

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 4 mai 2021

---

Composition : M. PIGUET, président  
Mmes Pasche et Durussel, juges  
Greffier : M. Addor

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**V.**\_\_\_\_\_, à N.\_\_\_\_\_, recourant, représenté par l'Association suisse des assurés, à Genève,

et

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

---

**Art. 16, 25 al. 1 et 53 LPGA ; 6 al. 1, 18 al. 1 et 24 al. 1 LAA**

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

**A.** V.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1965, a travaillé en dernier lieu comme aide-paysagiste et percevait des prestations de l'assurance-chômage depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2017. A ce titre, il était assuré obligatoirement contre le risque d'accident auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 22 mars 2017, V.\_\_\_\_\_ s'est coincé la jambe gauche entre une plaque de métal et un muret en descendant de celui-ci, ce qui a entraîné une fracture diaphysaire transverse du 1/3 proximal du fémur gauche réduite et ostéosynthésée en urgence (cf. protocole opératoire du 30 mars 2017).

Dans le rapport qu'il a établi le 14 février 2018 au terme de son examen clinique, le Dr Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin d'arrondissement auprès de la CNA, a retenu, d'un point de vue subjectif, que l'assuré souffrait de douleurs à la hanche et au genou gauches ainsi qu'au niveau de la zone fracturaire, ce qui l'obligeait à se déplacer avec une canne dans la main droite ; l'intéressé signalait également des douleurs au repos et des réveils nocturnes. Objectivement, les derniers clichés disponibles montraient une fracture paraissant consolidée ; il existait en outre un raccourcissement du membre inférieur gauche de plusieurs centimètres. Le Dr Z.\_\_\_\_\_ a préconisé un séjour à la Clinique M.\_\_\_\_\_ en vue d'un sevrage de la canne et d'un complément de rééducation.

V.\_\_\_\_\_ a séjourné à la Clinique M.\_\_\_\_\_ du 28 février au 21 mars 2018. Dans leur rapport du 12 avril 2018, les Dres P.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_, respectivement cheffe de clinique et médecin assistante, ont indiqué que la situation était sur le point d'être stabilisée d'un point de vue médical. Il n'y avait pas d'indication à une nouvelle intervention chirurgicale, y compris pour ablation du matériel. Selon ces médecins, le

pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité était défavorable tant en raison de facteurs médicaux que contextuels. Il en allait de même s'agissant d'une éventuelle réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles énoncées dans la mesure où l'assuré n'était pas du tout engagé dans un processus de retour au travail.

Le 6 juin 2018, le Dr Z.\_\_\_\_\_ a procédé à l'examen médical final de V.\_\_\_\_\_. Dans son rapport daté du même jour, il a retenu que la situation médicale était stabilisée et que l'assuré disposait d'une capacité de travail entière dans une profession permettant l'alternance des positions debout/assis et respectant les limitations fonctionnelles suivantes : pas de marches en terrains irréguliers, de marches prolongées, de montées ou de descentes d'échelles, d'escaliers ou d'échafaudages ni de travaux accroupis ou à genoux ainsi que de port de charges supérieures à 10 kg. Se fondant sur la table 2 de la CNA concernant l'indemnisation des atteintes à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres inférieurs, le Dr Z.\_\_\_\_\_ a estimé que le raccourcissement de 4 cm du membre inférieur gauche donnait droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10 %. Le traitement de physiothérapie suivi actuellement n'avait plus de justification médicale.

Le 7 juin 2018, la CNA a informé l'assuré qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une amélioration notable des suites de l'accident du 22 mars 2017, si bien qu'elle a mis fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 30 juin 2018.

Par décision du 4 juillet 2018, confirmée sur opposition le 18 septembre 2018, la CNA a alloué à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10 % mais lui a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité de l'assurance-accidents, au motif qu'il ne présentait aucune diminution notable de sa capacité de gain à la suite de l'accident dont il avait été victime le 22 mars 2017.

Saisie d'un recours de l'assuré contre la décision sur opposition du 18 septembre 2018, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois a, par arrêt du 15 février 2019 (cause AA 165/18 - 19/2019), renvoyé la cause à la CNA afin que, conformément à ses conclusions en procédure, elle complète l'instruction puis rende une nouvelle décision.

**B.** Reprenant l'instruction, la CNA a confié la réalisation d'une expertise de chirurgie orthopédique au Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans son rapport du 25 octobre 2019, il a posé les diagnostics de status deux ans et demi après fracture sous-trochantérienne du fémur gauche ostéosynthésée (consolidation dépendante d'un raccourcissement du fémur gauche de 1,5 cm), de gonarthrose interne bilatérale ébauchée symétrique, de discopathies L3-4 et L5-S1 responsables de lombalgies chroniques, voire de pseudo-sciatalgies, de status cinq mois après ACDF C3-4 pour canal cervical étroit compliqué d'une myélopathie ainsi que d'hypoesthésie résiduelle pulpaire aux deux mains.

S'agissant de la capacité de travail, l'expert a estimé qu'elle était significativement réduite dans l'activité d'aide-paysagiste, autrement dit qu'elle n'excédait pas 50 %. Il en allait de même dans d'autres professions exercées par l'assuré telles celles d'aide-étancheur ou d'aide-monteur de lignes à haute tension. Cette diminution de la capacité de travail s'expliquait par la fatigabilité induite par des déplacements en terrain inégal, voire par un manque de force de la cuisse en cas d'accroupissement/agenouillement répété ou en cas de montée/descente d'escaliers répétée. Dans une activité adaptée, exercée de préférence en position assise et compatible avec les limitations précitées, auxquelles il convenait d'ajouter l'interdiction de porter des charge supérieures à 10-15 kg sur quelques dizaines de mètres, la capacité de travail était entière. Tel était le cas d'une activité de type bureautique ou informatique, de contrôleur, voire éventuellement d'ouvrier sur une chaîne de montage qui manie des objets légers ou d'emballage, ou de représentant.

Le Dr D.\_\_\_\_\_ a estimé qu'à deux ans et demi d'évolution, un traitement de physiothérapie n'était clairement plus indiqué et qu'il pouvait sans autre être remplacé par un programme d'auto-entraînement (marche, vélo, natation, fitness, etc.) en vue d'entretenir les amplitudes articulaires actuelles et le tonus musculaire. Un traitement antalgique simple à la demande restait envisageable.

Pour finir, l'expert a indiqué que, selon la table 2 de la CNA, un fémur raccourci de 1,5 cm ne donnait pas droit à une compensation. Le raccourcissement une fois compensé (semelle) laissait une fonction du membre meilleure que celle qui résultait, par exemple, de l'ablation de la rotule, laquelle pouvait causer une fatigabilité importante, des troubles de stabilisation du genou voire des douleurs marquées.

Par courrier du 10 décembre 2019, la CNA a avisé l'assuré qu'elle allait mettre fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 31 décembre 2019.

Par décision du 22 janvier 2020, la CNA a nié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité, au motif que, après comparaison des revenus avec et sans invalidité, il ne subissait aucun préjudice économique. Elle lui a en revanche reconnu le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité, tout en rappelant avoir versé, en date du 6 juillet 2018, un montant de 14'820 fr. à ce titre correspondant à 10 % du gain annuel assuré (148'200 fr.).

En date du 30 mars 2020 (timbre postal), V.\_\_\_\_\_, représenté par l'Association suisse des assurés, s'est opposé à cette décision. Au vu des limitations fonctionnelles présentées, il comprenait mal qu'une capacité de travail lui soit reconnue dans le domaine industriel. A cela s'ajoutait qu'il ne disposait d'aucune formation en matière informatique ou bureautique et qu'il maîtrisait difficilement le français tant à l'écrit qu'à l'oral. Dans ces conditions, il a invité la CNA à réévaluer le secteur de métier dans lequel il pourrait exercer une activité professionnelle et, corollairement, à reprendre le calcul de la perte de

gain. A cet égard, il a contesté être en mesure de prétendre à un salaire supérieur à celui qu'il percevait avant son accident.

Dans un courrier du 29 mai 2020, la CNA a attiré l'attention de l'assuré sur le fait que c'était à tort qu'elle lui avait reconnu, par sa décision du 22 janvier 2020, le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. En effet, dans son rapport du 25 octobre 2019, après avoir procédé à un bilan radiologique, le Dr D. \_\_\_\_\_ avait constaté que le fémur gauche présentait un raccourcissement de 1,5 cm et non pas de 4 cm comme l'avait retenu le Dr Z. \_\_\_\_\_. Or la table 2 de la CNA excluait l'octroi d'une telle prestation pour un raccourcissement des membres inférieurs en-dessous de 2 cm. Il apparaissait ainsi que le montant de 14'820 fr. avait été versé à tort. Dès lors, avant de rendre une décision réclamant à l'assuré la restitution de ce montant, la CNA lui a imparti un délai au 15 juin 2020 pour procéder à un retrait partiel de son opposition, ce qui aurait pour effet de mettre fin à la procédure en tant qu'elle portait sur le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

Dans le délai prolongé par la CNA, l'assuré a fait savoir qu'il maintenait intégralement son opposition, ajoutant qu'il allait prochainement se faire opérer des cervicales (courrier du 30 juin 2020).

Par décision sur opposition du 2 juillet 2020, la CNA a maintenu son refus d'allouer une rente d'invalidité de l'assurance-accidents à l'assuré en l'absence d'incapacité de gain. Se fondant ensuite sur le rapport d'expertise du Dr D. \_\_\_\_\_ du 25 octobre 2019, elle a estimé que c'était à tort qu'elle avait versé une indemnité pour atteinte à l'intégrité à hauteur de 14'820 fr., si bien qu'elle a réclamé la restitution de ce montant.

**C.**            **a)** Par acte du 3 septembre 2020, V. \_\_\_\_\_ a recouru devant la Cour de céans contre la décision sur opposition du 2 juillet 2020 en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à l'octroi d'une rente d'invalidité de l'assurance-accidents et à l'annulation de la décision de restitution du montant de 14'820 fr., subsidiairement à l'allocation

d'indemnités journalières, à la réforme du taux de la perte d'intégrité corporelle ainsi qu'à la remise de l'obligation de restituer le montant réclamé.

Dans un premier moyen, l'assuré a fait valoir que, dans son rapport d'expertise du 25 octobre 2019, le Dr D. \_\_\_\_\_ ne s'était pas prononcé « de manière arrêtée » sur la stabilisation de son état de santé. Or il avait annoncé des examens complémentaires, notamment une IRM cervicale, rendue nécessaire au vu des douleurs ressenties.

Dans un second moyen, l'assuré s'en est pris à l'évaluation de l'invalidité. S'agissant du revenu sans invalidité, il a rappelé qu'il était au chômage au moment de l'accident ce qui justifiait, selon lui, de se référer aux salaires statistiques plutôt qu'à la Convention collective de travail applicable aux paysagistes et entrepreneurs de jardins du canton de Vaud. S'agissant du revenu d'invalidité, il a fait grief à la CNA, d'une part, de ne pas avoir précisé quel type d'activité était concrètement exigible de sa part au vu de ses limitations fonctionnelles et, d'autre part, de ne pas avoir tenu compte du taux maximal d'abattement de 25 %.

Pour le reste, il sollicitait d'ores et déjà la remise de l'obligation de restituer arguant à cet égard de sa situation économique difficile et de sa bonne foi.

**b)** Dans sa réponse du 8 octobre 2020, la CNA a conclu au rejet du recours. Sous l'angle médical, elle a expliqué en quoi elle s'estimait fondée, à la lumière de l'expertise du Dr D. \_\_\_\_\_, à retenir que l'état de santé était stabilisé et à mettre ainsi fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière. Du point de vue économique, elle a exposé les considérations ayant présidé à la détermination des revenus avec et sans invalidité tout en soulignant que l'état de santé de l'assuré ne faisait pas obstacle à la reprise d'une activité professionnelle compatible avec ses limitations. Quant à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, elle a répété que c'était à tort qu'elle avait été versée, si bien

que sa restitution se justifiait. Il en résultait que la conclusion portant sur la remise de l'obligation de restituer était irrecevable.

**c)** A l'appui de sa réplique du 16 novembre 2020, l'assuré a produit deux rapports médicaux dont il s'est prévalu pour mettre en doute l'évaluation de sa capacité de gain effectuée par la CNA.

Dans un rapport du 26 octobre 2020, la Dre C.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, a notamment relevé qu'en raison d'une aggravation des plaintes neuropathiques au niveau des membres inférieurs et supérieurs, une IRM cervicale pratiquée le 26 février 2019 avait montré des troubles dégénératifs importants associés à la présence d'une myélopathie C3 et partiellement C4 avec un canal étroit ; elle a par ailleurs indiqué que, depuis l'été 2017, son patient ressentait des dysesthésies douloureuses diffuses parfois accompagnées de lancées aux membres supérieurs et inférieurs. De son côté, le Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre traitant, a, dans un rapport du 22 octobre 2020, diagnostiqué un épisode dépressif moyen ainsi que des douleurs chroniques où intervenaient à la fois des facteurs somatiques et psychiques. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : instabilité émotionnelle, fatigue chronique liée à l'épuisement induit par les douleurs et la médication pour les traiter, trouble du sommeil, difficultés cognitives liées à la dépression, ralentissement du pragmatisme et tendance à l'isolement ; selon lui, il en résultait une incapacité de travail totale en toutes activités. Dans ce contexte, l'assuré a fait valoir que, depuis son accident du 22 mars 2017, qu'il fallait qualifier de gravité moyenne, il remplissait plusieurs des critères jurisprudentiels permettant d'admettre l'existence d'un lien de causalité adéquat entre l'événement accidentel précité et ses troubles psychiques. Faute pour le Dr D.\_\_\_\_\_ de disposer de toutes les informations médicales nécessaires à l'établissement de son rapport, l'assuré en déduisait que l'appréciation de sa capacité de travail et, partant, de sa capacité de gain, reposait sur une instruction lacunaire. Il a donc sollicité son interpellation afin qu'il complète son expertise, voire qu'une nouvelle expertise soit mise en œuvre.

Pour le reste, l'assuré a réitéré ses griefs concernant la détermination des revenus avec et sans invalidité, tout en exprimant une nouvelle fois ses doutes quant à ses possibilités, au vu de ses limitations fonctionnelles, d'exercer une activité simple et répétitive sans baisse de rendement.

**d)** Dupliquant en date du 27 novembre 2020, la CNA a souligné que le rapport de la Dre C.\_\_\_\_\_ ne faisait mention d'aucun élément objectif nouveau qui n'eût pas déjà été analysé dans l'expertise du Dr D.\_\_\_\_\_. En outre, contrairement aux affirmations de l'assuré, l'expert avait eu connaissance de l'IRM cervicale pratiquée le 26 février 2019. Dans ces conditions, un complément d'expertise, voire une nouvelle expertise ne se justifiait pas. S'agissant des troubles psychiques diagnostiqués par le Dr R.\_\_\_\_\_, elle a estimé que sa responsabilité n'était pas engagée en l'absence d'un lien de causalité adéquat entre ceux-ci et l'accident du 22 mars 2017. La CNA a enfin renvoyé aux explications contenues dans la décision attaquée et sa réponse du 8 octobre 2020 à propos de l'évaluation de l'invalidité. Elle a en conséquence conclu au rejet du recours.

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

**1. a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre

2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2. a)** En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1).

**b)** Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents, singulièrement sur la fixation de son taux d'invalidité, respectivement sur le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité et sur la restitution d'un montant de 14'820 francs.

**c)** La présente procédure n'est en revanche pas le lieu pour examiner la demande de remise formulée par le recourant, dès lors que cette question ne fait pas l'objet de la décision querellée. A toutes fins utiles, on précisera néanmoins que, pour être examinée, la remise doit faire l'objet d'une demande écrite, être motivée, et accompagnée des pièces nécessaires et être déposée au plus tard trente jours à compter de l'entrée en force de la décision de restitution (art. 4 al. 4 OPGA [ordonnance du 11 septembre 2002 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.11]).

**3. a)** Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Parmi ces prestations figurent notamment le droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al.

1 LAA), le versement d'une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA) et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 24 al. 1 LAA).

**b)** L'art. 4 LPGA définit l'accident comme 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 repose donc sur cinq éléments, ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable à la santé, le caractère soudain de l'atteinte, son caractère involontaire, un facteur extérieur et le caractère extraordinaire de ce facteur extérieur (ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1). En outre, l'atteinte doit s'inscrire dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec le facteur extérieur extraordinaire.

**c)** Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet 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, mentale 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, 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 le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références citées).

**d)** Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses

et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 ; TF 8C\_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.1 et les références citées).

**e)** Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite. Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus à attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré - ce par quoi il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; TF 8C\_202/2017 du 21 février 2018 consid. 3) - et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA).

**4. a)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**b)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour

lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

**5.**           **a)** Il n'est pas contesté que le recourant présente à la suite de l'accident dont il a été victime le 22 mars 2017 des séquelles définitives au membre inférieur gauche. Est litigieuse la question de savoir s'il dispose d'une capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

**aa)** A titre liminaire, il convient de souligner que cette question ne doit être examinée qu'à la seule lumière des atteintes à la santé en rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement traumatique du 22 mars 2017. En d'autres termes, il n'y a pas lieu de tenir compte, dans le cadre de l'examen du droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents, de la myélopathie cervicale et des dysesthésies irradiant dans les membres supérieurs (cf. rapport de la Dre C. \_\_\_\_\_ du 26 octobre 2020), mais uniquement des séquelles liées à la fracture sous-trochantérienne du fémur gauche.

**bb)** Se fondant sur l'analyse de son médecin d'arrondissement (cf. rapports du Dr Z. \_\_\_\_\_ des 14 février et 6 juin 2018), laquelle a été confirmée par l'expertise du Dr D. \_\_\_\_\_ (rapport du 25 octobre 2019), l'intimée a retenu que la situation médicale de l'assuré était stabilisée. Sur le plan clinique, l'expert a relevé que le muscle moyen fessier était fonctionnel de même que pour les autres structures musculaires régionales fessières et de la cuisse. Il a en outre souligné que le matériel

d'ostéosynthèse était intègre, sans liséré suspect, sans protrusion inadéquate de la vis céphalique ou des vis distales. Tout au plus a-t-il concédé que l'intervention chirurgicale pratiquée pouvait usuellement être responsable de douleurs péri-trochantériennes d'effort, durables, lesquelles étaient probablement en lien avec le traumatisme musculaire (celui du moyen fessier) au moment du passage du clou (et des alésoirs). Dans la mesure où, en l'occurrence, les douleurs étaient a priori modérées, un traitement antalgique simple était de nature à les soulager. Dès lors que les éléments objectifs étaient favorables (bonnes amplitudes articulaires, amyotrophie quadricipitale modérée et fonction adéquate des muscles fessiers), le suivi de physiothérapie ne se justifiait plus et pouvait sans autre être remplacé par un programme d'auto-entraînement visant l'entretien des amplitudes articulaires et du tonus musculaire. Quant au raccourcissement du fémur gauche, il n'était pas responsable de troubles fonctionnels significatifs et pouvait aisément être compensé par un rehaussement de la chaussure gauche afin de permettre un rééquilibrage de la zone lombo-pelvienne. Le Dr D. \_\_\_\_\_ n'a par ailleurs pas évoqué la nécessité d'une opération et aucun élément au dossier ne laisse à penser qu'une nouvelle intervention chirurgicale ou tout autre traitement serait susceptible d'améliorer la situation. Dans ces conditions, l'intimée n'a pas violé le droit fédéral en considérant qu'elle était fondée à mettre fin au versement des indemnités journalières et à passer à l'examen du droit à la rente.

**cc)** S'agissant de la capacité de travail, le Dr D. \_\_\_\_\_ a estimé qu'elle était significativement réduite dans l'activité d'aide-paysagiste, autrement dit qu'elle n'excédait pas 50 %. Il en allait de même dans d'autres professions exercées par l'assuré telles celles d'aide-étancheur ou d'aide-monteur de lignes à haute tension. Cette diminution de la capacité de travail s'expliquait par la fatigabilité induite par des déplacements en terrain inégal, voire par un manque de force de la cuisse en cas d'accroupissement/agenouillement répété ou en cas de montée/descente d'escaliers répétée. Dans une activité adaptée, exercée de préférence en position assise et compatible avec les limitations précitées, auxquelles il convenait d'ajouter l'interdiction de porter des

charge supérieures à 10-15 kg sur quelques dizaines de mètres, la capacité de travail était entière. Tel était le cas d'une activité de type bureautique ou informatique, de contrôleur, voire éventuellement d'ouvrier sur une chaîne de montage qui manie des objets légers ou d'emballage, ou encore de représentant.

**dd)** Le dossier ne contient aucune appréciation médicale propre à susciter des doutes quant au bien-fondé du rapport d'expertise du 25 octobre 2019, si bien qu'il n'y a pas lieu de s'en écarter.

**ee)** Sur la base des conclusions de l'expertise du Dr D.\_\_\_\_\_, il convient de retenir que le recourant dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

**ff)** Les renseignements médicaux étant complets et permettant à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, la mise en œuvre de mesures d'instruction complémentaires requise par le recourant n'apparaît pas de nature à apporter un éclairage différent sur les éléments retenus ci-dessus et peut dès lors être écartée par appréciation anticipée des preuves (ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 140 I 285 consid. 6.3.1).

**b)** Le recourant doute d'être en mesure de travailler à 100 % dans une activité adaptée, ce qui revient à examiner si l'exercice d'une activité telle que décrite par le Dr D.\_\_\_\_\_ est exigible de sa part.

**aa)** Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide

peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (TFA I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, in VSI 1998 p. 293). S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (TFA I 377/98 du 28 juillet 1999 consid. 1 et les références, in VSI 1999 p. 246).

**bb)** Sur le plan personnel et professionnel, la mise en valeur de la capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée apparaît exigible. Si l'âge du recourant (55 ans lorsque la décision attaquée a été rendue), les restrictions induites par ses limitations fonctionnelles et son éloignement prolongé du marché du travail peuvent limiter dans une certaine mesure ses possibilités de retrouver un emploi, on ne saurait considérer qu'ils rendent cette perspective illusoire. Le marché du travail offre un large éventail d'activités légères dont on doit convenir qu'un nombre significatif sont adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation particulière. A cet égard, le recourant n'établit pas de manière convaincante en quoi des activités simples de montage, de vérification ou de contrôle ne seraient pas exigibles au regard des limitations retenues. On rappellera au demeurant qu'il n'y a pas lieu, dans ce contexte, d'examiner dans quelle mesure la situation concrète du marché du travail permettrait au recourant de retrouver un emploi.

**6.** Cela étant constaté, il s'agit de déterminer le degré d'invalidité du recourant.

**a) aa)** Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4 et 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C\_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à une éventuelle rente (ATF 143 V 295 consid. 4.1.3 ; 129 V 222 consid. 4.1 ; 128 V 174).

**bb)** Il ressort en l'occurrence du dossier qu'il convient de retenir comme année de référence pour procéder à la comparaison des revenus l'année 2018.

**b) aa)** Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que la personne assurée aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant si elle n'était pas invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible ; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par la personne assurée avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 134 V 322 consid. 4.1; TF 9C\_719/2015 du 3 juin 2016 consid. 6.2).

**bb)** Lorsque la perte de l'emploi est due à des motifs étrangers à l'invalidité, le revenu sans invalidité doit être établi sur la base de valeurs statistiques ou de moyennes. Autrement dit, n'est pas déterminant pour la fixation du revenu hypothétique de la personne valide le salaire que la personne assurée réaliserait actuellement auprès de son ancien employeur, mais bien plutôt celui qu'elle réaliserait si elle n'était

pas devenue invalide (TF 8C\_709/2018 du 18 juin 2019 consid. 3 et les références citées).

**cc)** En l'espèce, le recourant a perdu son emploi pour des motifs étrangers à l'invalidité, de sorte que le revenu qu'il percevait auprès de son dernier employeur n'est pas déterminant. En retenant que le recourant avait travaillé durant quatre ans comme aide-paysagiste et qu'il aurait plus que probablement continué à travailler dans ce secteur d'activité, l'intimée n'a pas violé le droit fédéral en déterminant le revenu sans invalidité sur la base du salaire minimum prévu par la Convention collective de travail des paysagistes et entrepreneurs de jardins du canton de Vaud plutôt que sur la base des données statistiques issues de l'Enquête suisse sur la structure des salaires. Comme la jurisprudence l'a souligné, un tel salaire est, pour une personne ne bénéficiant d'aucune formation reconnue dans la branche en question, plus précis que celui ressortant des données statistiques (TF 8C\_141/2016 et 8C\_142/2016 du 17 mai 2016 consid. 5.2.2.3). Le revenu de 56'366 fr. retenu par l'intimée ne prête par conséquent pas le flanc à la critique.

**c) aa)** Selon la jurisprudence, le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Si l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et encore que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalide. 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'invalide peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires publiée par l'Office fédéral de la statistique ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail établies par la CNA (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1).

**bb)** Le montant ressortant des statistiques peut faire l'objet d'un abattement pour prendre en considération certaines circonstances propres à la personne intéressée et susceptibles de limiter ses perspectives salariales (limitations liées au handicap, à l'âge, aux années de service, à la nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et au taux d'occupation) ; une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent ainsi influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 134 V 322 consid. 5.2 ; 126 V 75 consid. 5b/aa-cc; TF 9C\_652/2014 du 20 janvier 2015 consid. 3.1). Le pouvoir d'examen de l'autorité judiciaire de première instance n'est pas limité dans ce contexte à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative. En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans un cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Ainsi, la juridiction cantonale, lorsqu'elle examine l'usage qu'a fait l'administration de son pouvoir d'appréciation pour fixer l'étendue de l'abattement sur le revenu d'invalidé, doit porter son attention sur les différentes solutions qui s'offraient à l'organe de l'exécution de l'assurance-accident et voir si un abattement plus ou moins élevé, mais limité à 25 %, serait mieux approprié et s'imposerait pour un motif pertinent, sans toutefois substituer sa propre appréciation à celle de l'administration (cf. ATF 137 V 71 consid. 5.2).

**cc)** En l'occurrence, l'intimée s'est fondée pour fixer le revenu d'invalidé sur le revenu auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé, tel qu'il ressort de l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2018 (ESS), éditée par l'Office fédéral de la statistique (OFS), soit un montant mensuel de 5'417 francs. Cette valeur statistique s'applique en principe à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui

conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées, n'impliquant pas de formation particulière et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes. Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, ce revenu doit dès lors être adapté à la durée hebdomadaire usuelle dans les entreprises en 2018, soit 41,7 heures. Le revenu annuel brut s'élève par conséquent à 67'767 francs.

**dd)** En ce qui concerne la question de l'abattement sur le salaire statistique, il n'y a pas lieu de s'écarter du taux de 5 % retenu par l'intimée. Celui-ci tient compte de manière appropriée des effets que l'atteinte à la santé peut jouer concrètement sur ses perspectives salariales dans le cadre de l'exercice d'une activité simple, légère et ne nécessitant pas de formation particulière. Il n'y a pas lieu de tenir compte d'autres facteurs en l'espèce qui pourraient lui porter préjudice sur le plan salarial. Le recourant, âgé de 56 ans, est au bénéfice d'une autorisation d'établissement (permis C) et ses origines ne l'ont pas empêché de trouver plusieurs emplois depuis son arrivée en Suisse en 1997. Il s'ensuit que le montant du revenu d'invalidité doit être fixé à 64'378 francs.

**d)** La comparaison d'un revenu sans invalidité de 56'366 fr. avec un revenu d'invalidité de 64'378 fr. aboutit au constat de l'absence de perte de capacité de gain. En ce sens, la décision attaquée, en tant qu'elle constate l'absence de droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accident doit être confirmée.

**7. a)** Estimant que les troubles psychiatriques mentionnés par le Dr R. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 22 octobre 2020 sont en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'événement traumatique du 22 mars 2017, le recourant réclame la prise en charge des traitements médicaux relatifs à cette atteinte et sa prise en compte dans l'évaluation de son degré d'invalidité.

**b)** Cela étant, même si l'on admettait que les atteintes alléguées par le recourant étaient en relation de causalité naturelle avec l'accident assuré, il ne serait en tout état de cause pas possible d'admettre qu'elles sont en relation de causalité adéquate avec celui-ci.

**c)** En vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique, il faut d'abord classer les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants, ou de peu de gravité ; 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 (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa ; 403 consid. 5c/aa ; TF 8C\_775/2017 du 13 juin 2018 consid. 5.2). Le Tribunal fédéral a encore précisé que ce qui est déterminant à cet égard, ce sont les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent. La gravité des lésions subies – qui constitue l'un des critères objectifs définis par la jurisprudence pour juger du caractère adéquat du lien de causalité – ne doit être prise en considération à ce stade de l'examen que dans la mesure où elle donne une indication sur les forces en jeu lors de l'accident (TF 8C\_567/2017 du 12 mars 2018 consid. 5.1). Le caractère adéquat du lien de causalité ne peut être admis que si l'accident revêt une importance déterminante dans le déclenchement de l'affection psychique. Ainsi, lorsque l'événement accidentel est insignifiant – comme par exemple le cas d'une glissade (ATF 115 V 133 consid. 6a), l'existence du lien en question peut d'emblée être niée, tandis qu'il y a lieu de le considérer comme établi, lorsque l'assuré est victime d'un accident grave. En revanche, lorsque la gravité de l'événement est qualifiée de moyenne, la jurisprudence a dégagé un certain nombre de critères objectifs à prendre en considération pour l'examen du caractère adéquat du lien de causalité, dont les plus importants sont les suivants (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références citées) :

- 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.

**d)** Si le fait de se coincer la jambe a pu subjectivement revêtir chez l'intéressé un caractère relativement impressionnant, le déroulement de l'accident du 22 mars 2017 n'apparaît pas du point de vue objectif – seul déterminant en l'espèce – particulièrement dramatique. Ainsi, cet accident peut, tout au plus, être qualifié de gravité moyenne *stricto sensu*, au vu des forces générées. Dans une telle éventualité, pour que l'on puisse admettre le caractère adéquat de l'atteinte psychique, il faut un cumul de trois critères sur les sept ou au moins que l'un des critères retenus se soit manifesté de manière particulièrement marquante pour l'accident (TF 8C\_493/2017 du 10 juillet 2018 consid. 2.2 et les références citées). Les exigences quant à ces critères seront d'autant plus strictes qu'au sein des accidents de gravité moyenne, l'accident sera considéré comme léger (ATF 115 V 133 consid. 6c/bb). Or tel n'est pas le cas en l'espèce. En effet, l'événement litigieux ne présentait pas de circonstances concomitantes particulièrement dramatiques et n'a pas causé de lésions physiques propres à entraîner des troubles psychiques. De même, il n'y a pas eu d'erreur dans le traitement médical. Il n'existe pas à proprement parler d'indices pour admettre des difficultés ou complications importantes au cours de la guérison, hormis la persistance de la symptomatologie douloureuse due au retard de consolidation de la fracture. Si les suites de l'intervention chirurgicale des 22/23 mars 2017

ont certes pu être compliquées par un retard de consolidation, la radiographie de la hanche gauche pratiquée le 2 mars 2018 pendant le séjour à la Clinique M.\_\_\_\_\_ a objectivé la consolidation de la fracture, ce qui a motivé la mise en place d'un traitement conservateur. S'agissant des douleurs physiques persistantes, le Dr D.\_\_\_\_\_ a estimé que les éléments objectifs jouaient un rôle mineur dans les plaintes rapportées par l'assuré (douleurs fessières à l'effort prolongé) avec pour corollaire que l'état de santé était probablement influencé par des facteurs étrangers à l'accident. Les médecins de la Clinique M.\_\_\_\_\_ avaient du reste déjà souligné l'importance des facteurs contextuels dans les plaintes et les limitations fonctionnelles mentionnées par l'intéressé ; outre une cotation élevée de la douleur, une sous-estimation majeure de ses capacités fonctionnelles associée à une kinésiophobie et un catastrophisme élevé influençaient défavorablement le retour au travail. Or l'intensité des douleurs doit être examinée au regard de leur crédibilité, ainsi que de l'empêchement qu'elles entraînent dans la vie quotidienne (ATF 134 V 109 consid. 10.2.4 ; TF 8C\_459/2017 du 16 avril 2018 consid. 5.2). A cet égard, il convient de relever que les médecins de la Clinique M.\_\_\_\_\_ ont fait état d'incohérences entre les évaluations effectuées et les observations réalisées en-dehors d'un contexte thérapeutique. Quant au critère du degré et de la durée de l'incapacité de travail, il doit se rapporter aux seules lésions physiques et ne se mesure pas uniquement au regard de la profession antérieurement exercée par l'assuré. Ainsi, il n'est pas rempli lorsque l'assuré est apte, même après un certain laps de temps, à exercer à plein temps une activité adaptée aux séquelles accidentelles qu'il présente (TF 8C\_208/2016 du 9 mars 2017 consid. 4.1.2). En l'espèce, l'appréciation du Dr Z.\_\_\_\_\_ selon laquelle le recourant est objectivement en mesure d'exercer à 100 % une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles depuis l'examen final du 6 juin 2018 n'est pas véritablement contredite si ce n'est par la Dre C.\_\_\_\_\_, laquelle prend toutefois en considération des atteintes étrangères à l'accident du 22 mars 2017 (cf. considérant 5a/aa ci-dessus). L'avis du médecin d'arrondissement de la CNA a d'ailleurs été confirmé par le Dr D.\_\_\_\_\_ (rapport du 25 octobre 2019) avant l'évolution défavorable de l'état de santé psychique de l'assuré. Ce critère ne peut donc pas être retenu.

**e)** En fin de compte, aucune des conditions alternatives pour qu'un lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques et un accident de gravité moyenne soit admis n'est réalisée dans le cas présent. Partant, l'intimée n'a pas à prendre en charge les frais médicaux en lien avec le traitement des troubles psychiatriques dont souffre le recourant.

**8.** Le recourant conteste également le refus de l'intimée de lui allouer une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

**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.

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

**b)** L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 de l'OLAA (art. 36 al. 2 OLAA). Cette annexe comporte un barème des atteintes à l'intégrité en pour cent du montant maximum du gain assuré. Ce barème - reconnu conforme à la loi - ne constitue pas une énumération exhaustive (ATF 124 V 29 consid. 1b ; 113 V 218 consid. 2a). Il représente une « règle générale » (ch. 1 al. 1 de l'annexe). Pour les atteintes qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il y a lieu d'appliquer le barème par analogie, en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 de l'annexe). Le ch. 2 de l'annexe dispose au surplus qu'en cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence, aucune indemnité n'étant

toutefois versée dans les cas pour lesquels un taux inférieur à 5 % du montant maximum du gain assuré serait appliqué. A cette fin, la Division médicale de la CNA a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA. Sans lier le juge, ces tables sont néanmoins compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc ; TF 8C\_566/2017 du 8 mars 2018 consid. 5.1) et permettent de procéder à une appréciation plus nuancée, lorsque l'atteinte d'un organe n'est que partielle.

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

**d)** En l'occurrence, il sied de constater que l'intimée, en n'allouant pas d'indemnité pour atteinte à l'intégrité, n'a pas violé le droit fédéral. D'après la Table 2 d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA (atteintes à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres inférieurs), le raccourcissement d'un membre inférieur à 2 centimètres, sans autres altérations morphologiques ou fonctionnelles, ne donnent pas droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Dans son rapport d'expertise du 25 octobre 2019, le Dr D.\_\_\_\_\_ a constaté que le raccourcissement du fémur (gauche) était de l'ordre de 1,5 centimètres en raison d'un télescopage fracturaire. De même, l'examen orthopédique pratiqué à la Clinique M.\_\_\_\_\_ avait mis en évidence un

raccourcissement de 1 à 1,5 centimètres ayant conduit à la mise en place d'une talonnette de 1,5 centimètres (cf. rapport du 12 avril 2018). La décision de l'intimée doit par conséquent également être confirmée en tant qu'elle concerne le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

**9.** Il y a lieu finalement d'examiner la problématique de la restitution de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité versée au recourant le 6 juillet 2018.

**a)** Aux termes de l'art. 25 al. 1, 1<sup>ère</sup> phrase, LPGA, les prestations indûment touchées doivent être restituées.

**b)** L'obligation de restituer suppose que soient réunies les conditions d'une reconsidération (caractère sans nul doute erroné de la décision et importance notable de la rectification) ou d'une révision procédurale de la décision par laquelle les prestations en cause ont été allouées (ATF 130 V 318 consid. 5.2 et les références).

**aa)** Selon l'art. 53 al. 1 LPGA, les décisions formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant. Sont "nouveaux" au sens de cette disposition, les faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables, mais qui n'étaient pas connus du requérant malgré toute sa diligence. Les preuves, quant à elles, doivent servir à prouver soit les faits nouveaux importants, qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment du requérant. Ce qui est décisif, c'est que le moyen de preuve ne serve pas à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers (ATF 127 V 353 consid. 5b et les références; TF 9C\_371/2008 du 2 février 2009 consid. 2.3).

**bb)** Selon l'art. 53 al. 2 LPGA, l'assureur peut revenir sur les décisions formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur les faits et la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 125 V 383 consid. 3 et les références). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits. Un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (ATF 117 V 8 consid. 2c ; 115 V 308 consid. 4a/cc). Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste (« *zweifellos unrichtig* »), de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision initiale paraît admissible compte tenu de la situation antérieure de fait et de droit. S'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas remplies (TF 9C\_575/2007 du 18 octobre 2007 consid. 2.2; I 907/06 du 7 mai 2007 consid. 3.2.1).

**c)** En l'occurrence, le recourant a perçu, en vertu de la décision du 4 juillet 2018, confirmée sur opposition le 18 septembre 2018, et de la décision du 22 janvier 2020, une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 14'820 francs. Or, comme cela a été constaté précédemment (cf. considérant 8 ci-dessus), les séquelles de l'accident du 22 mars 2017 ne justifiaient pas l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité et c'est donc à bon droit que l'intimée a, dans sa décision sur opposition du 2

juillet 2020, reconsidéré sa position et exigé la restitution des prestations indûment perçues.

**d)** Pour le reste, il convient de relever que le recourant a, conformément à la jurisprudence (ATF 131 V 414 consid. 1), été rendu attentif, par courrier de l'intimée du 29 mai 2020, à la possibilité de procéder à un retrait partiel de son opposition à la décision du 22 janvier 2020 (cf. aussi art. 12 al. 2 OPGA), ce qui aurait eu pour effet de mettre fin à la procédure relative au droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité et de maintenir le droit à l'indemnité qui lui avait été précédemment reconnu. Par courrier du 30 juin 2020, le recourant a toutefois souhaité maintenir son opposition, si bien que la décision de restitution lui est désormais opposable.

**10.** En définitive, le recours se révèle mal fondé en tant qu'il est recevable et doit dès lors être rejeté dans cette même mesure. La décision attaquée, qui est conforme au droit fédéral, sera donc confirmée.

**11.** Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020 ; cf. art. 83 LPGA), ni d'allouer de dépens, dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA *a contrario*).

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

- I. Le recours est rejeté, dans la mesure où il est recevable.
- II. La décision sur opposition rendue le 2 juillet 2020 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.

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

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Association suisse des assurés (pour V. \_\_\_\_\_),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

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

Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :