

S2 14 79 - S2 14 91

**JUGEMENT DU 9 SEPTEMBRE 2015**

**Tribunal cantonal du Valais  
Cour des assurances sociales**

Composition : Eve-Marie Dayer-Schmid, présidente ; Thomas Brunner et Christophe Joris, juges ; Véronique Largey, greffière

**en la cause**

X\_\_\_\_\_, recourant, représenté par Maître M\_\_\_\_\_

**contre**

**Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA), intimée**

(art. 16 LPGA et 24 LAA ; rente d'invalidité et indemnité pour atteinte à l'intégrité)

## Faits

A. X\_\_\_\_\_, né le xxx 1962, de nationalité A\_\_\_\_\_, arrivé en Suisse en mai 2008, titulaire du permis de séjour B, était employé à plein temps depuis le 8 mai 2008 auprès de l'entreprise B\_\_\_\_\_ SA et, à ce titre, était assuré conformément à la loi fédérale sur l'assurance-accidents (ci-après : LAA) auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA). Son salaire horaire était de 26 fr. 70, auquel s'ajoutait une part du treizième salaire équivalant à 8.33%, et l'horaire de travail normal dans l'entreprise correspondait à quarante-deux heures et demie par semaine. Selon les réponses données le 18 janvier 2013 par l'employeur au questionnaire de l'assurance-invalidité, X\_\_\_\_\_ était payé 26 fr. 70 de l'heure en 2012, treizième salaire de 8.33% en sus, et l'horaire hebdomadaire normal était de quarante-cinq heures. Le 13 février 2012, dans le cadre de son activité professionnelle, X\_\_\_\_\_ a chuté d'une échelle et subi une fracture de la cheville gauche.

Lors de l'hospitalisation du 13 au 25 février 2012, une fracture-luxation bi-malléolaire de la cheville gauche type Weber C avec atteinte de la syndesmose a été diagnostiquée et une intervention sous forme de réduction ouverte et ostéosynthèse de la malléole interne par plaque a été pratiquée le 20 février 2012. Une incapacité totale de travail a été fixée du 13 février au 15 avril 2012 et prolongée par la suite.

Le 16 avril 2012, il a été procédé à l'ablation des deux vis de syndesmose. Dans un compte-rendu médical du 30 avril suivant, l'évolution a été jugée favorable et le pronostic qualifié de bon. Une reprise du travail a été envisagée pour le début mai et la durée du traitement estimée entre deux et quatre semaines.

Un entretien s'est tenu le 2 mai 2012 auprès de la CNA. L'assuré a précisé qu'il ressentait une instabilité à la cheville ainsi qu'une sensation de piqûre sur le côté extérieur de celle-ci. Il a ajouté que son médecin, le Dr C\_\_\_\_\_, était d'avis que l'évolution était normale.

Dans son rapport du 14 juin 2012, le Dr C\_\_\_\_\_ du Département de chirurgie de l'Hôpital D\_\_\_\_\_ a mentionné qu'au vu de la persistance des douleurs, un scanner avait été pratiqué, que cet examen avait montré des fractures bien réduites, un matériel en place ainsi qu'une syndesmose bien congruente, que le patient parvenait à marcher en charge complète mais toujours avec l'aide de deux cannes,

que le pronostic était bon et que le traitement allait probablement durer jusqu'à la fin août.

Lors d'un nouvel entretien du 8 août 2012 dans les locaux de la CNA, X\_\_\_\_\_ a signalé une gêne relativement importante à sa cheville gauche, en particulier à l'emplacement du matériel d'ostéosynthèse et relevé que de ce fait, le Dr C\_\_\_\_\_ avait décidé de procéder à l'ablation de ce matériel le 3 septembre suivant. L'assuré a expliqué également qu'il supportait relativement bien la douleur, qu'il ne prenait plus d'anti-inflammatoires et qu'il poursuivait la physiothérapie en piscine ainsi que la marche.

L'ablation du matériel d'ostéosynthèse (ci-après : AMO) bi-malléolaire de la cheville gauche a été effectuée le 3 septembre 2012.

Les clichés du scanner de la cheville gauche effectués le 11 octobre 2012 ont été décrits comme suit : « On retrouve les séquelles après AMO bi-malléolaire, avec remaniement hétérogène séquellaire mais sans trait de fracture visible ce jour. Les surfaces articulaires sont lisses. Axes et interlignes articulaires conservés. Densité osseuse conservée ».

Le 10 janvier 2013, le Dr C\_\_\_\_\_ a rapporté que les douleurs toujours présentes malgré l'AMO étaient dues au valgus en regard de l'arrière-pied gauche, qui s'était décompensé avec l'accident et qui avait probablement créé un conflit entre l'astragale et la pointe du péroné de la malléole externe, que les résultats du scanner ne mettait rien de particulier en évidence, que la syndesmose demeurait correcte et que des chaussures orthopédiques de série avaient été prescrites.

Selon le rapport médical du 14 mai suivant, le port de ces chaussures depuis le début janvier avait nettement diminué la symptomatologie douloureuse, même si une gêne était toujours présente.

X\_\_\_\_\_ a été examiné le 10 juin 2013 par le Dr E\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la CNA. Dans son rapport du 17 juin suivant, le Dr E\_\_\_\_\_ a constaté objectivement une marche avec boiterie d'épargne du membre inférieur gauche. Il a précisé qu'à l'imagerie, la fracture était consolidée en bonne position, que le matériel avait été retiré, que les rapports articulaires étaient conservés et que quelques signes dégénératifs débutants étaient retrouvés. Le médecin d'arrondissement a relevé que la situation pouvait à présent être considérée comme suffisamment stabilisée pour établir un premier bilan des séquelles

lésionnelles, que les troubles actuels requéraient le port de chaussures montantes orthopédiques du commerce, que l'assuré n'avait plus de médication, qu'un traitement de physiothérapie n'était pas propre à améliorer l'état de santé de manière notable, qu'il n'y avait plus de contrôle prévu et que le traitement médical était terminé. Il a conclu que sur le plan asséculoologique, un retour durable vers une pleine capacité dans l'activité habituelle n'était pas envisageable mais que l'assuré pouvait exercer en plein une activité permettant l'alternance des positions assise et debout, limitant les déplacements même en terrain plat ainsi que le port de charges à vingt kilos au maximum et prohibant l'utilisation d'escabeaux, d'échelles et d'échafaudages ainsi que d'escaliers de façon répétée. Le Dr E\_\_\_\_\_ a ajouté qu'un nouvel examen pour un bilan final et une évaluation du taux d'indemnité pour atteinte à l'intégrité pourrait avoir lieu dans huit à douze mois.

En date du 21 novembre 2013, la CNA a informé l'assuré qu'il allait être mis un terme au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 31 décembre 2013 au soir.

Dans le rapport final du 3 décembre 2013 portant sur les mesures d'intervention précoce, l'Office cantonal AI du Valais (ci-après : l'Office AI) a précisé que X\_\_\_\_\_ s'était intéressé au métier de chauffeur-livreur léger, notamment aux livraisons d'analyses médicales mais que d'autres activités dans le domaine du contrôle (opérateur de contrôle de chaînes de production, employé au contrôle de chaîne d'embouteillage ou de montage, etc...), du conditionnement (de médicaments, de produits de beauté, etc...) ou de l'industrie légère (affutage, montage de petites pièces, etc...) pouvaient également être considérées comme adaptées.

**B.** Par décision du 9 décembre 2013, la CNA a alloué à l'assuré une rente d'invalidité de 18% dès le 1<sup>er</sup> janvier 2014, calculée sur un gain annuel assuré de 68 108 fr., soit un montant mensuel de 817 fr. 30. Ce taux résultait de la comparaison entre un revenu d'invalidité de 4350 fr. par mois et un revenu sans invalidité de 5300 fr. par mois, treizième salaire inclus.

Le 9 janvier suivant, X\_\_\_\_\_ s'est opposé à cette décision. Il a souligné qu'en raison de ses douleurs, il n'était pas apte à exercer des activités même légères et qu'il transmettrait un certificat de son médecin chez qui il avait rendez-vous le 28 janvier 2014.

Lors d'un entretien du 15 janvier 2014 auprès de l'Office AI dans le cadre de l'aide au placement, l'assuré a validé les contre-indications et limitations retenues par le

médecin de la CNA. Il a émis le souhait de travailler dans le domaine de la livraison. Il lui a été proposé de commencer ses recherches d'emploi dans le secteur de la livraison de chantier ou en qualité de magasinier dans une entreprise de construction.

En date du 27 janvier 2014, l'Office AI a refusé un reclassement professionnel selon l'article 17 LAI, au motif que le taux d'incapacité de gain de 16% était inférieur au seuil minimal de 20% ouvrant le droit à une telle prestation.

Par décision du 21 février suivant, dit office a octroyé à X\_\_\_\_\_ une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> juin au 30 septembre 2013. L'Office AI a précisé que la demande de prestations du 4 décembre 2012 était tardive et que le droit à cette rente fondée sur un taux d'invalidité de 100% dès le 1<sup>er</sup> février 2013 ne prenait naissance qu'à compter du 1<sup>er</sup> juin suivant, soit au plus tôt six mois après de dépôt de cette demande. Il a ensuite considéré que selon les résultats de l'examen pratiqué le 10 juin 2013 par le médecin d'arrondissement de la CNA, la capacité de travail dans une activité légère et adaptée était totale dès cette date et que l'exercice à plein temps d'une telle activité permettait de retenir, à titre de revenu d'invalidé, un salaire statistique - diminué de 15% - de 53 693 fr. 90. L'Office AI a enfin comparé ce revenu à celui, sans invalidité, de 63 761 fr. 35 et arrêté le taux d'invalidité à 16%.

Un nouvel examen auprès du médecin d'arrondissement de la CNA a eu lieu le 5 août 2014. Dans son rapport du surlendemain, le Dr E\_\_\_\_\_ a mentionné que le patient avait fait état de douleurs météo-dépendantes, de douleurs de mise en route après la station assise prolongée, de douleurs nocturnes insomniantes qui le réveillaient deux à trois fois par semaine et de douleurs mécaniques à la marche limitant son périmètre à une heure et demie au maximum, à la descente des pentes et des escaliers ainsi qu'en terrain accidenté, sans lâchage ni blocage de la cheville mais avec des craquements à la mobilisation et une tuméfaction vespérale et à l'effort. Le médecin d'arrondissement a précisé en outre que le suivi spécialisé s'était terminé en janvier 2014, qu'aucun contrôle n'était prévu chez le chirurgien, qu'il n'y avait plus de traitement de physiothérapie, que l'assuré ne portait ses chaussures orthopédiques du commerce que lors d'activités en terrain inégal et durant l'hiver et que la médication consistait en la prise de deux comprimés par semaine environ de Dafalgan® ainsi qu'en l'application d'une pommade sur la face externe de la cheville. Les conclusions des radiographies de la cheville gauche des 14 mars 2013 (« Rapports articulaires conservés. Effilement de la pointe de la malléole interne avec petit ostéophyte externe malléolaire interne. Les fractures sont consolidées en bonne position. Le matériel d'ostéosynthèse a été retiré. Discrets troubles dégénératifs du Chopart inchangés par

rapport aux clichés initiaux ») et 28 janvier 2014 (« Pas de modification par rapport aux clichés précédents ») ont été retranscrites. Le Dr E\_\_\_\_\_ a relevé enfin que l'évolution était inchangée depuis l'examen du 10 juin 2013, que les suites de l'accident nécessitaient un suivi médical espacé à long terme (une à deux consultations par année), des mesures ponctuelles d'antalgie ainsi que le port de chaussures orthopédiques du commerce à contrôler et éventuellement renouveler chaque année et que l'exigibilité pleine et entière dans une activité adaptée déjà décrite à l'issue de l'examen susmentionné pouvait être confirmée.

Dans l'estimation, datée du 8 août 2014, de l'atteinte à l'intégrité, le médecin d'arrondissement est parvenu à un taux de 15%. Il s'est référé à la table 5, page 5.2, du barème d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA établi par les médecins de la CNA (ci-après : le barème de la CNA) et a retenu le taux moyen entre une arthrose tibio-tarsienne de gravité moyenne (5% à 15%) et cette même arthrose qualifiée de grave (15% à 30%), en précisant que ce taux correspondait également à une arthrodèse tibio-tarsienne et que la situation du patient, compte tenu de l'aggravation prévisible, correspondait à une atteinte de cette gravité.

Le 8 août 2014 également, la CNA a rejeté l'opposition formée contre la décision du 9 décembre 2013 et formellement confirmé l'octroi d'une rente d'invalidité de 18%. La CNA a souligné que l'assuré n'avait produit aucun document médical susceptible de faire douter des conclusions probantes du Dr E\_\_\_\_\_, que le revenu d'invalidé avait été tiré de cinq descriptions de postes de travail pour l'année 2013 (ci-après : DPT), adaptées aux séquelles accidentelles, mais que si ce revenu était fondé sur un salaire statistique diminué de 15%, il correspondrait alors à 53 694 fr. et permettrait d'aboutir, après comparaison avec le gain de valide de 63 169 fr., à un taux d'invalidité de 16%.

Par décision du 11 août 2014, la CNA a alloué à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15%, soit un montant de 18 900 francs.

X\_\_\_\_\_, désormais représenté par Me M\_\_\_\_\_, s'est opposé à cette décision le 15 septembre suivant. Il a invoqué que c'était de façon arbitraire que la CNA avait évalué à 15% l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, qu'une fracture-luxation d'une cheville n'était pas expressément prévue dans l'annexe à l'ordonnance sur l'assurance-accidents (ci-après : OLAA), que les conséquences de cette lésion étaient telles qu'il avait de très grandes difficultés à se déplacer et que la CNA aurait dû

appliquer par analogie le taux de 30% mentionné dans cette annexe pour la perte de l'usage d'un pied.

En date du 19 septembre 2014, la CNA a rejeté l'opposition formée contre la décision du 11 août précédent et formellement confirmé l'allocation d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15%. Elle a relevé que, s'agissant d'une question essentiellement médicale, il y avait lieu de faire fond sur l'estimation émise en toute connaissance de cause par le médecin d'arrondissement, laquelle n'était d'ailleurs mise en doute par aucun autre avis médical au dossier. Elle a argué qu'elle n'aurait pas dû procéder, contrairement à ce que l'assuré avait prétendu, à une application analogique du taux de 30% correspondant à la perte d'un pied selon l'annexe 3 à l'OLAA, que cette annexe avait été affinée, en particulier pour les atteintes comportant un risque d'arthrose, par le barème de la CNA et que dans le cadre de l'appréciation anticipée des preuves, d'autres mesures d'instruction ne se justifiaient pas.

Dans un rapport et une communication du 30 octobre 2014, l'Office AI a constaté que X\_\_\_\_\_ avait trouvé un travail pour une durée indéterminée et a mis un terme à l'aide au placement.

**C.** Le 15 septembre 2014, X\_\_\_\_\_ a interjeté recours céans contre la décision sur opposition du 8 août 2014 (cause S2 14 79) en concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation et au renvoi du dossier à la CNA pour expertise complémentaire. Il a fait valoir que lors des entretiens auprès de la CNA des 2 mai 2012, 8 août 2012 et 10 janvier 2013, il s'était plaint de vives douleurs à la cheville, en particulier dans ses déplacements, que dans ces circonstances, la situation ne pouvait être qualifiée de stable et que le revenu mensuel de 4350 fr. dépassait ce qui pouvait être exigé de sa part en relation avec son devoir de diminuer le dommage. Il en a déduit qu'un nouvel examen d'expertise était nécessaire.

Dans sa réponse du 20 octobre 2014 en la cause S2 14 79, la CNA a conclu au rejet du recours. Elle a invoqué que l'appréciation du médecin d'arrondissement du 17 juin 2013, confirmée le 7 août 2014 et concluant à une stabilisation de la situation médicale ainsi qu'à une capacité totale de travail dans une activité professionnelle adaptée, répondait aux critères jurisprudentiels posés à la valeur probante d'un rapport médical, que l'Office AI s'était d'ailleurs fondé sur cette pleine exigibilité pour refuser un reclassement professionnel et octroyer une rente limitée dans le temps, que le recourant n'apportait aucun élément médical susceptible de remettre en cause cette exigibilité et que la situation était bel et bien stabilisée, en ce sens qu'il n'y avait plus de

traitement susceptible d'améliorer l'état de santé de l'assuré de façon notable. Elle a ajouté qu'un complément d'expertise se révélait superflu car le dossier avait été suffisamment instruit sur le plan médical.

En date du 10 novembre 2014, X\_\_\_\_\_ a maintenu ses conclusions, en reprenant l'argumentation déjà développée dans son recours.

La CNA a également confirmé ses précédentes conclusions le 3 décembre suivant. Elle a fait remarquer que les propres déclarations du recourant lors d'entretiens ne suffisaient pas à faire douter de la valeur probante des rapports du médecin d'arrondissement.

Le dossier constitué par l'assurance-invalidité a été versé en la cause S2 14 79. Le recourant n'a pas déposé d'observations sur ce dossier. Quant à l'intimée, elle a rappelé que l'Office AI s'était appuyé, dans ses propres décisions, sur l'exigibilité retenue par le médecin d'arrondissement dans ses rapports des 17 juin 2013 et 7 août 2014.

L'échange d'écritures dans la procédure S2 14 79 a été clos le 3 mars 2015.

**D.** Le 21 octobre 2014, X\_\_\_\_\_ a interjeté recours céans contre la décision sur opposition du 19 septembre précédent (cause S2 14 91) en concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation et au renvoi du dossier à la CNA pour expertise complémentaire. Il a argué que la simple référence à la table 5 du barème de la CNA n'était pas suffisante pour fixer l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, que ce barème n'était pas une source de droit, qu'il revêtait le caractère de directives internes à la CNA, qu'il ne liait pas le juge, lequel conservait dès lors un plein pouvoir d'appréciation sur cette question, et que l'examen de celle-ci nécessitait donc une nouvelle expertise. Le recourant a ajouté qu'il avait subi une fracture de la cheville gauche, que la CNA se fondait sur la table traitant des arthroses, que cette fracture constituait donc une instabilité supplémentaire au sens de l'introduction de cette table 5 et qu'en conséquence, il fallait retenir le taux d'atteinte à l'intégrité le plus élevé, à savoir celui de 40% pour une arthrose grave de la cheville.

Dans sa réponse du 30 octobre 2014 en la cause S2 14 91, la CNA a conclu au rejet du recours. Elle a exposé que le recourant n'apportait aucun élément médical susceptible de remettre en cause l'estimation de l'atteinte à l'intégrité par le médecin d'arrondissement et qu'il se justifiait ainsi de faire fond sur cette estimation sans procéder à d'autres mesures d'instruction. Elle a souligné que la position de l'assuré

était contradictoire puisque, dans son opposition, celui-ci avait soutenu une application analogique du taux de 30% figurant dans l'annexe 3 de l'OLAA pour la perte d'un pied, qu'il avait reproché à la CNA de s'être référée à la table 5 du barème pour fixer le taux d'indemnité pour atteinte à l'intégrité et qu'il s'était fondé sur cette même table pour en retenir le taux le plus élevé, soit 40%.

En date du 1<sup>er</sup> décembre 2014, X\_\_\_\_\_ a maintenu ses conclusions, en reprenant l'argumentation déjà développée dans son recours.

La CNA a également confirmé ses précédentes conclusions le 8 janvier 2015.

L'échange d'écritures dans la procédure S2 14 91 a été clos le lendemain.

### **Considérant en droit**

1. Selon l'article 1 alinéa 1 de la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA), les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la LAA n'y déroge expressément.

Postés les 15 septembre et 21 octobre 2014, les recours respectifs contre les décisions sur opposition de la CNA des 8 août (cause S2 14 79) et 19 septembre 2014 (cause S2 14 91) ont été interjetés dans le délai légal de trente jours, prolongé des fêtes d'été en ce qui concerne le recours du 15 septembre 2014 (art. 38 al. 4 let. b et 60 LPGA), devant le tribunal compétent (art. 56, 57 et 58 LPGA ; art. 81bis al. 1 LPJA). Ces recours répondent par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte que la Cour doit entrer en matière.

En vertu de l'article 61 in initio LPGA en lien avec l'article 80 alinéa 1 lettre d LPJA, lequel renvoie aux articles 56 alinéa 1 et 11b alinéa 1 LPJA, la Cour procède dans le présent jugement à la jonction des deux causes précitées. Celles-ci concernent en effet la même personne assurée et portent sur un état de fait identique. Cette jonction s'impose également afin de simplifier les procédures (arrêts du Tribunal fédéral 2C\_71/2009 et 2C\_73/2009 du 10 juin 2009 consid. 1 et la référence).

**2.1** La cause S2 14 79 porte sur le taux de la rente d'invalidité octroyée au recourant à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2014, en particulier sur le taux d'occupation et le salaire liés à l'activité encore exigible du recourant sur un marché du travail équilibré.

Il peut être renvoyé aux dispositions légales applicables à l'évaluation de l'invalidité en matière d'assurance-accidents (art. 7, 8 al. 1 et 16 LPGA ainsi que 18 al. 1 LAA), correctement citées dans la décision sur opposition du 8 août 2014. Il sied toutefois de rappeler qu'à teneur de la première phrase de l'article 19 alinéa 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.

En outre, la valeur probante d'un rapport médical dépend des points de savoir si cet acte est complet compte tenu des droits contestés, s'il est fondé sur des examens approfondis en tous points, s'il tient compte des affections dont se plaint l'intéressé, s'il a été établi en connaissance de l'anamnèse, si l'exposé du contexte médical est cohérent, voire si l'appréciation de la situation médicale est claire et si les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 122 V 157 consid. 1c, RAMA 2000 214 consid. 3a).

Selon un arrêt du Tribunal fédéral en matière d'appréciation des preuves, même si la jurisprudence a toujours reconnu valeur probante aux rapports des médecins internes à une assurance, il convient cependant de relever qu'en pratique, ces appréciations ne revêtent pas la même force probante qu'une expertise ordonnée par un tribunal ou par un assureur dans le cadre de la procédure selon l'article 44 LPGA (...). Le tribunal devrait accorder entière valeur probante à cette dernière catégorie d'expertise émanant de spécialistes externes, pour autant qu'elle remplisse les exigences jurisprudentielles et qu'il n'existe pas d'indice concret à l'encontre de sa fiabilité (...). Si un cas d'assurance doit être tranché sans recours à une expertise externe, des exigences sévères doivent alors être posées à l'appréciation des preuves. S'il subsiste ne serait-ce qu'un léger doute au sujet du caractère fiable et fondé des conclusions médicales internes à l'assurance, il est alors nécessaire de procéder à des éclaircissements complémentaires (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.5).

**2.2** En l'occurrence, la Cour estime que les rapports du médecin d'arrondissement de la CNA des 17 juin 2013 et 7 août 2014 remplissent les critères jurisprudentiels posés pour la valeur probante d'une appréciation médicale, ne nourrit pas de doutes quant à la fiabilité et à la pertinence des conclusions retenues par ce spécialiste en chirurgie

orthopédique et ne voit aucun motif de s'en écarter. En effet, le Dr E\_\_\_\_\_ a exposé de manière complète et cohérente l'anamnèse (évolution médicale suivant les pièces communiquées), les déclarations de l'assuré, les constatations cliniques (examen général, rachis, ceinture scapulaire, mobilité de l'épaule, coiffe des rotateurs, membres supérieurs, tronc, ceinture pelvienne, membres inférieurs avec données relatives à la mobilité et aux mensurations) et les résultats d'imagerie. Il a ensuite procédé à une appréciation claire, motivée et convaincante du cas, en retenant que la situation médicale était suffisamment stabilisée, qu'un retour durable vers une pleine capacité dans l'activité habituelle n'était pas envisageable mais que l'assuré pouvait exercer en plein une activité permettant l'alternance des positions assise et debout, limitant les déplacements même en terrain plat ainsi que le port de charges à vingt kilos au maximum et prohibant l'utilisation d'escabeaux, d'échelles et d'échafaudages ainsi que d'escaliers de façon répétée.

Contrairement à ce que l'assuré avait annoncé dans son opposition du 9 janvier 2014, celui-ci n'a jamais transmis de pièce médicale attestant son inaptitude à exercer des activités même légères, en raison de ses douleurs. La CNA a pertinemment fait remarquer dans son écriture du 3 décembre 2014 que les propres déclarations du recourant, que ce soit à son attention lors des entretiens des 2 mai et 8 août 2012 en ses locaux ou à celle du médecin traitant le 10 janvier 2013, au sujet des douleurs ressenties ne suffisaient pas à faire douter de la valeur probante des rapports de son médecin d'arrondissement. D'ailleurs, ce médecin a bien rapporté le 7 août 2014 les douleurs signalées par l'assuré, soit des douleurs météo-dépendantes, des douleurs de mise en route après la station assise prolongée, des douleurs nocturnes insomniantes qui réveillaient celui-ci deux à trois fois par semaine ainsi que des douleurs mécaniques à la marche limitant le périmètre à une heure et demie au maximum, à la descente des pentes et des escaliers de même qu'en terrain accidenté, sans lâchage ni blocage de la cheville mais avec des craquements à la mobilisation et une tuméfaction vespérale ainsi qu'à l'effort. Le Dr E\_\_\_\_\_ a ensuite tenu compte de ces douleurs dans sa description d'une activité adaptée, puisqu'il a précisé qu'une telle activité devait limiter les déplacements même en terrain plat et prohiber l'utilisation d'escabeaux, d'échelles et d'échafaudages ainsi que d'escaliers de façon répétée. Il n'est pas inutile de souligner dans ce contexte que lors d'un entretien du 15 janvier 2014 avec l'Office AI, soit une semaine environ après son opposition du 9 janvier 2014 à la décision d'octroi par la CNA d'une rente d'invalidité de 18%, X\_\_\_\_\_ a validé les contre-indications et limitations retenues par le médecin de la CNA. C'est à juste titre également que l'intimée a relevé que la capacité totale de travail dans une activité

adaptée, telle que retenue par le Dr E\_\_\_\_\_, avait constitué le fondement des décisions de l'Office AI refusant à l'assuré un reclassement professionnel et lui octroyant une rente entière d'invalidité limitée dans le temps, au motif que le taux d'invalidité de 16% valable dès l'examen pratiqué le 10 juin 2013 par ce médecin était insuffisant pour ouvrir le droit à cette mesure d'ordre professionnel et prolonger celui à une rente entière au-delà du 30 septembre 2013. Ces décisions n'ont pas fait l'objet d'un recours.

Au surplus et conformément à l'article 19 alinéa 1 LAA, un cas peut être considéré comme stabilisé et permettre l'examen du droit à la rente non pas, comme le recourant a semblé le prétendre dans son mémoire du 15 septembre 2014, lorsque les douleurs résiduelles ont disparu mais dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. C'est précisément ce que le médecin d'arrondissement de la CNA a constaté lors de ses examens des 10 juin 2013 et 7 août 2014, à savoir que l'assuré n'avait plus de médication - à part la prise de deux comprimés par semaine environ de Dafalgan® et l'application d'une pommade sur la face externe de la cheville -, que le traitement de physiothérapie avait pris fin, qu'il n'y avait plus de contrôle prévu chez le chirurgien, que le suivi spécialisé s'était terminé en janvier 2014 et qu'ainsi, la situation pouvait être considérée comme suffisamment stabilisée. Quant au droit à des mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité, il a été nié par décision de l'Office AI du 27 janvier 2014.

Au vu de ce qui précède, il convient de suivre les conclusions, probantes et non contestées par d'autres avis médicaux, du médecin d'arrondissement de la CNA et de retenir que le recourant est en mesure d'exercer une activité adaptée en plein. Dans le cadre de l'appréciation anticipée des preuves (concernant cette notion, cf. les arrêts du Tribunal fédéral 8C\_172/2012 du 14 mars 2013 consid. 3 et les références, 9C\_962/2010 du 1er septembre 2011 consid. 4.1 et 9C\_966/2010 du 29 avril 2011 consid. 2.2), l'expertise complémentaire sollicitée par le recourant se révèle dès lors inutile et ne sera donc pas diligentée.

**3.1** Le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. 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

salaires sociaux, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalidité. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque l'assuré, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité adaptée normalement exigible -, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de statistiques sur les salaires moyens (ATF 135 V 297 consid. 5.2 et les références, 129 V 472 consid. 4.2.1, 126 V 75 consid. 3b/aa, 124 V 321 consid. 3b/aa, 117 V 8 consid. 2c/aa p. 18, arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 196/02 du 23 janvier 2003 consid. 4.3).

Ces statistiques salariales ressortent de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) éditée périodiquement par l'Office fédéral de la statistique. Il convient alors de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table TA1 de l'ESS à la ligne « total secteur privé » et de tenir compte du fait que les tables du groupe A se fondent sur un temps de travail hebdomadaire de 40 heures, chiffre quelque peu inférieur au temps de travail moyen habituellement effectué dans les entreprises, lequel était de 41.7 heures par semaine en 2014 (cf. pour cette donnée le tableau « durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique » figurant sur le site internet de l'Office fédéral de la statistique, via le lien <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/03/02/blank/data/07.html>). Selon la table TA1 de l'ESS 2010, le salaire mensuel total, treizième salaire compris, tiré de l'exercice par un homme d'une activité simple et répétitive de niveau 4 se monte à 4901 francs. Quant à l'évolution nominale des salaires, elle correspond à 1% en 2011, 0.8% en 2012, 0.7% en 2013 et 0.8% en 2014 (cf. site internet précité, via le lien [http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/03/04/blank/key/lohnentwicklung/nominal\\_und\\_real.html](http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/03/04/blank/key/lohnentwicklung/nominal_und_real.html)).

Lors de la comparaison des revenus par référence aux statistiques salariales, il faut considérer que les personnes atteintes dans leur santé, lesquelles sont entravées même dans l'exercice d'activités simples et légères, sont désavantagées sur le marché de l'emploi en comparaison aux travailleurs pleinement valides et doivent ainsi compter avec des salaires inférieurs à la moyenne. D'autres circonstances personnelles et professionnelles inhérentes à un assuré, telles que l'âge, la durée d'emploi au sein de l'entreprise, la nationalité ou la catégorie d'autorisation de séjour ainsi que le taux d'occupation au poste de travail peuvent également influencer le montant du salaire. Le principe et, le cas échéant, la quotité de la réduction des salaires tirés des statistiques dépendent de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas concret (limitations liées au handicap, âge, nombre d'années de service,

nationalité/autorisation de séjour et taux d'occupation). L'influence de ces circonstances sur le revenu d'invalidé doit faire l'objet d'une appréciation globale, le taux de la réduction devant être limité à 25% au maximum (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 et 4.2.3, 126 V 75 consid. 3 et 5, 124 V 321 consid. 3b/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 au sens de l'article 16 LPGA, on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. 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'oeuvre. On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'article 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant. D'après ces critères, il y a lieu de déterminer dans chaque cas et de manière individuelle si l'assuré est encore en mesure d'exploiter une capacité de travail résiduelle sur le plan économique et de réaliser un salaire suffisant pour exclure une rente. Ni sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage ni sous celui des possibilités qu'offre un marché du travail équilibré aux assurés pour mettre en valeur leur capacité de travail résiduelle, on ne saurait exiger d'eux qu'ils prennent des mesures incompatibles avec l'ensemble des circonstances objectives et subjectives (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_1066/2009 du 22 septembre 2010 consid. 4.1 et les références et 9C\_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.2.4). Dans son arrêt 9C\_361/2008 du 9 février 2009 sous considérant 6.1, le Tribunal fédéral a constaté que si l'on prenait en considération l'avis concordant des praticiens consultés quant à la capacité résiduelle de travail, la situation personnelle de l'intéressé ainsi que le large éventail d'activités simples et répétitives n'impliquant pas de formation autre qu'une mise au courant initiale et offert par les secteurs de la production et des services, il n'était de loin pas illusoire ou irréaliste d'admettre qu'il existait un nombre significatif de métiers, dont certains avaient été mentionnés par l'un des spécialistes ayant examiné l'assuré, qui pouvaient être exercés par celui-ci en dépit de ses limitations fonctionnelles.

En ce qui concerne la détermination du revenu sans invalidité, est déterminant le salaire que la personne assurée aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, effectivement gagné en tant que valide au début du droit à la rente au plus tôt. C'est en principe le dernier revenu touché, au besoin adapté au renchérissement et à l'évolution réelle des salaires, qui doit être retenu car c'est un fait d'expérience que, sans atteinte à la santé, l'activité antérieure aurait été poursuivie. Les exceptions à ce principe sont à établir au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 134 V 322 consid. 4.1, 129 V 222 consid. 4.3.1, arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 357/05 du 14 août 2006 consid. 4.3.1).

Sont déterminants pour la comparaison des revenus les rapports existant au moment du début du droit à la rente ainsi que les modifications éventuelles survenues jusqu'au moment de la décision qui ont des conséquences sur le droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.1, 128 V 174 consid. 4a, arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 785/02 du 23 janvier 2004 consid. 4.1 et I 318/02 du 18 octobre 2002 consid. 1 et les références).

**3.2** La Cour constate que les cinq DPT versées au dossier sous pièce 72 ne respectent pas intégralement les limitations fonctionnelles énumérées par le Dr E\_\_\_\_\_, dans la mesure où chaque activité décrite s'exerce exclusivement en position assise, alors que ce médecin a bien préconisé, dans son appréciation du 10 juin 2013, l'alternance des positions assise et debout. Tel qu'il ressort toutefois des rapports établis par l'Office AI les 3 décembre 2013 et 15 janvier 2014, il existe suffisamment d'autres activités adaptées à ces limitations, à savoir celles d'opérateur de contrôle de chaînes de production, d'employé au contrôle de chaînes d'embouteillage ou de montage, d'employé au conditionnement de matériel léger, d'opérateur à l'affutage, au montage de petites pièces ou à d'autres tâches dans l'industrie légère, de chauffeur-livreur de matériel léger ou de magasinier dans une entreprise de construction.

A l'instar de l'argumentation complémentaire exposée dans la décision sur opposition du 8 août 2014, le revenu d'invalidité peut ainsi être déterminé sur la base des chiffres de l'ESS. En application des jurisprudences rappelées plus haut, ce revenu pour l'année 2014, laquelle correspond au début du droit à la rente, se calcule comme suit :  $(4901 \text{ fr.} : 40) \times 41.7 = 5109 \text{ fr.}$   $30 + 1\% + 0.8\% + 0.7\% + 0.8\% = 5280 \text{ fr.}$   $\therefore 5\% = 5016 \text{ fr.}$   $\times 12 = 60\,192 \text{ francs.}$  Dans le cas de l'assuré âgé de 52 ans en 2014, au service de son employeur durant moins de quatre ans avant la survenance de l'accident, encore en mesure d'exercer une activité adaptée à plein temps et dont les

limitations fonctionnelles ont été prises en compte de manière correcte et incontestée par le médecin d'arrondissement, une réduction de 5% du revenu d'invalidé en raison du permis de séjour B apparaît amplement suffisante. Celle de 15% articulée dans le prononcé de l'Office AI du 21 février 2014 ainsi que dans la décision sur opposition de la CNA du 8 août suivant est en tout cas très favorable à l'assuré.

Quant au revenu sans invalidité pour cette même année 2014, il est le suivant :  
 $26 \text{ fr. } 70 \text{ en } 2012 + 8.33\% = 28 \text{ fr. } 92 \times 45 \text{ heures par semaine} = 1301 \text{ fr. } 40 + 0.7\% + 0.8\% = 1321 \text{ fr. } \times 52 \text{ semaines par an} = 68\,692 \text{ francs.}$

La comparaison de ces deux revenus de 60 192 fr. et 68 692 fr. permet d'aboutir à un taux d'invalidité arrondi, conformément à l'ATF 130 V 121 considérant 3.2, de 12%. Celui de 18% retenu par l'intimée, également très favorable au recourant, sera confirmé tel quel.

Partant, le recours objet de la cause S2 14 79 est rejeté et la décision sur opposition du 8 août 2014 confirmée.

**4.1** La cause S2 14 91 porte sur le taux d'indemnité pour atteinte à l'intégrité, que l'intimée a arrêté à 15%, tandis que le recourant l'a estimé à 30% puis à 40%.

Il a déjà été exposé dans la décision sur opposition du 19 septembre 2014 ainsi que dans le mémoire de recours du 21 octobre suivant les dispositions légales et la jurisprudence traitant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 24 al. 1 et 25 LAA, art. 36 al. 1 OLAA, annexe 3 à l'OLAA fondée sur l'art. 36 al. 2 OLAA, tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA établies par les médecins de la CNA), de sorte qu'il peut y être fait référence. Quant à la phrase introductive de la table 5 du barème de la CNA relative à l'atteinte à l'intégrité résultant d'arthroses, elle est libellée comme suit : « Si l'articulation considérée présente une instabilité en plus de l'arthrose, on retiendra le taux d'atteinte à l'intégrité le plus élevée (exemple : pangonarthrose grave avec instabilité complexe : 30% à 40%). Pas de cumulation en règle générale ».

Les directives (ou circulaires) administratives s'adressent aux organes d'exécution et ne lient pas le juge des assurances sociales. Celui-ci doit toutefois en tenir compte dans son prononcé, dans la mesure où elles permettent une interprétation correcte et adaptée au cas d'espèce des dispositions légales applicables. Le tribunal ne s'écartera donc pas sans motifs impérieux des directives (ou circulaires) administratives, lorsque celles-ci constituent une concrétisation convaincante des prescriptions juridiques. Il doit

en outre être tenu compte du fait que l'administration s'efforce, par le biais de ces directives (ou circulaires) internes, de garantir l'égalité de traitement devant la loi (ATF 133 V 587 consid. 6.1 et les références).

**4.2** C'est à juste titre que la CNA a souligné dans sa décision sur opposition du 19 septembre 2014 puis dans sa réponse du 30 octobre suivant que l'estimation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité était une question essentiellement médicale et qu'en l'absence d'un avis spécialisé contredisant l'appréciation émise le 8 août 2014 en toute connaissance de cause par son médecin d'arrondissement, il convenait de s'y référer et de retenir le taux de 15% fixé par ce spécialiste en chirurgie orthopédique. Il est en tout cas exclu d'appliquer par analogie, comme l'assuré l'a invoqué dans son opposition du 19 septembre 2014, le taux de 30% mentionné dans l'annexe 3 de l'OLAA pour la perte d'un pied, puisqu'une telle atteinte ne coïncide nullement avec les séquelles accidentelles du cas d'espèce.

Le recourant a été victime le 13 février 2012 d'une fracture-luxation bi-malléolaire de la cheville gauche type Weber C avec atteinte de la syndesmose, opérée par le biais d'une réduction ouverte et d'une ostéosynthèse de la malléole interne par plaque. Dans son rapport du 14 juin 2012, le Dr C\_\_\_\_\_ a mentionné que selon les résultats du scanner, les fractures étaient bien réduites, le matériel était en place et la syndesmose était bien congruente. Quant aux clichés du scanner de la cheville gauche effectués le 11 octobre 2012, soit après l'AMO bi-malléolaire du 3 septembre précédent, ils n'ont pas mis de trait de fracture en évidence et ont montré des surfaces articulaires lisses ainsi que des axes et interlignes articulaires conservés. Le 17 juin 2013, le Dr E\_\_\_\_\_ a rapporté qu'à l'imagerie, la fracture était consolidée en bonne position, que les rapports articulaires étaient conservés et que quelques signes dégénératifs débutants étaient retrouvés. Dans son appréciation du 7 août 2014, ce même médecin a retranscrit les éléments visibles sur les radiographies des 14 mars 2013 et 28 janvier 2014, à savoir des rapports articulaires conservés, des fractures consolidées en bonne position et de discrets troubles dégénératifs du Chopart. Il ressort de ces constatations médicales que les seuls os de la cheville fracturés lors du traumatisme du 13 février 2012 étaient les malléoles interne et externe, que ces fractures, consolidées en bonne position, n'ont pas entraîné en elles-mêmes de séquelles importantes et durables, notamment pas d'instabilité articulaire ni d'arthrose visible à l'imagerie. Seuls quelques troubles dégénératifs débutants ont été signalés. Il ne se justifie donc pas non plus de se référer au taux d'indemnité pour atteinte à l'intégrité maximal de 40% pour une arthrose grave de toute la cheville avec une

instabilité articulaire, comme invoqué par le recourant dans son mémoire du 21 octobre 2014. Selon les explications convaincantes données par le médecin d'arrondissement dans son estimation du 8 août 2014, si celui-ci a fait usage de la table 5 du barème de la CNA, c'est en considérant tant la situation actuelle du patient que l'aggravation prévisible. Une fracture osseuse comporte en effet le risque d'arthrose de l'articulation correspondante, raison pour laquelle le Dr E\_\_\_\_\_ a retenu la valeur moyenne entre les taux minimal et maximal prévus en cas d'arthrose tibio-tarsienne, soit celle de 15% correspondant également à une arthrodèse de cette même articulation. La Cour ne voit donc aucune raison de s'écarter de cet avis spécialisé, fondé sur le barème de la CNA dont la jurisprudence - citée dans la décision sur opposition du 19 septembre 2014 - a reconnu la compatibilité avec l'annexe 3 de l'OLAA et contredit par aucune autre estimation médicale. Pour ce dernier motif et toujours dans le cadre de l'appréciation anticipée des preuves, l'expertise complémentaire sollicitée par le recourant sur la question du taux d'indemnité pour atteinte à l'intégrité se révèle également superflue.

En conséquence, le recours objet de la cause S2 14 91 est rejeté et la décision sur opposition du 19 septembre 2014 confirmée.

5. Il n'est pas perçu de frais (art. 61 let. a i.i. LPGA).

Vu l'issue du litige, il n'est pas alloué de dépens (art. 61 let. g a contrario LPGA).

### **Prononce**

1. Les causes S2 14 79 et S2 14 91 sont jointes.
2. Les recours sont rejetés.
3. Il n'est pas perçu de frais ni alloué de dépens.

Sion, le 9 septembre 2015