

S2 21 70

JUGEMENT DU 22 MARS 2023

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

Composition : Candido Prada, président ; Thomas Brunner et Christophe Joris, juges ;
Anaïs Mottiez, greffière

en la cause

X _____, recourant, représenté par Maître Marie Franzetti, avocate, 1951 Sion

contre

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (CNA), 6004
Lucerne, intimée

(art. 24 LAA ; indemnité pour atteinte à l'intégrité)

Faits

A. X _____, né le xx.xx 1970, ressortissant portugais sans formation certifiée, a été engagé dès le 1^{er} mai 2014 en tant qu'ouvrier en charge de la fabrication du béton préfabriqué au sein de l'entreprise A _____ SA, à B _____, à un taux de 100% (pièces CNA 1 et 77). A ce titre, il était assuré contre le risque d'accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA).

B. Le 23 juillet 2017, l'intéressé a été victime d'un accident de la voie publique. Alors qu'il circulait dans un rond-point au volant de sa moto, il s'est fait couper la priorité par une voiture qui ne l'avait pas vu et qui a percuté l'avant droit du motorcycle, éjectant ainsi le conducteur qui a lourdement chuté au sol (pièce CNA 29). Ce dernier a tout de suite été conduit à C _____, où une fracture médio-diaphysaire tibia/péroné droite avec syndrome de loges postérieures profondes et superficielles avec ouverture Gustilo I passant Gustilo IIIB après fasciotomie a été diagnostiquée, pour laquelle quatre opérations, réalisées les 23, 25, 27 et 29 juillet 2017, ont été nécessaires (pièces CNA 10 à 14). Dans un rapport du 8 août 2017, le Dr D _____, médecin-chef du service d'orthopédie-traumatologie de C _____, a indiqué que les suites opératoires avaient été simples et afebriles et a préconisé la marche en charge partielle (15 kg) pour 6 semaines, à titre de physiothérapie (pièce CNA 12). Le 13 septembre 2017, l'assuré a encore dû subir une opération, en raison d'un pseudo-anévrisme de l'artère péronière au membre inférieur droit (pièce CNA 32).

Dans un rapport du 22 janvier 2018, le Dr E _____, médecin traitant de l'intéressé, a relevé que l'évolution de son patient était lentement favorable (pièce CNA 52). En raison de cette lenteur, associée à la raideur tibio-talienne importante et aux douleurs de caractère neuropathique déclarées par l'assuré, les Drs F _____, chef de service spécialiste en médecine physique et réadaptation et en chirurgie orthopédique à la G _____, et H _____, chef de clinique spécialiste en médecine physique et réadaptation, ont préconisé un séjour stationnaire à la G _____ afin d'intensifier la rééducation (pièce CNA 53). L'intéressé a ainsi séjourné à la G _____ du 14 février 2018 au 27 mars suivant, où les limitations fonctionnelles provisoires suivantes ont été posées : pas d'activité en position accroupie ou à genoux, pas de montée/descente répétitive d'escaliers et d'échelles, pas de marche prolongée et pas de port de charges excédant 20 kg (pièce CNA 74).

Le Dr H _____ a revu l'assuré lors de la consultation de l'appareil locomoteur du 1^{er} mai 2018. Ce spécialiste a relevé un déficit de mobilité du pied ainsi qu'un déficit moteur associé à des troubles sensitifs encore existants. Il a ajouté qu'une reprise thérapeutique d'une activité professionnelle dans un poste de chef-superviseur au sein de l'ancienne entreprise de l'intéressé pourrait être envisagée à court terme (pièce CNA 88).

Le 10 juillet 2018, le directeur de l'entreprise A _____ SA a confirmé qu'il avait la possibilité de mettre à disposition de l'assuré un poste de travail en tant que chef-superviseur à l'atelier, lequel respectait les limitations fonctionnelles présentées par l'intéressé. Il a ainsi été convenu qu'une reprise thérapeutique débiterait le 13 août 2018 (pièce CNA 112). La reprise du travail ne s'est toutefois pas effectuée comme convenu, l'assuré réalisant dans les faits pratiquement les mêmes tâches qu'avant son accident, ce qui a provoqué une augmentation des douleurs au niveau de la jambe droite, en raison desquelles son médecin traitant a attesté une incapacité totale de travail dès le 8 octobre 2018 (pièces CNA 138 et 156).

Dans un rapport du 1^{er} octobre 2018, le Dr I _____, médecin d'arrondissement spécialiste en chirurgie générale et traumatologie, a constaté que l'évolution postopératoire était marquée par la persistance d'un syndrome douloureux invalidant prenant toute la jambe et s'aggravant au cours de la journée avec des troubles circulatoires provoquant une sensation de tension dans les orteils et des dysesthésies plantaires. Il a ajouté que l'intéressé présentait également une limitation de l'articulation tibio-talienne droite qui le gênait à la marche (pièce CNA 151).

Le 24 octobre 2018, le Dr J _____, médecin-chef du service d'orthopédie-traumatologie de K _____, a indiqué que l'assuré souffrait de douleurs chroniques évoluant défavorablement, en raison desquelles il préconisait la réalisation d'un Spect CT (scanner). L'imagerie a montré une arthrose de l'articulation sous-talienne particulièrement en médial ainsi qu'une pseudarthrose du foyer de fracture de la fibula. Au vu de ces résultats, une intervention chirurgicale de correction du pied creux varus a été proposée à l'intéressé, laquelle a eu lieu le 14 novembre 2018. Dans un rapport du 26 décembre suivant, le Dr J _____ a relevé que l'évolution postopératoire était favorable et que l'assuré allait débiter la physiothérapie avec une rééducation à la marche et un travail des amplitudes articulaires (pièces CNA 182, 183 et 204).

Dans un rapport du 5 mars 2019, le Dr H _____ a fait état d'une amélioration des douleurs du péroné et d'une meilleure mobilité/agilité du pied droit, malgré la persistance

de douleurs sous forme de fourmillements et sensations bizarres sur la partie plantaire et l'avant du pied. Il a ainsi préconisé un nouveau séjour stationnaire à la G _____ avec comme objectif d'intensifier la physiothérapie, de diminuer l'adhérence cicatricielle, d'évaluer les capacités fonctionnelles et de partir vers une reconversion professionnelle, au vu de l'échec de la reprise de son activité habituelle (pièce CNA 215). A l'issue de ce séjour, qui a eu lieu du 26 mars 2019 au 25 avril suivant, les limitations fonctionnelles définitives suivantes ont été retenues : pas d'activités en position accroupie ou agenouillée, pas de montée ni de descente de manière répétée d'escaliers et d'échelles, pas de longs déplacements, surtout sur des terrains irréguliers, et pas de port de charges répétitif et excédant 20-25kg (pièce CNA 238).

Le 23 juillet 2019, le Dr I _____ a constaté que l'évolution était globalement favorable, même si l'intéressé se plaignait de sensations de constriction au niveau de la cheville ainsi que de paresthésies et de dysesthésies dans le territoire du nerf tibial et du nerf péroné profond et superficiel droit (pièce CNA 253). Afin d'expliquer cette symptomatologie, le médecin d'arrondissement a préconisé une consultation chez le Dr L _____, spécialiste en angiologie. Dans un rapport du 30 juillet 2019, ce dernier a observé que le bilan des membres inférieurs réalisé le 29 juillet précédent était rassurant, dans la mesure où il n'y avait aucune insuffisance artérielle, et que les douleurs n'étaient ainsi pas liées à une hypoperfusion, de sorte qu'il n'avait pas prévu d'autre contrôle (pièce CNA 259).

Dans un rapport du 20 septembre 2019, le Dr M _____, médecin chef au N _____ de O _____, a indiqué qu'à son avis, les douleurs décrites par l'intéressé consistaient d'une part en une douleur neuropathique périphérique, dont une partie dépendait du nerf saphène droit et une autre partie dans le territoire d'innervation du nerf tibial postérieur droit, pour lesquels il a proposé une infiltration avec de l'anesthésique local. Quant aux douleurs au niveau de la malléole interne et de la face médiale du pied droit, il a préconisé un traitement avec du Qutenza (pièce CNA 267).

Le 21 novembre 2019, le Dr P _____, spécialiste FMH en neurologie, a relevé qu'un électroneuromyogramme (ENMG) réalisé le 11 novembre précédent avait notamment montré une amélioration des valeurs sensitivo-motrices (pièce CNA 297).

Le Dr M _____ a procédé à des infiltrations, sous guidage échographique, du nerf saphène droit, sans complication, en date des 17 octobre 2019 et 16 janvier 2020, suite auxquelles l'assuré a ressenti un soulagement de la douleur et une absence de décharges électriques au niveau de la malléole interne (pièces CNA 304 et 312). Dans

un rapport du 8 mai 2020, le Dr M _____ a encore indiqué avoir effectué un traitement par Qutenza en date du 18 février précédent, lequel a eu un effet positif, malgré la présence d'une douleur persistante au pied lorsque l'intéressé restait en position debout, à l'appui sur le pied gauche (sic) et pendant la marche (pièce CNA 333).

Dans un rapport du 21 juillet 2020, le Dr I _____ a constaté que, sur plan orthopédique, l'évolution était favorable avec consolidation des fractures et des ostéotomies. Sur le plan neurologique, l'évolution était quant à elle lentement favorable avec cependant la persistance d'une allodynie dans le territoire du nerf saphène droit ainsi que de paresthésies et d'une pallesthésie dans le territoire du nerf péronier profond et du nerf péronier superficiel à droite. Il a ajouté que l'exigibilité dans l'activité habituelle était définitivement nulle, mais que l'assuré pouvait travailler à plein temps et avec un rendement normal dans une activité respectant les limitations suivantes : ne pas rester debout plus de 60 à 90 minutes, ne pas marcher plus d'une heure en terrain plat, ne pas marcher en terrain accidenté, ne pas porter de façon répétée des charges supérieures à 5 kg, ne pas travailler en position à genoux ou accroupie et éviter de descendre des escaliers (pièce CNA 343).

Dans un rapport du 11 décembre 2020, le Dr M _____ a constaté une nette amélioration de la symptomatologie clinique, l'intéressé arrivant désormais à bouger tous les doigts du pied droit et pratiquant une activité physique régulière (2h de marche le matin et du vélo l'après-midi), malgré des douleurs au niveau de la voûte plantaire du pied droit et au niveau du talon après les efforts ou après la marche. Le Dr M _____ a en outre relevé l'absence d'allodynie et d'hyperalgésie sur le trajet de la cicatrice au niveau du mollet (pièce CNA 364).

Dans une appréciation finale du 27 janvier 2021, la Dresse Q _____, médecin d'arrondissement spécialiste en médecine interne générale et médecine intensive, a retenu que, d'un point de vue médical, la situation pouvait être considérée comme stabilisée, qu'au vu de l'atteinte du pied et de la cheville droite, l'activité habituelle n'était plus exigible, que dans une activité adaptée, l'assuré avait toutefois une pleine capacité et un plein rendement et que les séquelles lésionnelles ouvraient le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI). Dans une appréciation séparée datée du même jour, la Dresse Q _____ a attribué une IPAI d'un taux de 10% en raison de l'atteinte au membre inférieur droit, laquelle correspondait par analogie à une paralysie du nerf sciatique poplité externe selon le tableau 2, page 2.2, des barèmes d'indemnisation pour atteinte à l'intégrité selon la LAA. Elle a en effet retenu que l'assuré présentait encore des sensations de décharges électriques lors de l'appui profond au niveau de la cicatrice

sur la partie médiale du mollet ainsi que des douleurs au niveau de la voûte plantaire du pied droit et du talon après des efforts ou de longues marches. En revanche, il n'y avait plus d'allodynie ni d'hyperalgésie sur le trajet de la cicatrice au niveau du mollet et l'assuré pouvait de nouveau bouger tous les orteils du pied droit. Objectivement, la Dresse Q _____ a souligné que la mobilité de la cheville droite était diminuée dans les 3 axes et que l'articulation sous-astragalienne droite était bloquée (pièces CNA 369 et 370).

Par décision du 2 mars 2021, la CNA a d'une part dénié le droit de l'intéressé à une rente d'invalidité, en l'absence d'une diminution notable de la capacité de gain due à l'accident, et lui a d'autre part octroyé le droit à une IPAI de 10%, compte tenu de l'appréciation médicale (pièce CNA 394).

L'intéressé, sous la plume de son conseil Me Marie Franzetti, s'est opposé à la décision de la CNA en date du 14 avril 2021. Il a soutenu qu'une IPAI de 20 à 30% se justifiait, considérant d'une part le blocage de sa cheville (tableau 2) et d'autre part l'arthrose de cette dernière, impliquant l'application du tableau 5 du barème d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA (pièce CNA 409). Il a en outre joint à son envoi un rapport du 18 mars 2021 du Dr J _____, lequel a relevé des douleurs multifactorielles et persistantes chez l'assuré après une fracture ouverte de la jambe et a estimé que les arthroses de la sous-talienne (visible notamment sur le scanner d'octobre 2018) et de la cheville constituaient la source principale des douleurs, alors que l'atteinte nerveuse revêtait une importance mineure (pièce CNA 402).

Dans un rapport du 7 mai 2021, le Dr R _____, médecin chef du service de réadaptation musculosquelettique de K _____, a indiqué, à la lumière du rapport du Dr J _____ du 18 mars précédent, qu'il aurait plutôt utilisé le tableau 5 du barème d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA, en particulier la position « arthrose de toute la cheville », pour déterminer l'IPAI, dans la mesure où il y avait une atteinte à la fois de la tibio-tarsienne et de la sous-astragalienne (ou sous-talienne ; pièce CNA 413).

Le 12 mai 2021, l'intéressé a déposé un complément d'opposition, dans lequel il a conclu, se fondant sur les rapports des Drs J _____ et R _____, à la retenue d'une IPAI de 30%, eu égard d'une part à l'arthrose de toute la cheville qui n'avait pas été considérée et d'autre part à la problématique du blocage de l'articulation tibiotarsienne (pièce CNA 414).

Dans un rapport du 26 mai 2021, la Dresse Q _____ a réfuté l'argument relatif à l'arthrose de la cheville, motifs pris que l'assuré avait présenté une fracture diaphysaire tibio-péronière qui, par définition, était à distance de l'articulation de la cheville, et que l'intéressé présentait une arthrose de la cheville antérieure à l'accident du 23 juillet 2017, comme l'attestait le scanner effectué le jour du traumatisme avec la présence de becs ostéophytaires (pièce CNA 416).

Par décision sur opposition du 27 mai 2021, la CNA a écarté les griefs de l'intéressé et confirmé sa décision du 2 mars précédent, faute d'élément permettant de mettre en doute l'estimation effectuée en toute connaissance de cause par la Dresse Q _____ (pièce CNA 417).

C. X _____ a recouru céans le 24 juin 2021, concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision sur opposition du 27 mai 2021, à sa mise au bénéfice d'une IPAI de 30%, et, subsidiairement, au renvoi de la cause à la CNA pour nouvelle décision. Il a en substance argumenté qu'une augmentation de 20% de l'IPAI se justifiait pour tenir compte d'une part des douleurs et limitations dues à l'atteinte aux tissus mous, bien que les tables de la CNA ne la mentionnent pas, et d'autre part de l'arthrose aggravée par la fracture à haute intensité. Il a notamment joint à son envoi un rapport du Dr J _____ du 21 juin 2021, lequel indiquait que la fracture à haute énergie subie par le recourant impliquait automatiquement des lésions importantes aux tissus mous, lesquelles auront un impact sur la fonction de la jambe à la longue et sur l'arthrose préexistante de la cheville. L'intéressé a également transmis un rapport du Dr R _____ du 23 juin 2021, qui a confirmé une arthrose préexistante visible sur les images initiales de 2017, mais qui a ajouté que, de son point de vue, l'importance du traumatisme était à même d'avoir eu un impact significatif sur les articulations du pied et de la cheville et des tissus mous environnants, précisant que ce type de lésions n'était pas pris en compte par les tabelles de la CNA. Le recourant a en outre requis l'édition de son dossier AI.

Dans sa réponse du 24 août 2021, l'intimée a relevé que ni le Dr J _____, ni le Dr R _____ n'avaient remis en cause le fait que l'arthrose de la cheville était préexistante à l'accident assuré, que le Dr J _____ se contentait d'indiquer que la fracture à haute énergie de la jambe impliquait des lésions importantes des tissus mous, avec des lésions musculaires et des tendons, sans préciser en quoi la prise en compte, par analogie, d'une paralysie du nerf sciatique poplité externe serait insuffisante, que le Dr J _____ n'avait en outre pas spécifié quels tissus mous, lésions musculaires ou tendineuses auraient été lésés par l'accident et auraient objectivement motivé la

reconnaissance d'une atteinte importante et durable à l'intégrité physique complémentaire à celle déjà fixée et que le Dr R _____ s'en remettait à l'explication apportée par le Dr J _____, relevant que l'accident était à même d'avoir traumatisé significativement les articulations du pied et de la cheville ainsi que les tissus mous environnants. Dès lors, en l'absence d'élément déterminant propre à mettre en doute l'estimation effectuée en toute connaissance de cause par la Dresse Q _____, la CNA a conclu au rejet du recours.

Le 11 octobre 2021, le recourant a ajouté que, sous l'angle de la vraisemblance prépondérante, des tissus mous avaient été touchés et qu'une IPAI de 10% n'en tenait clairement pas compte. Si le taux d'IPAI à retenir devait susciter un doute, il a requis qu'une expertise soit diligentée pour déterminer ce point.

Le 10 novembre 2021, l'intimée a renoncé à déposer une duplique, renvoyant simplement à son mémoire-réponse du 24 août 2021.

L'échange d'écritures a été clos le 11 novembre 2021.

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.

Remis à la poste le 24 juin 2021, le présent recours à l'encontre de la décision sur opposition du 27 mai précédent, a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 60 LPGA) et devant l'autorité compétente à raison du lieu et de la matière (art. 56, 57 et 58 LPGA ; art. 81a al. 1 LPJA). Il répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il convient d'entrer en matière.

2. Le litige porte sur le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité accordée au recourant des suites de son accident.

2.1 Selon l'article 24 alinéa 1 LAA, si, par suite de l'accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (al. 1). L'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 (art. 36 al. 1 OLAA). Il sera équitablement tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité. Une révision n'est possible qu'en cas exceptionnel, si l'aggravation est importante et n'était pas prévisible (art. 36 al. 4 OLAA). Par ailleurs, en cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité physique, mentale ou psychique, dues à un ou plusieurs accidents, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée d'après l'ensemble du dommage (art. 36 al. 3 OLAA ; arrêt 8C_812/2010 du 2 mai 2011 consid. 6). Dans ce cas, il convient de d'abord additionner les pourcentages correspondant à chacune des atteintes, avant d'examiner de manière globale si le résultat obtenu est juste et proportionnel, en comparaison avec d'autres atteintes figurant dans l'annexe 3 à l'OLAA (arrêt 8C_346/2017 du 15 mars 2018 consid. 4.4 ; RAMA 1998 n° U 296 p. 235, U 245/96 consid. 2a).

2.2 L'indemnité pour atteinte à l'intégrité a pour but de compenser le dommage subi par un assuré du fait d'une atteinte grave à son intégrité corporelle ou mentale due à un accident (Message du Conseil fédéral à l'appui d'un projet de loi sur l'assurance-accidents, FF 1976 III p. 29). Elle ne sert pas à réparer les conséquences économiques de l'atteinte, qui sont indemnisées au moyen d'une rente d'invalidité, mais joue le rôle d'une réparation morale. Elle vise à compenser le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence etc.) qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant (ATF 133 V 224 consid. 5.1 et les références).

La gravité de l'atteinte, dont dépend le montant de l'indemnité, se détermine uniquement d'après les constatations médicales (SVR 2009 UV n° 27 p. 97 ; arrêt 8C_459/2008 consid. 2.3 ; voir également FREI, Die Integritätsentschädigung nach Art. 24 und 25 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, 1998, p. 41). L'évaluation incombe avant tout aux médecins, qui doivent, d'une part, constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et, d'autre part, estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant. Elle est donc exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel (FRÉSARD/MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht (SBVR), 2ème éd., 2007, no 229). En cela, elle se distingue de l'indemnité pour tort moral du droit civil, qui procède de l'estimation individuelle d'un dommage immatériel au regard des circonstances particulières du cas. Cela signifie que

pour tous les assurés présentant un status médical identique, l'atteinte à l'intégrité est la même (arrêt 8C_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5 ; ATF 115 V 147 consid. 1 ; 113 V 218 consid. 4b ; RAMA 2004 no U 514 p. 415, U 134/03, consid. 5.2 ; RAMA 2000 no U 362 p. 41, U 360/98, consid. 1).

2.3 L'annexe 3 de l'OLAA comporte un barème - reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 124 V 29 consid. 1b, 209 consid. 4a/bb et 113 V 218 consid. 2a ; arrêt 8C_238/2020 du 7 octobre 2020 consid. 3) - des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent. Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, compte tenu de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2). La Division médicale de la CNA a établi des tables d'indemnisation en vue d'une évaluation plus affinée de certaines atteintes (Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA). Ces tables n'ont pas valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Dans la mesure, toutefois, où il s'agit de valeurs indicatives destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc ; 116 V 156 consid. 3a).

2.4 En l'occurrence, le recourant fait grief à la CNA de n'avoir déterminé le taux de l'IPAI que sur la base des limitations au niveau de l'articulation de la cheville (blocage de l'articulation sous-astragalienne), notamment retenues par la Dresse Q _____, et d'avoir ignoré l'atteinte durable et importante aux tissus mous ainsi que la progression de l'arthrose, relevés par les Drs J _____ et R _____. A son avis, cette pluralité de troubles justifiait une IPAI de 30%.

A la lecture du dossier, la Cour constate que, dans son rapport du 18 mars 2021, rédigé à la demande du recourant, le Dr J _____ se contente d'indiquer la persistance de douleurs multifactorielles après une fracture ouverte de la jambe et de préciser qu'à son sens, les arthroses de la sous-talienne et de la cheville constituaient la source principale des douleurs, l'atteinte nerveuse revêtant une importance mineure. Or, dans son rapport du 21 juin suivant, il reconnaît explicitement que l'arthrose était préexistante à l'accident du 23 juillet 2017. L'application du tableau 5 du barème d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA, relatif aux atteintes résultant d'arthroses, ne se justifie ainsi pas, puisque l'atteinte ne résulte pas des suites de l'accident. Quant aux lésions des tissus mous résultant de la fracture médio-diaphysaire tibia/péroné, le Dr J _____ n'explique pas en quoi ces lésions seraient différentes des atteintes retenues par la Dresse Q _____ dans son évaluation du 27 janvier 2021 (sensations de décharge électriques, présence de douleurs après les efforts ou la marche, mobilité de la cheville

diminuée), ni de quel pourcentage l'IPAI devrait être augmentée. Il ne fait en effet que mentionner que ces atteintes aux tissus mous ne sont pas bien représentées dans les tables d'indemnisation de la CNA, sans toutefois indiquer quel poste de quel tableau pourrait être appliqué par analogie et justifierait une augmentation de l'IPAI octroyée.

Quant au Dr R _____, force est de relever que son appréciation du 7 mai 2021 se fonde uniquement sur le dossier médical de K _____ ainsi que sur les documents transmis par le recourant, dont la Cour ignore desquels il s'agit à l'exception du rapport du 18 mars 2021 du Dr J _____, et non sur un dossier complet. Le Dr R _____ se contente en outre de se référer à l'avis du Dr J _____ pour affirmer qu'il aurait plutôt utilisé le tableau 5 du barème d'indemnisation, plus particulièrement la position « arthrose de toute la cheville ». Or, à l'instar du Dr J _____, il a reconnu dans son rapport du 23 juin 2021 que l'arthrose existait déjà avant l'accident du 23 juillet 2017, conformément aux images initiales réalisées suite à ce dernier, ce qui empêche l'application du tableau 5. Le Dr R _____ a en outre uniquement indiqué que l'importance du traumatisme avait eu un impact sur les articulations du pied et de la cheville ainsi que sur les tissus mous environnants, mais que ce type de lésions n'était pas pris en compte dans les tableaux de la CNA. Or, à l'instar de son confrère le Dr J _____, il n'explique pas en quoi les atteintes retenues par la Dresse Q _____ tiendraient insuffisamment compte de l'état de santé de l'intéressé, ni en quoi le raisonnement par analogie de cette dernière, qui selon toute vraisemblance a dû procéder ainsi précisément car les atteintes présentées par le recourant ne ressortaient pas telles quelle des tableaux d'indemnisation, serait erroné. Enfin, bien qu'il ait retenu que les lésions présentées par le recourant n'étaient pas bien représentées dans les tableaux d'indemnisation, le Dr R _____ n'a pas procédé à une appréciation desdits tableaux par analogie et n'a pas non plus précisé dans quelle proportion le taux de l'IPAI octroyée devrait être augmenté.

L'appréciation de la Dresse Q _____ présente pour sa part une valeur probante intrinsèque entière, dès lors que ce médecin s'est fondé sur l'ensemble des pièces au dossier, notamment les avis des Drs J _____ et R _____ postérieurs à la décision querellée mais relatifs à la question de l'IPAI et à l'état du recourant avant le prononcé de dite décision, que son avis a été établi de manière circonstanciée et en connaissance de l'anamnèse, que son exposé du contexte médical est cohérent, que l'appréciation de la situation médicale est claire et que les conclusions sont dûment motivées. La Dresse Q _____ a par ailleurs expliqué avec précision pour quelle raison le tableau 5 du barème d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA,

concernant les atteintes résultant d'arthroses, ne s'appliquait pas en l'espèce, à savoir car l'assuré avait souffert d'une fracture diaphysaire tibio-péronière qui, par définition, était à distance de l'articulation de la cheville, et qu'il présentait une arthrose de la cheville antérieure à l'accident du 23 juillet 2017, comme l'attestait la présence de becs ostéophytaires sur le scanner effectué le jour du traumatisme. Il n'était au demeurant pas nécessaire pour le médecin d'arrondissement d'effectuer un examen médical personnel, la situation médicale ayant été essentiellement établie par les différents intervenants, de sorte qu'un examen direct de l'assuré passait au second plan (arrêts 9C_589/2010 du 8 septembre 2010 consid. 2 et 9C_323/2009 du 22 mai 2009 consid. 4.2 et 4.3). Dans la même mesure, les faits étant suffisamment établis, il n'y pas lieu pour la Cour de céans d'ordonner la mise en œuvre d'une expertise judiciaire ni l'édition du dossier AI du recourant (appréciation anticipée des moyens de preuve : ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 144 II 427 consid. 3.1.3 et 141 I 60 consid. 3.3).

Partant, la Cour retient que c'est à juste titre que l'intimée, suivant l'avis de la Dresse Q _____, a octroyé au recourant une IPAI de 10%. Le recours doit ainsi être rejeté et la décision sur opposition du 27 mai 2021 confirmée.

3. La LAA ne prévoyant pas la perception de frais judiciaires, il n'en est pas perçu (art. 61 let. fbis LPGA). Vu l'issue du litige, le recourant ne peut en outre pas prétendre à de dépens (art. 61 let. g LPGA a contrario), ni d'ailleurs l'intimée (art. 91 al. 3 LPJA).

Prononce

1. Le recours est rejeté.
2. Il n'est pas perçu de frais, ni alloué de dépens.

Sion, le 22 mars 2023