vu de son âge et de son expérience, il serait très certainement devenu un maçon spécialisé, nonobstant ses atteintes à la santé. Selon les classes de salaire de la Convention nationale du secteur principal de la

construction en Suisse, un maçon de classe A est un ouvrier qualifié de la construction, un maçon de classe B un ouvrier de la construction avec connaissances professionnelles et un maçon de classe C un ouvrier de la construction sans connaissances professionnelles. Disposant d'une expérience de plusieurs années dans l'activité de maçon, le recourant pouvait effectivement prétendre à une classe de salaire B. Cependant, compte tenu de sa scolarité écourtée comme de son absence de qualifications professionnelles particulières, l'accès du recourant à une classification supérieure n'est en l'occurrence pas vraisemblable, d'autant qu'il aura travaillé pendant 14 ans pour le même employeur (1982 à 1996) sans que celui-ci ne lui propose un salaire de maçon classe A. À cela s'ajoute que dans le cas d'espèce, il paraît douteux que le passage en classe A aurait eu une influence significative sur sa rémunération horaire. En effet, le salaire horaire du recourant en qualité de maçon B auprès de la société J.\_\_\_\_\_ se serait situé en 2012 entre 28 fr. 50 et 29 fr. alors qu'il était en 2011 de 29 fr. 90 pour un maçon qualifié A employé dans la même entreprise et âgé de 60 ans. Par ailleurs, la CNA a finalement retenu un salaire horaire de 30 fr. 27 pour fixer le revenu sans invalidité qui aurait été celui du recourant en 2012. Le maçon qualifié A de la société Y.\_\_\_\_\_ SA aurait quant à lui perçu un salaire de 30 fr. 25 en 2012 (29 fr. 90 + 0,5 %) s'il n'avait pris sa retraite.

N'est donc pas critiquable le choix par l'intimée de calculer le revenu sans invalidité en indexant le salaire horaire de 24 fr. 65 réalisé par l'assuré en 1996 sur la base des augmentations annuelles arrêtées jusqu'en 2012 par la Convention nationale du secteur principal de la construction en Suisse. Ce salaire horaire aurait été ainsi de 30 fr. 27 et en tenant compte d'un nombre d'heures de travail de 2'112 par année ainsi que d'un taux de 8.3 % pour le 13<sup>e</sup> salaire, le revenu réalisable sans invalidité par le recourant en 2012 en qualité de maçon classe B aurait effectivement atteint 69'236.45 francs.

Au demeurant, si ce revenu sans invalidité avait été calculé sur la base des données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), publiées par l'Office fédéral de la statistique

(OFS), singulièrement sur la base des salaires ESS 2012 pour une activité dans le secteur « 41-43 Construction », impliquant des tâches physiques ou manuelles simples (TA1, niveau de qualification 1), le revenu mensuel aurait été de 5'430 francs. 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 2012 (41.7 h ; La Vie économique, 12-2014, p. 92, tableau B 9.2), le revenu mensuel se serait élevé à 5'660 fr. 80. (5'430 fr. x 41,7 / 40), soit un salaire annuel de 67'929 fr. 30, quoi qu'il en soit inférieur au revenu retenu par l'intimée dans la décision litigieuse.

**c)** Le recourant conteste également le montant du revenu avec invalidité, estimant que les DPT prises en compte ne sont pas en adéquation avec son état de santé, singulièrement son handicap.

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'invalidité peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail (DPT) établies par la CNA (ATF 135 V 297 consid. 5.2 ; 129 V 472 consid. 4.2.1). La jurisprudence admet que les DPT, qui reposent sur des postes de travail concrets et permettent de ce fait une approche différenciée des activités exigibles en prenant en compte les limitations dues au handicap de l'assuré, les autres circonstances personnelles et professionnelles, ainsi que les aspects régionaux, constituent une base plus concrète que les données tirées de l'ESS pour apprécier le salaire d'invalidité, même si le Tribunal fédéral a renoncé à donner la préférence à l'une ou l'autre de ces méthodes d'évaluation (ATF 129 V 472 consid. 4.2 ; FRÉSARD/MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, *in* Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], 2<sup>e</sup> éd., Bâle/Genève/Munich 2007, n° 176).

Pour que le revenu d'invalidé corresponde aussi exactement que possible à celui que l'assuré pourrait réaliser en exerçant l'activité que l'on peut raisonnablement attendre de lui (ATF 128 V 29 consid. 1), l'évaluation dudit revenu doit nécessairement reposer sur un choix large et représentatif d'activités adaptées au handicap de la personne assurée. C'est pourquoi la jurisprudence impose, en cas de recours aux DPT, la production d'au moins cinq d'entre elles (ATF 129 V 472 consid. 4.2.2 ; TF 8C\_809/2008 du 19 juin 2009 consid. 4.2.2 et 8C\_4/2008 du 25 juin 2008 consid. 3.2). La jurisprudence exige de plus la communication du nombre total des postes de travail pouvant entrer en considération d'après le type de handicap de l'assuré, ainsi que du salaire le plus haut, du salaire le plus bas et du salaire moyen du groupe auquel il est fait référence (ATF 129 V 472 ; TF 8C\_809/2008 précité consid. 4.2.2). Il s'agit d'assurer une certaine représentativité des DPT produites et de garantir le respect du droit d'être entendu du recourant (ATF 129 V 472 ; TF 8C\_809/2008 précité consid. 4.2.2). Un abattement en pour-cent du salaire d'invalidé déterminant n'est pas admissible dans le système des DPT (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3).

En l'occurrence, l'intimée a listé septante-deux DPT et en a sélectionné cinq, correspondant aux activités de collaborateur de production, aide mécanicien et contrôleur binoculaire. Cette dernière profession (DPT 8819713 et 8819861) consiste en une activité de contrôle de qualité de petits contacteurs au moyen d'une loupe binoculaire, exercée en position majoritairement assise, avec parfois des déplacements jusqu'à 50m ou au-delà de 50m, ou encore le port de charges très légères ou légères mais jamais au-dessus du buste. La première activité de collaborateur de production (DPT 5201) correspond à un travail de montage électrique de sous-ensembles et appareils, de petite taille, dont le poids ne dépasse pas 3 à 4 kg, travail toujours exercé en position assise, comprenant très rarement le port de charges entre 5 et 10 kg mais jamais au-dessus du buste. La seconde activité de collaborateur de production (DPT 362411) implique le montage de circuits imprimés et de modules électroniques, le poste comportant des activités de montage de cartes modules électroniques, un contrôle de qualité, une surveillance du montage autour de circuits, avec encore, sur les machines

automatiques, le réglage et l'alimentation de deux machines de fabrication de circuits imprimés. Un niveau de formation élémentaire est requis. L'activité s'exerce le plus souvent assis, parfois debout, implique rarement le port de charges très légères et la marche jusqu'à 50m. Enfin, l'activité d'aide-mécanicien (DPT 3305) s'exerce principalement en position assise et consiste à monter des modules électro-mécaniques simples, pesant quelques grammes.

Le recourant conteste que les activités retenues soient adaptées à ses limitations fonctionnelles. Dans ce contexte, il a invoqué certains griefs concernant des DPT ne correspondant pas à celles sélectionnées par l'intimée. Il ne sera donc pas entré en matière sur ces griefs-là. Il en ira de même des critiques des DPT quant à leur compatibilité avec les atteintes à la santé non accidentelles, telles que les discopathies. En relation avec la DPT 5201, le recourant soutient que le port de poids de 3 à 4 kg dépasse largement l'exigibilité d'une activité légère de type industriel. Cependant, le port de charges jusqu'à 5 kg peut encore être qualifié de léger, voire très léger, l'essentiel dans le cas du recourant étant que ce port s'exerce au plus à hauteur d'établi. Or, ni la DPT 5201, ni les quatre autres DPT sélectionnées n'impliquent de port de charges à une hauteur supérieure. Le recourant soutient encore que l'activité d'aide-mécanicien (DPT 3305) et celle de collaborateur de production (DPT 362411) exigent une formation ou des capacités dépassant ses compétences intellectuelles. Pour la première, le niveau de formation requis s'arrête à l'école primaire et pour la seconde à une formation élémentaire. Le recourant n'a certes pas suivi de formation professionnelle. Cependant, dans le cadre de l'activité de collaborateur de production précitée, l'employeur prévoit une initiation ou formation interne d'une durée de 2 mois, comme d'ailleurs dans celle d'aide mécanicien. Il serait par ailleurs peu vraisemblable que le recourant ne dispose pas des compétences intellectuelles nécessaires dès l'instant où il a exercé quelques années en qualité de commerçant indépendant. S'agissant de l'activité de contrôleur binoculaire, le recourant considère que l'usage d'une loupe binoculaire dépasse largement ses capacités actuelles. Faute

de l'existence d'une atteinte oculaire influençant les limitations fonctionnelles, ce grief s'avère sans pertinence.

Pour le surplus, dans la mesure où les cinq DPT sélectionnées par l'intimée respectent les limitations fonctionnelles d'origine accidentelle du recourant, elles peuvent être considérées comme adaptées au handicap de l'assuré.

**d)** Même dans l'hypothèse où le recourant devait être suivi sur sa critique de sélection des DPT, il apparaît que le degré d'invalidité calculé sur la base des données statistiques ESS, singulièrement pour une activité dans les secteurs production et services impliquant des tâches physiques ou manuelles simples, n'entraînerait pas un taux supérieur. En effet, le revenu mensuel moyen s'élevait à 5'210 fr. en 2012 (TA1, niveau de qualification 1). En tenant compte d'un horaire de travail hebdomadaire de 41.7 h, le revenu mensuel aurait été de 5'431 fr. 45 (5'210 fr. x 41.7 / 40), ce qui donne un salaire annuel de 65'177.10 francs. Le degré d'invalidité serait ainsi de 15.28 % avec un abattement de 10 % sur le revenu ESS, et de 29.40 % dans l'hypothèse d'un abattement maximal de 25 %.

**e)** En plaidoirie, le conseil du recourant s'est référé à la jurisprudence fédérale (TF 9C\_ 366/2014 du 19 novembre 2014 ; ATF 138 V 457 consid. 3) pour exciper de l'âge proche de la retraite et maintenir sa conclusion en augmentation de la rente d'invalidité.

Cette jurisprudence propre à l'assurance-invalidité n'est pas transposable en matière d'assurance-accidents, dans la mesure où l'art. 28 al. 4 OLAA régit expressément la situation de l'assuré qui, en raison de son âge, ne reprend pas d'activité lucrative après l'accident ou si la diminution de la capacité de gain est due essentiellement à son âge avancé. Dans une telle hypothèse, les revenus de l'activité lucrative déterminants pour l'évaluation du degré d'invalidité sont ceux qu'un assuré d'âge moyen dont la santé a subi une atteinte de même gravité pourrait réaliser. Au sens de la jurisprudence, en règle générale, l'on est

en présence d'un âge avancé au sens de l'art. 28 al. 4 OLAA lorsque l'assuré est âgé de plus de 60 ans. L'âge moyen est fixé entre 40 et 45 ans (cf. Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, *in* Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Bettina KAHIL-WOLFF / Stéphanie PERRENOUD, *Droit suisse de la sécurité sociale*, Vol II., Berne 2015, p. 423).

A la date de la décision, le recourant était âgé de plus de 60 ans de telle sorte que l'art. 28 al. 4 OLAA lui est applicable.

Sur la base des données statistiques ESS, plus exactement sur la base du revenu statistique auquel peuvent prétendre les hommes âgés de 40 à 49 ans dans une activité sans fonction de cadre dans le secteur privé (TA9\_b), le revenu moyen s'élève à 6'288 francs. En tenant compte d'un horaire de travail de 41.7 h, le revenu mensuel s'élève à 6'555 fr. 24 ( $6'288 \text{ fr.} \times 41.7 / 40$ ), ce qui donne un salaire annuel de 78'662 fr. 88, soit un revenu supérieur au revenu avec invalidité déterminé par l'intimé. Il en irait de même en retenant le revenu minimum de 5'285 fr. ressortant du tableau TA9\_b, le salaire annuel s'élevant alors à 66'115 fr. 35 ( $[5'285 \text{ fr.} \times 41.7 / 40] \times 12$ ).

L'application de l'art. 28 al. 3 OLAA n'entraînerait ainsi aucune invalidité, respectivement un degré d'invalidité de 4.51 %.

**f)** Le revenu d'invalidé exigible retenu par l'intimée dans sa décision sur opposition est de 50'252 francs. Or, le revenu exigible moyen résultant des cinq DPT sélectionnées, déterminant en l'occurrence, est de 53'615 francs. Il s'ensuit une perte de gain de 22.56 % et non de 27.41 %. Le principe de la réforme d'une décision au détriment du recourant est potestatif (art. 61 let. d LPGA) et les circonstances d'espèce permettent de renoncer à une telle réforme.

Le revenu avec invalidité retenu par l'intimée sera donc confirmé. En l'occurrence, la décision de l'intimée maintenant à 30 % le degré de la rente d'invalidité n'est pas critiquable dans la mesure où le

nouvel accident n'a pas entraîné une aggravation du degré d'invalidité, nonobstant les limitations fonctionnelles nouvelles.

**g)** Le gain annuel assuré calculé en application de l'article 24 al. 4 OLAA, soit 67'078 fr., n'est pour le surplus pas litigieux.

**9.** Le recourant soutient que le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité pour l'atteinte à la cheville droite arrêté par l'intimée à 10 % est insuffisant, estimant qu'il devrait être fixé à 20 %. Il reproche plus particulièrement à l'intimée des constatations incomplètes et considère que l'application de la table 2 s'impose.

**a)** Selon l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui, par suite de l'accident, souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. Aux termes de l'art. 36 al. 1 OLAA, une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie ; elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave. Cette disposition de l'ordonnance a été jugée conforme à la loi en tant qu'elle définit le caractère durable de l'atteinte (cf. ATF 133 V 224 consid. 2). L'art. 36 al. 4 OLAA impose de tenir équitablement compte des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité, une révision n'étant possible qu'en cas exceptionnel, soit si l'aggravation est importante et n'était pas prévisible.

Selon la jurisprudence, l'atteinte à l'intégrité au sens de cette disposition consiste généralement en un déficit corporel anatomique ou fonctionnel, mental ou psychique. Le taux d'une atteinte à l'intégrité doit être évalué exclusivement sur la base de constatations médicales objectives (ATF 115 V 147 consid. 1 ; 113 V 218 consid. 4b). De même, puisqu'elle doit être prise en compte lors de l'évaluation initiale, l'aggravation prévisible de l'atteinte doit être fixée sur la base des constatations du médecin (cf. TF 8C\_459/2008 du 4 février 2009 consid.

2.3). Il incombe donc au premier chef aux médecins d'évaluer l'atteinte à l'intégrité, car, de par leurs connaissances et leur expérience professionnelles, ils sont les mieux à même de juger de l'état clinique de l'assuré et de procéder à une évaluation objective de l'atteinte à l'intégrité (cf. TF 8C\_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.2 et la référence citée).

Aux termes de l'art. 25 al. 1 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est échelonnée selon la gravité de l'atteinte, qui s'apprécie d'après les constatations médicales. C'est dire que chez tous les assurés présentant le même status médical, l'atteinte à l'intégrité est la même ; elle est évaluée de manière abstraite, égale pour tous, de sorte qu'il n'est pas nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'elle entraîne pour l'assuré concerné (cf. ATF 115 V 147 consid. 1, 113 V 218 consid. 4b et les références citées).

L'annexe 3 de l'OLAA comporte un barème - reconnu conforme à la loi et non exhaustif - des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent du montant maximum du gain assuré (ATF 124 V 29 consid. 1b et les références citées). Il représente une « règle générale » (ch. 1 al. 1 de l'annexe). Pour les atteintes qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il y a lieu d'appliquer le barème par analogie, en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 de l'annexe). Le ch. 2 de l'annexe dispose au surplus qu'en cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence, aucune indemnité n'étant toutefois versée dans les cas pour lesquels un taux inférieur à 5 % du montant maximum du gain assuré serait appliqué. A cette fin, et en vue d'une évaluation encore plus affinée de certaines atteintes, la Division médicale de la CNA a établi des tables d'indemnisation. Dans la mesure, toutefois, où il s'agit de valeurs indicatives destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc ; 116 V 156 consid. 3a ; RAMA 1998 n° U 296 p. 235, U 145/96 consid. 2a) et permettent de

procéder à une appréciation plus nuancée, lorsque l'atteinte d'un organe n'est que partielle.

**b)** Selon la table 5 de la Division médicale de la CNA, intitulée « Atteinte à l'intégrité résultant d'arthrose », retenue par le Dr F.\_\_\_\_\_, les arthroses légères ne donnent pas droit à une indemnité tandis que si l'articulation considérée présente une instabilité en plus de l'arthrose, le taux d'atteinte à l'intégrité le plus élevé sera retenu. Pour une arthrose tibiotarsienne moyenne, le taux d'indemnisation est fixé de 5 à 15 % et pour une arthrose grave, de 15 à 30 %.

La table 2 invoquée par le recourant concerne les « atteintes à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres inférieurs » et mentionne, s'agissant des troubles fonctionnels douloureux après fracture de l'articulation tibio-tarsienne, un taux d'indemnisation de 10 à 20 %.

**c)** Le recourant se prévaut des séquelles limitatives mentionnées par le Dr H.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 2 janvier 2012. L'arthrose moyenne retenue par le Dr F.\_\_\_\_\_ constitue par nature une séquelle limitative et le Dr H.\_\_\_\_\_ n'a pas estimé quantitativement le taux d'indemnisation en résultant si ce n'est dans son rapport du 30 août 2011 à l'autorité pénale, dans lequel il indiquait une impotence fonctionnelle du pied et de la cheville de 20 %. Or, cette évaluation est ancienne, de surcroît antérieure à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse, effectuée avant stabilisation de l'état de santé du recourant de telle sorte qu'il ne saurait en être tenu compte. Le recourant argue encore du pincement articulaire (espace réduit entre les extrémités osseuses) mis en évidence par le bilan radiologique. Il s'agit cependant de l'un des premiers signes de l'arthrose de telle sorte que l'on ne saurait considérer qu'il aurait été omis par le Dr F.\_\_\_\_\_. Par ailleurs, aucun avis médical ne vient démontrer la probabilité d'une aggravation de l'arthrose telle que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité devrait d'ores et déjà être fixée selon les critères de l'arthrose grave. Quant à la perte d'équilibre lors de la marche sur la pointe des pieds ou sur les talons évoquée par le recourant, le Dr F.\_\_\_\_\_ la qualifie de légère dans son examen clinique, tout en

précisant que la marche s'effectue pratiquement sans boiterie et que les amplitudes articulaires des chevilles sont symétriques et physiologiques. De son côté, le recourant ne s'est plaint que d'une gêne diurne constante de la cheville droite, assortie parfois de douleurs. Cela étant, on ne saurait retenir l'existence d'un trouble fonctionnel de la cheville droite justifiant l'application de la table 2, ni une instabilité surajoutée à l'arthrose, laquelle aurait imposé de retenir le taux d'atteinte à l'intégrité le plus élevé. Pour le surplus, l'évaluation de ce taux par le Dr F. \_\_\_\_\_ est motivée. Elle peut donc être retenue et l'indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10 % sera confirmée, celle-ci respectant au demeurant les conditions de l'art. 36 al. 3 OLAA, lequel régit la fixation du taux d'indemnisation en cas de concours avec d'autres atteintes actuelles, respectivement et comme en l'occurrence avec des indemnités déjà reçues.

**d)** A l'audience de jugement, le recourant a fait valoir qu'il était incohérent de procéder à une augmentation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité pour l'atteinte à l'épaule et d'octroyer une telle indemnité pour la nouvelle atteinte à la cheville tout en considérant que la rente d'invalidité demeurerait inchangée.

Cette argumentation est vaine. En effet, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ne compense pas une perte de revenu ; elle est une forme de réparation morale pour le préjudice immatériel subi par la personne atteinte, qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant. Elle est due indépendamment de la rente et peut l'être même dans l'hypothèse où le droit à une rente n'était pas ouvert (ATF 133 V 224 consid. 5.1).

**10.** L'instruction du dossier permettant de statuer en toute connaissance de cause, on ne voit pas, dans ce contexte, ce que les mesures d'instruction requises, plus particulièrement une expertise pourrait apporter de plus, si ce n'est une appréciation médicale supplémentaire. En effet, l'autorité peut renoncer à accomplir certains actes d'instruction si, en se fondant sur une appréciation consciencieuse

des preuves, elle est convaincue que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne peuvent plus modifier cette appréciation (ATF 130 II 425 consid. 2.1). Il sera dès lors renoncé aux mesures d'instruction requises par le recourant.

**11.** En définitive, la décision attaquée n'est pas critiquable dans son résultat et doit être confirmée. Il s'ensuit que le recours doit être rejeté.

Le recourant ne peut prétendre à des dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD). Par ailleurs, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires.

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue le 29 juillet 2013 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Etienne Patrocle, avocat (pour J.\_\_\_\_\_),
- Me Didier Elsig, avocat (pour la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents),
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :