

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 3 septembre 2020

Composition : M. NEU, président
MM. Bidiville et Oppikofer, assesseurs
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

C. _____, à [...], recourant, représenté par le Centre social protestant (CSP), à Lausanne,

et

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

Art. 7, 8 et 16 LPGA ; 18 al. 1 et 19 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. C._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], travaillait en qualité de maçon pour le compte de la société T._____ Sàrl, à [...] ; il était assuré à ce titre contre le risque d'accidents auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 20 mars 2014, l'assuré a été victime d'un accident de chantier qui s'est soldé par une fracture transversale ouverte avec écaillage diaphysaire de jambe, stade Gustillo II, à gauche et par une fracture intra-articulaire de la tête du talus non déplacée avec luxation sous-talienne à droite. Les fractures ont été ostéosynthésées à l'Hôpital de [...] le jour même. Après l'ablation du matériel d'ostéosynthèse (AMO), l'intéressé a séjourné, du 7 mai au 30 juillet 2014, auprès de la Clinique romande de réadaptation (CRR), à Sion. Devant la persistance de douleurs au genou gauche, ont été mises en évidence une rupture complète du ligament croisé antérieur (LCA), une fracture de la tête du péroné, une fracture postéro-interne du plateau tibial et une fissure étendue du corps et de la corne postérieure du ménisque externe ainsi qu'une probable anse de seau luxée de l'échancrure (rapport du 13 août 2014 des médecins du service de réadaptation de l'appareil locomoteur à la CRR).

Le 28 janvier 2015, l'assuré a bénéficié d'une arthroscopie du genou gauche avec résection de l'anse de seau du ménisque externe pratiquée par les médecins du service de chirurgie orthopédique à l'Hôpital de [...] ; l'ablation du matériel d'ostéosynthèse a eu lieu le 10 juillet 2015. Dans les suites de l'intervention de janvier 2015, l'intéressé a développé une dermo-hypodermite du membre inférieur droit (avec un abcès à la face antérieure de la jambe) s'accompagnant d'un état fébrile qui a nécessité son hospitalisation, du 1^{er} au 26 mars 2015, à [...]. Par la suite, un bilan angiologique a mis en évidence une insuffisance veineuse superficielle des deux membres inférieurs (rapports des 28 octobre et 12 novembre 2015 du Dr R._____, spécialiste en chirurgie vasculaire).

L'assuré a effectué un nouveau séjour à la CRR, du 19 avril au 18 mai 2016. Dans leur rapport de sortie du 27 mai 2016, les Drs U._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation ainsi qu'en médecine du sport, et H._____, médecin-assistant, ont posé les diagnostics suivants :

“DIAGNOSTIC PRINCIPAL

- Thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs et limitations fonctionnelles des membres inférieurs.

DIAGNOSTICS SUPPLEMENTAIRES

- 20.03.2014 : trauma par écrasement des 2 jambes avec :
 - fracture de la tête du talus et luxation sous-taliennne du pied droit
 - fracture ouverte comminutive tibio-fibulaire gauche Gustillo II
 - fracture tête fibulaire, fracture plateau tibial médial, fracture de Segond, rupture LCA, luxation ménisque médial et latéral genou gauche

Interventions :

- 20.03.2014 : ostéosynthèse par clou tibial à gauche
- 20.03.2014 : embrochage percutané de la sous-taliennne droite
- 07.05.2014 : ablation des broches sous-taliennes
- 28.01.2015 : arthroscopie genou gauche, avec résection d'une anse de seau du ménisque externe
- 10.07.2015 : ablation du clou du tibia gauche

CO-MORBIDITÉS

- Lésion pulmonaire du lobe inférieur droit avec plusieurs micronodules des deux champs pulmonaires
- Tabagisme actif à 20 UPA
- Insuffisance veineuse superficielle des membres inférieurs, sur incontinence tronculaire des veines saphènes accessoires antérieures de cuisse
- Obésité avec IMC [indice de masse corporelle] de 42.56 kg/m²

ANTECEDENTS

- Juin 2014 : bronchite à Streptococcus pneumoniae
- Mars 2015 : dermo-hypodermite et abcès du membre inférieur droit

ALLERGIES

- Aucune connue”

A l'issue du séjour, les Drs U._____ et H._____ ont estimé que la situation était stabilisée du point de vue médical, sous réserve de la poursuite d'un traitement de physiothérapie de confort. Les limitations fonctionnelles définitives étaient les suivantes : port de charges lourdes, position debout prolongée et positions contraignantes pour les genoux ou les chevilles (accroupie ou à genoux). Ces médecins ont précisé que des facteurs contextuels influençaient négativement les aptitudes fonctionnelles, l'assuré présentant une « attente passive de solutions médico-chirurgicales » et peinant à se projeter dans une réinsertion plus active. Ils ont relevé également un score PACT (Performance Assessment and Capacity Testing) extrêmement bas (niveau d'effort inférieur à sédentaire ou essentiellement assis), l'intéressé sous-estimant considérablement ses aptitudes fonctionnelles.

Dans le rapport qu'il a établi le 30 août 2016 au terme de son examen final, le Dr P._____, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA, a posé l'appréciation suivante :

“Actuellement, le patient, qui est venu avec sa femme, dit qu'il ne voit pas d'évolution. Il souffre tout autant du genou G [gauche] que de la cheville D [droite]. Malgré d'occasionnels lâchages du genou G, il ne met plus son orthèse qu'on lui a conseillé d'enlever lors de son dernier séjour à Sion. En revanche, il reste dépendant d'une canne anglaise pour ses déplacements à l'extérieur. Ainsi équipé, il peut quand même marcher une quarantaine de minutes. Son poids est stable mais il n'est pas parvenu à perdre les 10 kg qu'il a pris à la suite de l'accident. Il conduit normalement sa voiture.

A l'examen clinique, on retrouve un patient obèse, qui semble respirer plus librement qu'auparavant et qui marche un peu mieux.

Objectivement, on retrouve un morphotype en valgus marqué et un MIG [membre inférieur gauche] diffusément augmenté de volume. En décubitus dorsal, le patient adopte une attitude en flexion antalgique du genou G mais il n'y a pas de véritable flossum. Le genou G est volumineux, difficile à examiner, notamment en ce qui concerne la recherche d'une laxité dans le plan sagittal. Il n'y a plus d'épanchement notable, pas d'hyperthermie, pas d'autre signe réactif local. La mobilisation s'effectue moins librement qu'auparavant chez un patient un peu dolent et la flexion peine à dépasser 100° alors qu'elle atteint 120° à D. L'interligne articulaire externe est sensible à la palpation mais il n'y a pas de signes méniscaux vrais. La mobilisation de la rotule est douloureuse. Le quadriceps a un bon tonus et une bonne force. Les axes de la jambe G sont corrects. Il n'y a pas de défaut de rotation évident. La cheville D est calme, un peu sensible à la mobilisation, surtout au niveau de

la sous-talienne qui est assez enraidie tandis que la tibio-talienne a récupéré une bonne mobilité.

Les RX [radiographies] des genoux en charge du 21.04.2016 montrent une gonarthrose qui est en fait bilatérale avec un effilement du massif des épines et un petit pincement fémoro-tibial interne, celles des chevilles et des pieds à la même date ne montrent pas non plus de grosse évolution arthrosique, même si une atteinte de la sous-talienne et de la médio-tarsienne D, au niveau talo-naviculaire notamment, ne fait guère de doute.

Je ne pense pas qu'il y ait d'indication opératoire chez ce patient au demeurant non demandeur d'une réintervention et qui semble attendre passivement les décisions des assurances sociales avant de rentrer probablement au pays.

Les limitations fonctionnelles ont été précisées lors du dernier séjour à la CRR.

Dans une activité respectant ses limitations, il n'y a pas de raison pour que le patient ne puisse pas travailler en plein.

Si on se réfère à la table 2 du barème de l'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA, détail N° 2870/2.f-2000, un taux de 10% peut être retenu en présence d'une perte fonctionnelle de 20% du MIG (20% de 50% = 10%) et de 10% pour la cheville D par analogie avec une arthrose de gravité moyenne de la sous-talienne selon la table 5 du même barème.

L'atteinte à l'intégrité est donc de 20%.

Une augmentation de 5% est justifiée en raison de la bilatéralité des lésions et d'une certaine aggravation prévisible.

L'atteinte à l'intégrité totale se monte ainsi à 25%.

Elle est pondérée au sens de l'art. 36 alinéa 3 OLAA [ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]."

Par décision du 4 janvier 2017 la CNA a mis fin au paiement des frais de traitement médical et au versement de l'indemnité journalière avec effet au 28 février 2017. L'assuré était en outre informé de l'examen en cours de son droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents et de la prochaine communication du montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) en sa faveur. Le 10 février 2017, l'assureur-accidents a accepté la poursuite, dès le 1^{er} mars 2017, de la prise en charge d'une paire de chaussures orthopédiques par année, du Tramal® ainsi que du Dafalgan®.

Après avoir procédé aux mesures d'instruction utiles (pièces 214 et 215), la CNA a, par décision du 13 février 2017, nié le droit à l'assuré à une rente d'invalidité. Selon ses investigations, l'exercice d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (pas de port de charges lourdes, ni de travail debout durant un laps de temps prolongé) était exigible durant la journée et permettait à l'intéressé de réaliser un salaire annuel de 60'733 francs. Après comparaison avec le gain de 66'612 fr. réalisable sans l'accident, il en résultait une perte de gain de 8,82 % insuffisante pour ouvrir droit à la rente. Le même jour, la CNA a versé à l'assuré un montant de 31'500 fr. au titre de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (somme correspondant à une atteinte à l'intégrité de 25 % calculée sur un gain assuré de 126'000 francs).

A l'appui de son opposition du 8 mars 2017 à l'encontre de cette décision, demandant l'octroi d'une rente d'invalidité de 54,4 % et subsidiairement la mise en œuvre d'une « nouvelle expertise pour l'évaluation de [sa] capacité de travail dans une activité adaptée », l'assuré a produit un rapport du 2 mars 2017 du Dr F. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Indiquant une « nette limitation du périmètre de marche d'environ 500 m qui est possible uniquement avec l'aide d'une canne anglaise » ainsi que la nécessité de fréquentes alternances entre les stations assise et debout, ce médecin a estimé qu'un rendement au-delà de 50% ne pouvait pas être atteint en l'état actuel. Selon ce praticien, plus aucune activité professionnelle n'était exigible de la part de son patient et ceci sans issue thérapeutique susceptible d'améliorer la situation, sous la réserve d'une arthrodèse sous-talienne et talo-naviculaire à droite en cas d'évolution défavorable.

Du 14 au 20 mars 2017, l'assuré a à nouveau séjourné à l'Hôpital de [...]. Dans un rapport de sortie du 20 mars 2017, posant le diagnostic principal de récurrence de dermo-hypodermite du membre inférieur droit et ceux de suspicion d'obésité, hypertension artérielle traitée et suspicion d'une polyneuropathie périphérique des membres

inférieurs, les médecins de [...] ont fait part d'une évolution favorable de l'infection traitée.

Dans le cadre de son instruction de la contestation soulevée le 8 mars 2017, la CNA a recueilli un avis médical du 20 mars 2017 aux termes duquel le Dr P. _____ a fait savoir que les éléments évoqués par son confrère le Dr F. _____ traduisaient le handicap subjectif de l'assuré, lequel sous-estimait ses aptitudes fonctionnelles (score PACT extrêmement bas lors du dernier séjour à la CRR). Le médecin d'arrondissement a confirmé son évaluation selon laquelle l'assuré était apte à travailler en plein, avec un rendement normal, dans une activité exercée en position assise ou rarement debout.

Par décision sur opposition du 30 mars 2017, la CNA a confirmé le refus d'octroi d'une rente d'invalidité compte tenu du renvoi de l'assuré à une pleine capacité de travail dans une activité réputée adaptée à ses limitations fonctionnelles.

B. Par acte du 21 avril 2017, C. _____, représenté par le Centre social protestant (CSP), a déféré cette décision sur opposition devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à l'octroi d'une rente d'invalidité LAA de 54,4 %, subsidiairement à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire afin d'évaluer sa capacité de travail dans une activité adaptée. En substance, contestant présenter une totale capacité de travail dans une activité adaptée, il invoquait le rapport du 2 mars 2017 du Dr F. _____, qui devait l'emporter sur l'avis divergeant du médecin d'arrondissement de la CNA. Il a en outre contesté la stabilisation de son état de santé en invoquant son séjour en mars 2017 à l'Hôpital de [...].

Dans sa réponse du 19 juin 2017, la CNA a conclu au rejet du recours.

Le 10 août 2017, le recourant a indiqué maintenir sa requête d'expertise judiciaire.

C. Le juge en charge de l'instruction a confié un mandat d'expertise pluridisciplinaire (de médecine interne générale, orthopédique, angiologique et dermatologique) à la V. _____ (V. _____) du M. _____, à [...]. Déposé le 26 juin 2018 par les Drs A. _____, spécialiste en médecine interne générale, B. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, Q. _____, spécialiste en angiologie, et E. _____, spécialiste en dermatologie et vénérologie, le rapport d'expertise se fonde sur des examens cliniques pratiqués en avril/mai 2018, ainsi que sur le dossier mis à la disposition des experts. Il résume les pièces médicales et administratives versées au dossier, comprend l'anamnèse familiale, personnelle et professionnelle de l'assuré, relate ses plaintes avec le résultat des thérapies suivies, décrit sa vie quotidienne et sociale, rend compte du status clinique et procède d'une évaluation consensuelle du cas. Ces experts ont retenu, sur la base de leur analyse, les diagnostics suivants :

"4.2 Diagnostics pertinents ayant ou non une incidence sur la capacité de travail

- Douleur de la cheville droite après : M 25.5
 - fracture de l'astragale avec possible luxation talo-naviculaire ou sous-talienne ostéosynthésée par broches le 20.03.2014 avec AMO le 07.05.2014 T93.2
 - troubles dégénératifs modérés de l'articulation sus-talienne et plus important de la sous-talienne
- Instabilité du genou gauche après : M 23.5
 - fracture ouverte Gustillo II enclouée le 20.03.2014, fracture du plateau tibial interne peu déplacée, anse de seau du ménisque externe reséquée par arthroscopie le 28.01.2015 et rupture du LCA traitée fonctionnellement
 - gonarthrose externe débutante M 17.3
- Obésité morbide (IMC à 44 kg/m²) E 66.0
- Insuffisance veineuse chronique : I 87.2
 - status post ablation par procédure thermique endo-veineuse (radiofréquence) courte des veines grandes saphènes des deux côtés et de la saphène accessoire antérieure de la cuisse gauche pour un stade C4aEpAsPr le 20.09.2017.
 - actuellement : récurrence variqueuse sur une perforante au niveau de la face antérieure de cuisse gauche jusqu'à mi-jambe.

- status post dermo-hypodermite infectieuse sur lymphostase chronique d'origine mixte, mécanique sur obésité, post-traumatique et veineuse multifactorielle.”

En conclusion, les experts de la V._____ ont estimé qu'à compter de la stabilisation de l'état de santé depuis le mois d'août 2016, l'expertisé bénéficiait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée assise ou semi-assise, avec des déplacements occasionnels, et sans port de charges excédant cinq à dix kilos.

Le 21 août 2018, le recourant à informé le tribunal qu'il se ralliait aux conclusions du rapport d'expertise précité. Sans formation professionnelle, il a toutefois émis des doutes quant à la possibilité d'exercer l'une des activités adaptées telles que retenues par la CNA pour ses calculs ; à ses yeux, la persistance de douleurs aux jambes compromettrait la reprise de toute activité professionnelle.

Dans ses déterminations du 11 septembre 2018, l'intimée a déclaré partager les conclusions des experts de la V._____.

Le 26 mars 2020, le recourant a produit des déterminations spontanées. Il a fait part d'une exacerbation de ses douleurs aux membres inférieurs depuis une opération de bypass en mai 2019 avec une perte de poids de plus de cinquante kilos. Confirmant l'impossibilité de reprise d'une activité lucrative, il a produit des certificats établis les 13 février et 4 mars 2020 par le Dr F._____, ainsi que le 17 mars 2020 par la Dre S._____, spécialiste en médecine interne générale.

Par lettre du 8 juin 2020, le recourant a informé le tribunal que l'évolution de son état de santé contre-indiquait la reprise d'activité professionnelle à la date de la décision querellée, justifiant le versement des indemnités journalières dès le 1^{er} avril 2017, voire l'octroi d'une rente d'invalidité. Il a produit en ce sens, une correspondance de la CNA du 14 mai 2020 relatif à la prise en charge d'une nouvelle opération du pied droit pour les suites de l'accident ainsi qu'un questionnaire du 2 juin 2020 de cet assureur pour des troubles auditifs.

Le 29 juillet 2020, l'intimée a produit d'ultimes déterminations aux termes desquelles elle a confirmé ses précédentes conclusions. Elle a observé que la stabilisation de l'état de santé au plus tard en août 2016 devait être confirmée, étant précisé que si à la suite de la rechute annoncée en 2020 l'exigibilité s'en trouvait modifiée, il convenait de procéder à une nouvelle appréciation de l'incapacité de gain. Produisant un courrier du 18 juin 2020, la CNA a relevé que les troubles auditifs du recourant provenaient d'une exposition professionnelle au bruit et qu'ils avaient été reconnus en tant que maladie professionnelle.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (art. 1 de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents [LAA ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 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) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile compte tenu des fêtes pascales 2017 (art. 38 al. 4 let. a LPGA) auprès du tribunal compétent et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. a) La question du terme porté à la prise en charge des frais de traitement et du versement de l'indemnité journalière ainsi que celle de la quotité de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) n'ayant pas fait l'objet du recours, le litige est ainsi circonscrit au refus d'octroi d'une rente de l'assurance-accidents et au degré d'invalidité propre à fonder cette prestation, ce refus résultant du renvoi du recourant à une pleine capacité

de travail dans une activité réputée adaptée à ses limitations fonctionnelles.

b) On précisera que les modifications introduites par la nouvelle du 25 septembre 2015, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017, ne sont pas applicables au cas d'espèce (ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification [RO 2016 4388] ; aussi ATF 136 V 24 consid. 4.3 et les références citées).

3. a) Selon l'art. 18 al. 1 LAA, l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident.

b) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 LPGGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain ; de plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGGA).

c) A teneur de l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente.

4. a) L'obligation éventuelle de l'assureur d'allouer ses prestations suppose un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans la survenance de l'événement accidentel, le

dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé. En effet, il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur les renseignements médicaux, et qui doit être tranchée à l'aune du principe du degré de vraisemblance prépondérante, appliqué généralement à l'appréciation des preuves en matière d'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 129 V 402 consid. 4.3 ; TF 8C_858/2008 du 14 août 2009 consid. 3).

b) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. La causalité doit être considérée comme adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait en cause 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, 402 consid. 2.2 ; 125 V 456 consid. 5a et les références). En tant que principe répondant à la nécessité de fixer une limite raisonnable à la responsabilité de l'assureur-accidents social, la causalité adéquate n'a pratiquement aucune incidence en présence d'une atteinte à la santé physique en relation de causalité naturelle avec l'accident, du moment que dans ce cas l'assureur répond aussi des atteintes qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références).

5. a) Pour pouvoir examiner le droit aux prestations, l'administration (ou le juge s'il y a eu un recours) a besoin de documents que les médecins, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées). Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

b) C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de 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 de l'expert 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 et les références citées ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

6. a) En l'occurrence, il n'est pas contesté que le recourant présente, à la suite de l'accident professionnel dont il a été victime le 20 mars 2014, des séquelles définitives au genou gauche et à la cheville droite, lesquelles ne lui permettent plus d'exercer sa profession de maçon.

Est litigieuse la question de savoir si celui-ci dispose d'une pleine capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, comme l'a retenu l'intimée dans sa décision.

b) Cette capacité de travail ayant été disputée dans le cadre d'évaluations médicales divergentes, une expertise judiciaire a été mise en œuvre auprès de la V._____. Dans leur rapport établi le 26 juin 2018, les Drs A._____, spécialiste en médecine interne générale, B._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, Q._____, spécialiste en angiologie, et E._____, spécialiste en dermatologie et vénéréologie, ont posé les diagnostics de douleur de la cheville droite (M 25.5), instabilité du genou gauche (M 23.5), obésité morbide (E 66.0) et insuffisance veineuse chronique (I 87.2). Aux termes de leur analyse consensuelle du cas, ces experts ont conclu que « dans une activité adaptée, la capacité est estimée entière depuis la date de stabilisation de l'état de santé retenue par la SUVA d'août 2016 », l'activité retenue devant se comprendre comme s'exerçant en position assise ou semi-assise, avec des déplacements occasionnels, et sans port de charges excédant cinq à dix kilos. Cet avis expertal est corroboré par d'autres éléments au dossier. Devant l'absence de mesures thérapeutiques susceptibles d'améliorer de manière notable l'état de santé de l'assuré, dans ses rapports successifs, le Dr P._____ n'a pu que confirmer les constatations et conclusions exprimées par ses confrères de la CRR dans leur rapport de sortie du 27 mai 2016. Ainsi, au terme du second séjour de l'assuré du 19 avril au 18 mai 2016, les Drs U._____ et H._____ ont tenu la situation pour stabilisée au plan médical, listant les limitations fonctionnelles définitives suivantes : port de charges lourdes, position debout prolongée, positions contraignantes pour les genoux ou les chevilles (accroupie ou à genoux). Concernant les douleurs persistantes, ces spécialistes ont précisé qu'elles étaient soulagées par les médicaments notamment. Ils ont par ailleurs noté un score PACT extrêmement bas (niveau d'effort inférieur à sédentaire ou essentiellement assis), avec la précision que l'assuré sous-estimait considérablement ses aptitudes fonctionnelles, même si les plaintes et les restrictions mises en évidence s'expliquaient majoritairement par les

lésions constatées lors du séjour. De son côté, le recourant ne pouvait convaincre lorsqu'il faisait valoir la récurrence de dermo-hypodermite de la jambe droite pour contester la stabilisation retenue. Cette affection a en effet été traitée lors de son séjour du 14 au 20 mars 2017 à l'Hôpital de [...] (rapport de sortie du 20 mars 2017), et elle n'interférait pas sur la stabilisation de la situation depuis 2016.

c) On ne voit en l'occurrence aucune raison de s'écarter des conclusions circonstanciées des experts judiciaires, leur rapport d'expertise du 26 juin 2018 remplissant les réquisits jurisprudentiels pour se voir accorder pleine valeur probante (cf. consid. 5b supra). Ce rapport est en effet le fruit d'une analyse approfondie du cas, en ce qu'il fait état des plaintes exprimées par le recourant, comporte une anamnèse détaillée et décrit le contexte déterminant. Reposant sur des investigations cliniques complètes, ce rapport contient une appréciation claire de la situation par des spécialistes confirmés dans leur domaine et aboutit à des conclusions médicales minutieusement motivées et exemptes de toute contradiction. Celles-ci peuvent donc être suivies. Les parties en conviennent toutes deux à juste titre.

d) Même si cela n'est plus disputé, on relèvera que dans son rapport du 2 mars 2017, le Dr F._____ a retenu une baisse de rendement de l'ordre de 50 % dans l'exercice d'une activité adaptée. Son évaluation repose toutefois essentiellement sur les déclarations subjectives de son patient quant aux douleurs ressenties, respectivement à son périmètre résiduel de marche (soit d'environ cinq cents mètres moyennant l'usage d'une canne anglaise). S'il a conclu à une capacité de travail de 50 % maximum, voire à l'absence de toute capacité de travail résiduelle, il convient d'admettre que ce praticien a procédé à une appréciation globale de la situation, détachée des seules atteintes objectives de nature somatique. Au vu du très bas score obtenu au PACT lors du dernier passage à la CRR, il n'est pas exclu que les plaintes du recourant aient pu influencer sur l'évaluation du Dr F._____. Dans ces conditions, l'appréciation de ce médecin ne sera pas suivie.

Pour le reste, les certificats des 13 février et 4 mars 2020 du Dr F. _____ comme celui du 17 mars 2020 de la Dre S. _____ décrivent les suites d'une opération de bypass en mai 2019 avec une perte de poids conséquente. Il convient de rappeler sur cette question que le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été prise, les faits survenus postérieurement et qui ont modifié la situation devant faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (cf. ATF 131 V 242 consid. 2.1 ; TF 9C_1078/2009 du 12 juillet 2010 consid. 2.1). S'agissant de la prise en charge par la CNA des frais de la nouvelle opération du pied droit au titre des suites de l'accident, cela ne signifie pas que le cas n'était pas stabilisé au plus tard en août 2016. Quant aux troubles auditifs mentionnés, ils proviennent d'une exposition professionnelle au bruit et ont été reconnus par l'intimée comme maladie professionnelle.

e) En conclusion, il y a lieu de retenir que lorsque la décision litigieuse a été rendue, le recourant disposait, à l'aune des seules séquelles somatiques de l'accident de mars 2014, d'une capacité de travail entièrement conservée, à tout le moins depuis le mois d'août 2016, ceci dans une activité réputée adaptée.

7. A ce stade, il convient encore d'examiner le degré d'invalidité du recourant, singulièrement la question de son revenu d'invalidité.

a) Chez les assurés actifs – soit les assurés qui, sans atteinte à la santé, exerceraient une activité lucrative à plein temps –, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, 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. 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).

b) Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'assuré. Il correspond au revenu effectivement réalisé par l'intéressé pour autant que les rapports de travail apparaissent particulièrement stables, qu'en exerçant l'activité en question celui-ci mette pleinement en valeur sa capacité résiduelle de travail raisonnablement exigible et encore que le gain ainsi obtenu corresponde à son rendement effectif, sans comporter d'éléments de salaire social. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail (DPT) établies par la CNA (ATF 139 V 592 consid. 2.3 ; 135 V 297 consid. 5.2 ; TF 9C_140/2017 du 18 août 2017 consid. 5.4.1).

c) En l'espèce, il n'y a pas lieu de s'écarter des descriptions de postes de travail (à savoir, les DPT n^{os} 10489 [angleur], 4605 [adoucissage circulaire], 11576 [soudure Laser], 8452 [assemblage micromètres digitaux] et 2260 [montage/câblage tt] ; cf. pièces 214 et 215) sélectionnées par l'intimée, respectivement du montant de 60'733 fr. pris en compte au titre de revenu d'invalidé. Au regard des limitations objectives retenues (pour rappel, pas de port de charges excédant cinq à dix kilos, ni travail debout durant un laps de temps prolongé), il apparaît que ces cinq DPT sont compatibles avec l'état de santé du recourant. En effet, elles s'exercent principalement de façon sédentaire et n'exigent aucun port de charges supérieures à cinq – dix kilos.

d) Cela étant, il n'y a pas lieu de s'écarter de la comparaison des revenus opérée par l'intimée, si bien que le taux d'invalidité de 8,82 % doit être confirmé.

8. a) Sur le vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision sur opposition rendue le 30 mars 2017 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 :

- Centre social protestant (pour C._____),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP),

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :