

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 28 septembre 2021

---

Composition : Mme DURUSSEL, présidente  
M. Métral, juge, et M. Peter, assesseur  
Greffier : M. Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**A.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me François Gillard, avocat à Belmont-sur-Lausanne,

et

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

---

**Art. 16 LPGA ; 6, 18, 19, 24 et 25 LAA ; 11 et 36 OLAA**

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

**A.**            **a)**A. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le [...], mesure 1m70. Il était au chômage et à ce titre assuré contre les accidents par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée), lorsqu'il a été victime, le 20 août 2004 à 08h00, d'une chute depuis l'une des fenêtres des WC d'un bar qui s'est soldée par une fracture multi-fragmentaire (fracture ouverte de degré III A) du calcanéum gauche pour laquelle il a subi un embrochage puis a eu un traitement orthopédique. Le déroulement de cet accident était décrit en ces termes par l'assuré (rapport du 10 septembre 2004 d'un inspecteur de la CNA) :

“Le 20.08.2004, j'ai quitté mon appartement en même temps que mon fils et je me suis rendu au bar de la [...] à [...] pour prendre un café.

Vers 08.00, j'ai dû me rendre aux toilettes pour aller à selle. J'étais un peu dérangé au niveau du ventre. Je voulais après passer dans plusieurs entreprises temporaires pour m'inscrire.

Je me suis introduit dans les WC et au moment d'en sortir, la porte était bloquée. Je pouvais tourner le bouton de la porte, mais la fermeture ne bougeait pas.

J'ai alors regardé par la fenêtre et ai pensé que je pouvais m'en sortir tout seul en me laissant pendre, puis en me lâchant au sol. Je suis monté sur les toilettes et ai passé la 1<sup>ère</sup> jambe, puis la seconde. Après quoi je me suis laissé descendre gentiment le long du mur, mais mes mains ont glissé sur le rebord de la fenêtre où je me tenais. Ce rebord était tout mouillé à cause de la pluie de la nuit. J'étais déjà presque avec les bras tendus lorsque j'ai glissé.

Je me suis réceptionné uniquement sur la jambe gauche entre le mur et la maison. La jambe droite n'a pas touché le sol.”

Le rapport d'enquête de la CNA, outre diverses photographies des lieux de l'accident, mentionnait une « hauteur sol-bordure fenêtre : 340 cm ».

Du 16 février au 15 mars 2005, l'assuré a séjourné auprès du service de réadaptation générale de la Clinique romande de réadaptation (CRR) de Sion. Il n'a en particulier pas été constaté de trouble psychique chez l'intéressé mais uniquement une fracture ouverte du calcanéum traitée par ostéosynthèse, le 21 août 2004 (T93.2) et une arthrose sous-

talienne post-traumatique (M19.1). Les médecins spécialistes de la CRR se sont prononcés comme suit sur le cas de l'assuré (rapport de sortie du 1<sup>er</sup> avril 2005 des Drs S.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réhabilitation et O.\_\_\_\_\_, médecin-assistant, p. 2 s.) :

“APPRECIATION ET DISCUSSION :

A l'admission, le patient allègue des douleurs apparaissant à l'effort et localisées au niveau de la face interne du calcanéum G [gauche] et de la malléole externe.

Au status on retrouve un déficit de déroulement du pas, avec une diminution de la mobilité de l'articulation sous-talienne.

Les RX [radiographies] à disposition du 01.11.04 mettent en évidence un aspect d'ostéopénie mouchetée diffuse, avec résorption sous-chondrale et un affaissement de l'angle de Böhler.

Le CT-scan de cheville G et du calcanéum en date du 18.02.04 confirme des signes d'algoneurodystrophie avec une déminéralisation mouchetée diffuse des structures osseuses. On note un aspect consolidé du calcanéum avec néanmoins un défaut osseux central et une irrégularité des contours osseux avec aplatissement de l'angle de Böhler. On observe d'importants défauts des travées osseuses, en particulier dans la partie postérieure du calcanéum. Il existe une bonne congruence articulaire tibio-astragalo-péronéenne. La congruence astragalo-calcanéenne postérieure est assez bonne. On constate surtout du côté externe de la surface calcanéenne, des irrégularités et aspérités. Il n'est pas noté de signe de conflit au niveau de l'articulation calcanéocuboïdienne ni d'anomalie significative de l'articulation astragalo-calcanéenne antérieure. On note enfin une importante irrégularité de la face inférieure du calcanéum, remodelé post-fracture multifragmentaire.

A la scintigraphie on observe une hypercaptation pathologique précoce et tardive, astragalo-calcanéenne compatible avec une algodystrophie inflammatoire, stade I ou II, sachant que ces images peuvent toutefois correspondre à un remaniement osseux local post-fracturaire.

Sur le plan médical, le traitement a consisté en une injection de 60 mg d'Arédia à l'arrivée du patient. Cette injection a été bien supportée mais n'a pas apporté un bénéfice local relevant.

M. A.\_\_\_\_\_ a pu bénéficier de la confection d'un chaussage type Künzli avec amortisseurs talonniers et barre de déroulement du médio-tarse.

En physiothérapie, il a bénéficié avant tout d'un traitement antalgique et anti-inflammatoire avec whirlpool, massages, TENS, thérapies manuelles et mobilisation passive douce. Les exercices de proprioception augmentant trop les allégations douloureuses ont été évités. Il a bénéficié par ailleurs d'exercices en groupes d'entraînement, sur appareils de fitness et en groupes piscine. On remarque que la coopération et l'assiduité du patient en physiothérapie ont été très satisfaisantes, sauf pour le port des

chaussures, le patient déclarant qu'elles augmentent la sensation de chaleur locale.

Cependant, étant donné le status médical actuel non stabilisé, le gain sur le plan subjectif et objectif de la prise en charge médicamenteuse et physiothérapeutique a été médiocre. Aucune autre proposition médicale n'est actuellement envisageable, outre laisser passer du temps. L'appareillage orthopédique doit être porté et une fois l'algoneurodystrophie disparue, s'il persiste des douleurs continues localisées dans l'articulation sous-astragaliennne une arthrodèse de Ducrey serait indispensable pour soulager Mr A. \_\_\_\_\_ et lui permettre de retrouver l'indolence et une autonomie à la marche satisfaisante.

Sur le plan professionnel, il est évident que M. A. \_\_\_\_\_ ne pourra plus exercer une activité avec station debout prolongée, port de charges, et marches en terrains irréguliers. Il ne peut donc plus espérer reprendre son activité antérieure de maçon. C'est pourquoi il a demandé aux ateliers professionnels une évaluation de ses capacités. Le patient s'est montré volontaire dans l'apprentissage de l'activité de conducteur de clarke et il n'a pas pu être évalué plus de deux heures consécutives tant les douleurs devenaient importantes. Dans les activités en position assise, sans port de charge et sans déplacement, on a pu passer à 4h de travail consécutif. Il semble donc logique de pouvoir proposer à M. A. \_\_\_\_\_ de prolonger son incapacité de travail de 100 % pour les activités de maçon. Par contre, il nous paraît que l'on peut exiger, dans des activités en atelier, assise, sans déplacement, ni port de charges une capacité de 100 %.

CAPACITE DE TRAVAIL ACTUELLE DANS LA PROFESSION DE MACON :

0 %.

TRAITEMENT A LA SORTIE :

- Dafalgan 1 g en réserve si douleur.
- Port du chaussage."

L'assuré a été examiné, le 1<sup>er</sup> novembre 2005, par le Dr L. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA. Dans son rapport d'examen final du même jour, ce praticien a observé que l'assuré se plaignait encore de passablement de douleurs à la marche. Au mois de septembre 2005, une reprise du travail avait échoué et l'intéressé présentait des douleurs surtout en soirée et durant la nuit. Depuis un précédent examen du 20 janvier 2005, la marche s'effectuait quand même avec plus d'aisance et l'arrière-pied gauche était plus fin. Le médecin avait également l'impression que l'intéressé avait récupéré sa musculature ; la mobilité de la tibio-astragaliennne était bien restaurée, la sous-astragaliennne n'était que modérément enraidie, et l'avant-pied était

souple. Du point de vue thérapeutique, l'indication à une arthrodèse de la sous-astragaliennne était très relative. Du point de vue médico-théorique, une pleine capacité de travail était exigible dans une activité légère et sédentaire. Le Dr L.\_\_\_\_\_ proposait, enfin, de fixer à 10 % le taux d'atteinte à l'intégrité, en raison d'une arthrose de la sous-astragaliennne de gravité moyenne, mais sans tenir compte d'une aggravation possible.

En raison des répercussions économiques des séquelles à son membre inférieur gauche, l'assuré a été mis au bénéfice d'une rente d'invalidité de 18 %, d'un montant mensuel de 736 fr. 35, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2007 ainsi que d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) de 10 %, d'un montant de 10'680 francs (décision de la CNA du 28 décembre 2006).

**b)** En raison de la persistance des douleurs du talon, en-dessous de la cheville, sous le bord externe, notamment à la marche en terrain irrégulier, l'assuré a bénéficié, le 13 février 2009, d'une arthrodèse sous-taliennne du pied gauche effectuée par les médecins du service d'orthopédie de l'Hôpital de Zone de [...].

**c)** Dans le cadre de la révision de rente initiée en juin 2016 par la CNA, il est apparu que l'assuré travaillait, sur la base d'un contrat de travail de durée indéterminée prévoyant un temps d'essai les trois premiers mois (« contrat de travail à durée indéterminée pour les employeurs et travailleurs soumis à la Convention nationale du secteur principal de la construction en Suisse, spécialement dans le canton de Vaud » du 27 février 2014 [pièce 163]), dans le domaine du génie civil comme « machine en formation », depuis le 3 mars 2014, pour le compte de la société V.\_\_\_\_\_ Sàrl, à [...]; cet employeur a résilié les rapports de travail le liant à l'assuré avec effet au 31 octobre 2016. Selon un extrait de son compte individuel (CI) AVS du 1<sup>er</sup> octobre 2016, le revenu annuel de l'assuré dans cette activité professionnelle était de 51'171 fr. (de mars à décembre 2014) et de 73'235 fr. en 2015, soit un salaire mensuel soumis à l'AVS de 5'250 francs (treizième salaire inclus et vacances non comprises). Selon les fiches de salaires également produites, en 2016, le

revenu mensuel de l'intéressé se montait à 5'550 francs. Par décision du 13 décembre 2016, la CNA a supprimé le droit de l'assuré à la rente d'invalidité servie depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2007, avec effet rétroactif au 1<sup>er</sup> juin 2014, et a demandé la restitution d'un montant de 23'416 fr. 50 versé à tort pour la période du 1<sup>er</sup> juin 2014 au 30 novembre 2016 compte tenu de la reprise par l'intéressé d'une activité lucrative suffisamment rémunérée depuis le 3 mars 2014 excluant la prise en considération d'une perte de gain susceptible d'ouvrir le droit à la rente (degré d'invalidité inférieur à 10 %), malgré les séquelles de l'accident. Le 7 avril 2017, sur opposition, la CNA a rejeté la demande de remise de l'obligation de restituer des 3 février et 13 mars 2017, au motif que la condition de la bonne foi faisait défaut dès lors que l'assuré n'avait pas communiqué, malgré qu'il en avait été averti au préalable, son engagement par l'entreprise V.\_\_\_\_\_ Sàrl. Cette décision sur opposition n'a pas été contestée et un arrangement de remboursement par acomptes mensuels de 350 fr. de la créance en restitution de 23'416 fr. 50 a été convenu.

**d)** Entre-temps, par déclaration de sinistre LAA du 20 octobre 2016, V.\_\_\_\_\_ Sàrl a annoncé une rechute de l'accident du 20 août 2004 à la CNA qui a servi ses indemnités journalières et pris en charge une nouvelle opération de l'assuré (neurolyse du nerf péronier profond avec suture des deux branches nerveuses sensibles, neurolyse des nerfs sural et péronier superficiel du pied gauche) réalisée le 7 septembre 2016 à la Clinique Médico-Chirurgicale [...] SA - [...]. Le 17 juillet 2017, l'assuré a bénéficié d'une nouvelle intervention chirurgicale sous forme de neurolyse des branches du nerf sciatique, plastie musculaire profonde, dénervation sélective des branches du nerf sural, et micro-suture des nerfs périphériques (protocole opératoire du 17 juillet 2017 du Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique). Le 22 novembre 2017, il s'est soumis à un nouveau geste chirurgical sous forme d'ostéotomie de médialisation du calcanéum et résection du conflit externe à la pointe du péroné, arthrodèse avec greffe calcanéocuboïdienne, résection d'un ostéophyte cassé au bord postéro-externe du péronier et bloc du pied et de la cheville (protocole opératoire du Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de

l'appareil locomoteur). Du 11 avril au 24 mai 2018, l'assuré a séjourné au sein du service de réadaptation de l'appareil locomoteur de la CRR de Sion. Dans leur rapport de sortie du 15 juin 2018, les Drs G.\_\_\_\_\_ et Z.\_\_\_\_\_, respectivement chef de clinique et médecin-assistant, ont posé les diagnostics suivants :

#### “DIAGNOSTIC PRINCIPAL

- Thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs du pied gauche

#### DIAGNOSTICS SUPPLEMENTAIRES

- 20.08.2004 : chute avec fracture ouverte du calcanéum gauche

#### Complications :

- syndrome douloureux régional complexe du pied gauche après la fracture en 2004
- arthrose sous-talienne post-traumatique
- arthrose calcanéocuboïdienne
- Syndrome douloureux régional complexe du pied gauche (possiblement de type II) en 2017
- Atteinte modérée axonale-myélinique des nerfs sural et péronier superficiel gauches (ENMG du 14.05.2018)

#### Interventions :

- 20.08.2004 : ostéosynthèse des fractures intra-articulaires déplacées du calcanéum gauche
- 13.02.2009 : arthrodèse sous-talienne gauche
- 07.09.2016 : neurolyse du nerf péronier profond avec suture des deux branches sensitives. Neurolyse des nerfs sural et nerf péronier superficiel du pied gauche
- 17.07.2017 : neurolyse branches du nerf sciatique, plastie musculaire profonde, dénervation sélective des branches du nerf sural
- 22.11.2017 : ostéotomie de médialisation du calcanéum et résection du conflit externe à la pointe du péroné, arthrodèse avec greffe calcanéocuboïdienne, résection d'un ostéophyte cassé au bord postéro-externe du péroné

#### CO-MORBIDITES

- probable[s] vertiges positionnels paroxystiques bénins

#### ANTECEDENTS

- Nihil

#### ALLERGIES

- Nihil”

Au terme de la rééducation intensive dont a bénéficié l'assuré et de leur évaluation multidisciplinaire du cas, ces spécialistes ont confirmé, sur le plan orthopédique, le diagnostic de syndrome douloureux régional complexe (SDRC) du pied gauche avec observations de variations de coloration cutanée, d'œdème et de transpiration au cours du séjour. La scintigraphie osseuse parlait également en faveur de ce diagnostic. L'hyper-captation n'était présente qu'à la phase osseuse. L'atteinte modérée axonale-myélinique des nerfs sural et péronier superficiel gauches (selon l'ENMG [électroneuromyographie] du 14 mai 2018) pouvait témoigner d'une participation neurologique à l'apparition du syndrome douloureux régional complexe, mais la chronologie des atteintes n'était pas certaine. Un chaussage adapté n'avait pas pu être réalisé mais était déjà en cours avec un bottier-orthopédiste en ambulatoire. Au plan psychiatrique, en l'absence de nouveau diagnostic posé lors du séjour, l'assuré avait rencontré le psychologue de la CRR qui lui avait donné des explications sur le syndrome douloureux régional complexe. Au plan neurologique, une atteinte modérée axonale, myélinique des nerfs sural et péronier superficiel gauches avait été mise en évidence à l'ENMG du 14 mai 2018. Au cours du séjour, l'assuré avait en outre présenté un épisode de vertiges, le 10 mai 2018, améliorés après manœuvre libératoires ; il s'agissait probablement d'un vertige paroxystique positionnel bénin car une évaluation sur le posturographe était normale après l'épisode. La participation de l'intéressé aux thérapies était considérée comme moyenne sans aucune incohérence relevée de sorte que les plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquaient principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour. La situation n'était pas stabilisée et les restrictions fonctionnelles provisoires suivantes ont été retenues : « marche sans moyen auxiliaire, station debout prolongée, position accroupie, ports de charges > 2.5-5 kg ». Il convenait de poursuivre le traitement de physiothérapie et d'ergothérapie afin de réduire les douleurs, améliorer la sensibilité du pied gauche et augmenter les capacités fonctionnelles. Une stabilisation médicale était attendue dans un délai de douze mois sans nouvelle intervention chirurgicale proposée. Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité était défavorable et compte tenu des douleurs qui limitaient beaucoup l'assuré au quotidien,

une réinsertion dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles n'était pas encore envisageable. A la sortie du séjour effectué à la CRR, le traitement prodigué à l'assuré consistait en la prise de Calcimagon D3 Forte® 1000/800 cp à mâcher citron (1-0-0-0), de Dafalgan® 1g cp pell (1-1-1-0), Nexium Mups® 20 mg cp (1-0-0-0), Pregabalin Pfizer® caps 25 mg (1-0-1-0), Trittico® 50 mg cp (0-0-0-1), Venlafaxine ER Sandoz® 150 mg caps retard (0-0-1-0), Prednisone® 5 mg cp (2-0-0-0 [du 25 au 27 mai 2018] puis 1-0-0-0 [du 28 mai au 3 juin 2018]), Brufen® 400 mg cp pell (1-1-1-0 en réserve si douleurs), Co Dafalgan® 500/30 mg cp pell (par 24h. 1 x 2 cp pour la nuit, en réserve si douleurs), physiothérapie (deux fois par semaine) et ergothérapie (une fois par semaine). Le 15 novembre 2018, l'assuré a bénéficié de l'ablation du matériel d'ostéosynthèse (AMO) plaque d'ostéotomie du calcanéum gauche, d'une résection de la pointe du péroné et de l'ostéophyte du talus entraînant un conflit externe (rapport opératoire du 17 novembre 2018 du Dr J.\_\_\_\_\_).

En l'absence d'amélioration, un nouveau séjour a eu lieu auprès du service de réadaptation de l'appareil moteur de la CRR du 23 juillet au 19 novembre 2019. Dans leur rapport de sortie du 26 novembre 2019, les Drs X.\_\_\_\_\_ et E.\_\_\_\_\_, respectivement chef de clinique et médecin-assistant, ont posé les diagnostics supplémentaires à ceux déjà retenus lors du précédent séjour de l'assuré, de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée et hypertension artérielle (HTA) traitée en cours d'investigation, un tabagisme actif en tant que comorbidité ainsi que des probables vertiges positionnels paroxystiques bénins en mai 2018 comme antécédents. Ces spécialistes se sont exprimés comme il suit sur l'état de santé ainsi que sur la capacité de travail résiduelle de l'assuré :

“A l'entrée les plaintes et limitations fonctionnelles du patient sont des douleurs de la cheville et du pied gauches. Les douleurs sont constantes, d'une intensité de 8/10 au repos et 10/10 à la mobilisation. Elles sont présentes la nuit. Elles s'accompagnent de brûlures et de crampes fréquentes dans la jambe gauche et parfois de coups de couteau dans la face externe du pied gauche. Un gonflement est présent en fin de journée ainsi que des changements de couleurs fréquents, avec un pied qui devient rouge ou bleu. Le périmètre de marche est limité à 20-30 minutes, avec une canne simple. A l'intérieur, le patient se déplace sans moyen auxiliaire. Il sort peu de chez lui et est limité dans les AVQ [activités de la vie

quotidienne]. Il ne peut notamment pas faire de la cuisine, le ménage ou les courses.

Le moral est abaissé avec une perte de confiance en soi, des idées de mort passive et une relation avec son épouse qui est de moins en moins bonne.

L'examen clinique est décrit ci-dessus.

Examens radiologiques :

Avant l'hospitalisation :

RX cheville gauche f/p du 23.08.2004 : enfoncement du calcanéum avec trait de fracture longitudinal transverse moyen, remontant dans l'articulation sous-astragaliennne.

Scintigraphie osseuse triphase du 11.03.2005 : présentation du pied gauche parlant pour une algodystrophie de stade I.

Calcanéum f/p du 04.03.2009 : status après arthrodèse sous-astragaliennne par deux vis, sans déplacement secondaire. Début de fusion des articulations sous-astragaliennes postérieures.

Ostéopénie diffuse.

Calcanéum gauche f/axiale du 02.10.2009 : status post-arthrodèse par abords postérieur et antérieur de l'articulation astragalo-calcanéenne. Sclérose de l'espace articulaire sous-astragalien antérieur et postérieur.

Talon gauche f/p du 02.02.2010 : statut post-mise en place de deux vis pour une arthrodèse talo-calcanéenne. L'interligne articulaire n'est plus décelable. Ostéopénie.

RX cheville gauche f/p en charge du 13.04.2012 : arthrodèse talo-calcanéenne totalement fusionnée. Respect des autres interlignes articulaires. Calcifications séquellaires en regard de la face externe de la fibula, dans les parties molles, avec hypertrophie des parties molles en regard.

Scintigraphie osseuse du 04.09.2014 : foyer d'hypercaptation intense, associé à une hyperhémie au temps précoce, à hauteur de l'articulation cubo-calcanéenne, évocateur d'une atteinte arthrosique évolutive.

RX calcanéum gauche p/axiale du 23.11.20[1]4 : status après mise en place de broches calcanéennes par abord postérieur.

RX chevilles ddc et pieds ddc du 16.04.2018 : ostéosynthèse par plaque et vis en rapport avec le status post-ostéotomie de la médialisation du calcanéum, consolidation complète du trait d'ostéotomie. Matériel d'ostéosynthèse en place. Fusion complète du talus et du calcanéum, en rapport avec le status post-arthrodèse sous-taliennne connue. Status post-arthrodèse calcanéocuboïdienne, avec matériel d'ostéosynthèse en place, et fusion de l'arthrodèse. Déminéralisation osseuse diffuse de l'ensemble de la cheville et du pied gauches, par rapport au côté controlatéral.

Scintigraphie osseuse du 26.04.2018 : en faveur d'une algodystrophie du pied gauche.

Pendant l'hospitalisation :

15.10.2019 - RX calcanéum gauche, pieds et chevilles : comparativement aux dernières RX réalisées en date du 18.04.2018, pas de descellement autour de l'ancre d'arthrodèse calcanéocuboïdienne. Aspect remanié inchangé du calcanéum dans le contexte d'ancienne fracture. Discret pincement tibio-talien

antérieur (arthrose modérée). Discrète déminéralisation osseuse diffuse, inchangée du pied gauche par rapport aux structures du pied droit. Du côté gauche angle de l'arc sous-talien dans la norme (119°). Des deux côtés, pas d'arthrose métatarso-phalangienne ou interphalangienne. Le reste de l'examen est superposable.

Les diagnostics suivants ont été posés au cours du séjour :

Sur le plan orthopédique : néant. On ne retient pas ici de diagnostic de SDRC, les critères de Budapest n'étant pas remplis.

Sur le plan psychiatrique : trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée. Il n'y a pas d'indication à modifier le traitement psychotrope de Brintellix 10 mg. Un suivi psychothérapeutique individuel est proposé durant le séjour hospitalier. Il reprendra son suivi habituel en ambulatoire à la sortie.

Sur le plan neurologique : aucun.

Autre : sur le plan internistique : mise en évidence d'une hypertension artérielle avec des valeurs durant le séjour de façon répétée jusqu'à 165/85 mmHg. L'examen clinique est rassurant et le bilan biologique ne montre pas d'hyperthyroïdie. On introduit un IEC [à] petit dosage. Nous laissons au médecin traitant le soin de suivre ce paramètre et de faire les bilans complémentaires si il le juge nécessaire à la recherche d'une autre cause secondaire.

Les plaintes et les limitations fonctionnelles s'expliquent principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour (Cf. liste diagnostics).

Des facteurs contextuels influencent négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par le patient : importante sous-estimation de ses capacités fonctionnelles à l'entrée et en fin de séjour. Trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée. Cotation élevée des douleurs. Catastrophisation et kinésiophobie, cette dernière étant en diminution en fin de séjour.

D'autres facteurs contextuels peuvent interférer avec le retour au travail : période d'incapacité de travail prolongée, absence de contrat en cours, mauvaise maîtrise du français.

Pendant le séjour, le patient a suivi les prises en charge ci-dessous :

- x physiothérapie
- x psychosomatique
- x ateliers professionnels
- x service pied et chaussure

Le traitement antalgique s'est vu modifier par l'introduction d'office transitoire de Brufen 600 mg 2 x/jour. Si on constate une baisse significative au BPI interférence entre l'entrée et la sortie cela ne s'est pas du tout traduit sur le plan fonctionnel.

L'évolution subjective et objective est non significative (Cf. rapports et tests fonctionnels).

La participation du patient aux thérapies a été considérée comme moyenne. L'intensité des douleurs a constitué un frein au bon déroulement de la rééducation fonctionnelle.

Des incohérences ont été relevées : Au niveau psychiatrique on note un contraste entre les allégations sur son humeur déclarée comme basse et sa thymie objectivée comme adaptée, sans perte de l'élan vital. Nous sommes également interpellés par l'effet subjectif de la prise occasionnelle du traitement psychotrope du patient (Brintellix) dont l'effet semble peu probable administré de cette façon.

Le patient a fait un test de port de charge (Pile-test). La performance est estimée comme légère et accompagnée de douleurs.

Durant le séjour, le patient a été pris en charge aux ateliers sur des périodes allant jusqu'à 2 heures consécutives dans des activités très légères (<5 kg). Il a manifesté un comportement douloureux dans ces mêmes activités et se déplaçait avec une canne. Il a présenté des difficultés en position debout statique prolongée (>30 min) et en position assise (>30 min). L'endurance dans des activités adaptées en position assise est limitée et la continuité dans l'action du travail est séquencée par des arrêts en raison des douleurs.

Aucune nouvelle intervention n'est proposée.

Les limitations fonctionnelles définitives suivantes sont retenues : port de charges légères 10 kg prolongées ou répétitives, marche prolongée, marche en terrain irrégulier, réalisation répétée d'escaliers, travail en station debout/assise prolongée, travail en position accroupi.

La situation est stabilisée du point de vue médical. A plus d'un an de la dernière intervention et à quasiment 2 ans du dernier diagnostic de SDRC la situation n'a que très peu de chance d'évoluer. La poursuite de la physiothérapie pour 9 séances a été remise pour maintenir le patient en activité mais ne sera plus à reconduire.

Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité est défavorable (facteurs médicaux et contextuels).

Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles ci-dessus est théoriquement favorable mais réservé en raison de facteurs médicaux (épisode dépressif en cours) et contextuels (chronification des douleurs, état d'invalidité ancré, rancœur administrative avec la SUVA). [...]"

En annexe à ce rapport, figurait notamment un consilium psychiatrique du 30 octobre 2019 signé le 26 novembre 2019 par la Dre T.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, qui diagnostiquait un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée et notait que le suivi avec le psychologue clinique avait mis en évidence un assuré restant ancré dans son fonctionnement et non mobilisable. Le traitement psychotrope n'avait pas été modifié et des

facteurs contextuels ainsi qu'asséurologiques pouvaient influencer le tableau clinique de façon négatif ; l'intéressé devait reprendre son suivi habituel en ambulatoire à la sortie. Il était noté par ailleurs que sur le plan professionnel, avant 2004, l'assuré avait travaillé comme maçon et que suite à son accident, il avait œuvré comme chauffeur de 2007 à 2009, puis en tant qu'ouvrier dans un laboratoire médical durant deux ans. Il avait passé le permis de machiniste en 2011 et avait travaillé dans un tel poste jusqu'à son licenciement intervenu en 2016.

Dans un rapport de consultation du 3 décembre 2019 à l'intention de la CNA, le Dr J.\_\_\_\_\_ a écrit qu'il se trouvait dans une « impasse thérapeutique » au vu de la stabilisation du cas retenue par l'assurance-accidents et de la composante « psychologique qui rest[ait] problématique » en indiquant une dépression.

Dans un rapport du 31 janvier 2020, la Dre Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie, médecin-chef du Centre d'antalgie de l'Hôpital de [...], consultée le 15 janvier 2020, a fait part de la persistance des douleurs neurogènes du membre inférieur gauche de type CRPS (*Complex regional pain syndrome*) avec échec de traitement médicamenteux et thérapies multiples comprenant la physiothérapie, l'hydrothérapie et l'ergothérapie. Cette médecin suggérait une neuromodulation avec pose d'électrode médullaire en ambulatoire sous anesthésie locale suivie de trois semaines de tests, avec, en cas de bénéfice, la greffe d'un neurostimulateur définitif. Entre-temps, la Dre Q.\_\_\_\_\_ avait proposé des séances de stimulation magnétique transcrânienne (rTMS) entre quinze à trente minutes durant plusieurs jours consécutifs, dans l'attente des nouvelles éventuelles de l'assuré pour suivre ce traitement.

L'assuré a été examiné le 12 février 2020 pour un bilan final par le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la CNA. Dans son rapport du 21 février 2020, ce praticien a posé les diagnostics suivants :

- Fracture ouverte du calcaneum G (20.08.2004).
- Status post-arthrodèse sous-talienne G (13.02.2009).
- Status après neurolyse du nerf péronier profond, suture des branches sensitives, neurolyse du nerf sural et nerf péronier superficiel du pied G et branches du nerf sciatique, plastie musculaire profonde, dénervation sélective des branches du nerf sural (17.09.2016 et 17.07.2017).
- Status post-ostéotomie de médialisation du calcaneum, résection du conflit externe à la pointe du péroné, arthrodèse avec greffe calcanéocuboïdienne, résection d'un ostéophyte cassé au bord postéro-externe du péronier (22.11.2017).
- Atteinte modérée axonale-myélinique des nerfs sural et péronier superficiel G (ENMG du 14.05.2018).
- Troubles de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée.
- Hypertension artérielle.
- Tabagisme actif."

Au terme de son examen final, le médecin d'arrondissement a estimé que la situation médicale était stabilisée depuis le dernier séjour à la CRR en 2019. Si l'exigibilité dans la profession de maçon et le travail lourd n'était plus donnée, elle était toutefois totale, sans limitation de temps ni de rendement, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles listées par les spécialistes de la CRR (port de charges légères supérieures à dix kilos, prolongé et/ou répétitif ; la marche prolongée ; la marche en terrain irrégulier ; la montée et/ou descente répétée d'escaliers ; le travail en station debout/assise prolongé ; le travail en position accroupie). Le traitement au long cours essentiellement lié à la douleur devait être poursuivi durant les six prochains mois avec des consultations auprès du Centre de la Douleur, puis de manière annuelle pour moduler le traitement antalgique. Sur le plan orthopédique, il n'y avait pas de proposition particulière. Sur le plan évolutif, le syndrome douloureux régional complexe n'était actuellement plus reconnu et ne répondait plus aux critères de Budapest. Objectivement, la situation ne montrait aucun signe inflammatoire. Le Dr D. \_\_\_\_\_ proposait, enfin, de fixer à 27.75 % le taux d'atteinte à l'intégrité (15 % pour l'arthrodèse sous-astragalienne avec une pondération pour l'arthrodèse de Chopart de 12.75 %), soit une évaluation de l'atteinte à l'intégrité corrigée de 17.75 % compte tenu de la précédente estimation de l'atteinte à l'intégrité de 10 % (une arthrose de la sous-astragalienne de gravité moyenne).

Selon une notice d'une entrevue du 12 février 2020 entre l'assuré et une spécialiste du secteur prestations de longue durée à la

CNA, l'intéressé a fait part de son intention de discuter de l'indication du traitement proposé par le Centre d'antalgie de l'Hôpital de [...] avec son psychiatre traitant, le Dr M. \_\_\_\_\_ lors de sa prochaine consultation du 7 mars 2020.

De son côté, le Dr I. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, médecin traitant, a régulièrement prolongé l'incapacité de travail totale de l'assuré.

Le 8 juin 2020, la CNA a écrit à l'assuré qu'elle mettrait fin à la prise en charge du traitement médical et aux indemnités journalières au 30 juin 2020. Elle statuerait ultérieurement sur le droit à la rente et sur le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) à laquelle l'intéressé avait droit.

Après avoir procédé aux mesures d'instruction idoines (pièce 455), la CNA a, par décision du 25 juin 2020, refusé à l'assuré le droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents en l'absence de diminution notable de la capacité de gain due à l'accident du 20 août 2004. Selon ses investigations médicales, l'intéressé était en mesure d'effectuer une activité ne nécessitant pas le port prolongé et/ou répétitif de charges supérieures à dix kilos, la marche prolongée, la marche en terrain irrégulier, la montée et/ou descente répétée d'escaliers, la station debout/assise prolongée ainsi que la position accroupie. Une telle activité était exigible de sa part à la journée entière et lui permettait de réaliser selon l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), homme, niveau de compétence 1 et abattement de 5 % pour limitations fonctionnelles, un revenu de 65'024 francs. Comparé au gain réalisable sans l'accident de 68'536 fr., il en découlait une perte de 5 %. La CNA a précisé qu'outre les séquelles organiques découlant de l'accident assuré, les troubles psychogènes n'étaient pas en relation de causalité (naturelle et adéquate) avec cet événement. Elle lui a, en revanche, alloué une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) d'un montant de 18'957 fr. (taux de 17.75 %, sur la base d'un gain assuré de 106'800 fr. en 2004). Cette prestation a été versée le jour même à son bénéficiaire.

Le 2 juillet 2020, la CNA a reçu un rapport médical du 26 juin 2020 du Dr J.\_\_\_\_\_. Notant en particulier un périmètre de marche limité à 100 - 150 mètres sans douleur, ce médecin a réitéré se trouver dans « une impasse thérapeutique » au vu de la fin du droit aux indemnités journalières au 30 juin 2020 décidée par l'assurance-accidents et de la composante psychologique (dépression) « qui rest[ait] problématique ». Poursuivant la physiothérapie à une fréquence de deux fois par semaine, l'assuré ne s'estimait plus apte à travailler.

L'assureur-maladie de l'assuré (N.\_\_\_\_\_) a, après consultation du dossier constitué par la CNA, retiré le 21 juillet 2020 son opposition provisoire formée le 3 juillet précédent contre la décision du 25 juin 2020 de l'assurance-accidents.

A l'appui de son opposition formée les 27 juillet et 1<sup>er</sup> octobre 2020 contre la décision du 25 juin 2020 de la CNA, l'assuré, par son conseil en la personne de Me François Gillard, a demandé l'annulation de cette décision, une reprise et un complément de l'instruction médicale, puis l'octroi en sa faveur d'une indemnité à l'intégrité « qui ne saurait être inférieur[e] à 50 % » ainsi que l'allocation d'une rente d'invalidité de l'assurance-accidents. Il contestait la valeur probante du rapport d'examen du médecin d'arrondissement de la CNA en lui opposant la limitation du périmètre de marche à 100 - 150 mètres sans douleur rapportée par le Dr J.\_\_\_\_\_ déplorant en outre l'absence d'investigation de la part de l'assureur-accidents sur la « composante psychologique qui rest[ait] problématique » ; à son avis, seule une capacité de travail de 50 % était exigible de sa part compte tenu des douleurs chroniques. Il contestait par ailleurs le taux d'abattement de 5 % pris en compte pour le calcul de son préjudice économique, alléguant qu'une réduction de 30 % semblait plus adaptée.

Dans un rapport du 3 novembre 2020, le Dr J.\_\_\_\_\_ a confirmé son appréciation du cas en répétant que « nous nous trouvons dans une impasse thérapeutique ».

Le 28 décembre 2020, l'assuré a annoncé avoir déposé une demande de prestations (mesures professionnelles et/ou rente) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (OAI) avec le concours du Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie ; dans un « rapport médical psychiatrique : réadaptation professionnelle/rente » adressé à l'OAI, le psychiatre traitant depuis 2018 a attesté une chronicisation de la dépression justifiant un pronostic réservé, avec une capacité de travail nulle en toute activité au vu des multiples limitations fonctionnelles.

Par décision sur opposition du 8 janvier 2021, la CNA a rejeté l'opposition et confirmé sa décision du 25 juin 2020.

**B.** Par acte du 10 février 2021, A.\_\_\_\_\_, représenté par Me François Gillard, a déféré cette décision sur opposition devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation et à l'allocation d'une rente complète d'invalidité « pour une durée indéterminée » sans autres précisions ainsi qu'à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) « d'à tout le moins 50% ». Subsidiairement, il a conclu à l'annulation de la décision sur opposition attaquée et au renvoi de la cause à la CNA pour instruction complémentaire puis « nouvelle décision d'indemnisation, laquelle se fondera en particulier sur les instructions données par et dans le cadre du futur arrêt de cassation de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois ». En substance, sur le plan formel, il invoquait une violation de son droit d'être entendu, au motif que les rapports de ses médecins (les Drs J.\_\_\_\_\_ et M.\_\_\_\_\_) n'auraient pas été pris en compte, de manière délibérée par la CNA, laquelle se serait exclusivement fondée sur le rapport « lacunaire » de son médecin d'arrondissement. Sur le fond, s'appuyant sur les rapports des médecins consultés, il a fait valoir qu'un lien de causalité (naturelle et adéquate) devait être admis entre l'accident de 2004 et ses « problèmes psychogènes importants » (à savoir, sa dépression chronique), contrairement au rapport d'examen du Dr D.\_\_\_\_\_ dont la valeur probante était contestée ; à ses yeux, l'accident « qui était certes à la

base ou au départ de gravité moyenne, se retrouv[ait] au final dans la catégorie supérieure des accidents moyens, à la limite des accidents de forte gravité », avec cinq des sept critères retenus par la jurisprudence remplis, ce qui justifiait l'octroi en sa faveur d'une rente d'invalidité complète. Sur le plan physique, il contestait la stabilisation de l'état de santé retenue par la CNA, opposant un rapport du 2 février 2021 du Dr J.\_\_\_\_\_ dont il ressort la proposition d'une nouvelle intervention chirurgicale prévue au printemps 2021 dans le contexte d'une situation inchangée de l'état de santé physique ; le recourant alléguait présenter un état de santé « misérable » avec une dégradation chronicisée depuis l'accident datant de 2004, et une limitation du périmètre de mouvement limitée à 100 - 150 mètres sans douleurs. Même si la reprise à terme d'une activité adaptée sur le plan physique devait être admise sur la base du dernier rapport du Dr J.\_\_\_\_\_, il rappelait que son état de santé psychique défaillant s'y opposait. Toujours, sous l'angle de l'examen du droit à la rente d'invalidité de l'assurance-accidents, le recourant contestait le calcul de son dommage économique en reprochant à la CNA de ne pas avoir effectué « une appréciation concrète du cas d'espèce », estimant qu'elle devait retenir son revenu effectif « durant certaines périodes entre son accident de 2004 et aujourd'hui », notamment les salaires obtenus pour ses activités exercées entre 2014 et 2016 mais qui n'étaient « pas propres à rompre le lien de causalité adéquate entre son état actuel et l'événement dommageable du 20 août 2004 ». A son avis, la prise en compte d'un revenu sans invalidité sur la base de ses emplois effectifs lui ouvrirait le droit à une rente d'invalidité complète. Enfin, au vu de son état de santé global défaillant, il prétendait à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité complémentaire « supérieure à un taux de seulement 17,75% » en l'estimant à un taux d'« à tout le moins 50% ». A titre de mesure d'instruction, outre la production de rapports des médecins consultés, il a requis la mise en œuvre d'une expertise médicale « indépendante » par le tribunal. Sous bordereau de pièces, le recourant a produit un rapport de consultation du 2 février 2021 adressé à la CNA par le Dr J.\_\_\_\_\_ dont on extrait notamment ce qui suit :

“Motif de consultation : Syndrome douloureux chronique au MIG avec de multiples opérations et persistance d'un volumineux conflit

externe entre le péroné et le calcanéum, luxation chronique des fibulaires, ostéophytes sur le péroné et gêne sur agrafe d'arthrodèse de la CC.

Dépression.

N° de sinistre : [...]

Anamnèse :

[...]

Son périmètre de marche est limité à 100 - 150 m sans douleur. Il décompense une coxodynie D

[...]

Status :

Situation inchangée.

Marche avec une boiterie du MIG et triple flessum.

N'ose pas dérouler le pas.

Douleurs diffuses mal systématisées à tout le pied et la cheville G, allodynie.

Persistance de troubles trophiques, pied rouge et chaud.

Tuméfaction généralisée au pied, qui est hyperalgique.

En passif mob chev G F/E 20-10-0°, équin non réductible.

Cicatrice calme.

[...]

Examens complémentaires :

CT du jour confirme le diagnostic susmentionné.

Rx Cheville Face, Pied Face Profil en charge, oblique : gros conflit externe avec la pointe de la malléole externe ayant progressé.

Conclusion :

Je lui explique longuement les différentes alternatives de traitement, conservateur et chirurgical.

Je lui propose une prise en charge chirurgicale sous forme de résection du volumineux conflit externe entre le péroné et le calcanéum, tentative de réduction de la luxation chronique des fibulaires, Résection des ostéophytes sur le péroné et AMO de l'agrafe d'arthrodèse de la CC au pied G.

Le patient est conscient que cette opération ne pourra pas le soulager de toutes ses douleurs mais nous pouvons clairement espérer une diminution des douleurs mécaniques à la marche.

D'autre part, il est clair qu'il s'agit toujours du cas d'accident du 20.08.2004 N° de sinistre : [...]

Je demande au médecin-conseil de la SUVA la garantie de prise en charge chirurgicale le 11.03.21 suivie d'une hospitalisation pour surveillance de l'hématome, de la cicatrice post-opératoire et gestion de l'antalgie."

Dans sa réponse du 3 mai 2021, la CNA a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition querellée. Concernant le droit à la rente d'invalidité, sur le plan médical, elle a relevé que la nouvelle intervention chirurgicale proposée par le Dr J. \_\_\_\_\_ était une intervention visant à « apporter pour bénéfice un soutien, ni plus ni moins » et qu'il n'y avait aucun motif justifiant de s'écarter des conclusions du rapport d'examen du 21 février 2020 du médecin d'arrondissement retenant la stabilisation du cas. Par ailleurs, les troubles psychiques n'étaient pas en relation de causalité adéquate avec l'accident assuré. Sur le versant économique, l'intimée s'estimait fondée à ne pas prendre en compte le salaire réalisé par le recourant dans son dernier emploi pour le compte de la société V. \_\_\_\_\_ Sàrl, au motif que cette activité professionnelle n'était pas adaptée au handicap sur la durée, et qu'elle avait du reste probablement contribué à l'annonce de la rechute en 2016 ; elle maintenait la prise en compte d'un revenu sans invalidité de 68'536 fr. selon les indications recueillies au dossier. Enfin, l'estimation « objective » de l'atteinte à l'intégrité effectuée en 2020 par le médecin d'arrondissement « expérimenté » pour les séquelles de l'accident n'était pas critiquable, le recourant n'apportant aucun élément motivant pour lesquelles raisons le raisonnement de ce praticien serait erronée. Dans ces conditions, l'intimée s'estimait fondée à nier un droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents et à reconnaître une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 17,75 %, en présence d'un état de santé stabilisé au 30 juin 2020 au soir, les troubles psychiques devant par ailleurs être écartés de l'examen du droit aux prestations car n'étant pas en lien de causalité adéquate avec l'accident. En annexe à son mémoire, la CNA a produit une détermination complémentaire du 26 avril 2021 du Dr B. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, à laquelle elle se ralliait, et constatant la stabilisation du cas avec la persistance de limitations fonctionnelles.

Le 26 mai 2021, le recourant a produit un rapport du 12 avril 2021 de la Dre K. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, libellé comme suit :

“Le médecin soussigné, certifie que **Monsieur A. \_\_\_\_\_, né(e) le [...]**, est suivi au Centre [...] depuis mars 2018.

Adressé par son médecin traitant, Dr I. \_\_\_\_\_, en raison d'une péjoration de son état dépressif avec douleurs insomniantes et émergence d'idées noires. Patient sans antécédent psychiatrique. En août 2004, il est victime d'un accident avec fracture ouverte du calcanéum du membre inférieur gauche. M. A. \_\_\_\_\_ a pu reprendre son travail jusqu'en septembre 2016, tout en continuant son suivi spécialisé en orthopédie. Depuis, il est en arrêt de travail pour exacerbation de la symptomatologie douloureuse et complications dans les suites de ses différentes interventions chirurgicales, neuf au total. A noter une dixième intervention chirurgicale sur son membre inférieur gauche il y'a 1 mois, avec des soins encore actuels.

Agitations anxieuses avec isolement et évitement des interactions sociales. M. A. \_\_\_\_\_ rapporte des douleurs au niveau des membres notamment le membre inférieur gauche, avec raideur et picotements. Il mentionne également des douleurs du dos et des crampes, avec un blocage au niveau des hanches. Cette anxiété anticipatoire sévère le pousse à s'isoler, même en famille. Il a un sentiment de honte et se sent dénigré. Il présente des idées suicidaires fluctuantes sous forme de fantôme de mort. Ce qui l'empêche de passer à l'acte ce sont ses enfants.

Rapport établi à la demande de l'intéressé et remis en main propre.”

Le 15 juin 2021, en réplique, le recourant a confirmé ses précédentes conclusions. Il insistait sur la nécessité de compléter l'instruction médicale par une expertise pluridisciplinaire afin de confirmer le lien de causalité entre l'accident et ses « graves atteintes psychiques actuelles » (dépression sévère et chronique) et déterminer la gravité des séquelles après les dix interventions chirurgicales à son membre inférieur gauche, dont la dernière au printemps 2021 attesterait que l'état de santé n'était pas encore stabilisé. En annexe à son écriture, il a produit un ultime rapport du 15 mars 2021 du Dr J. \_\_\_\_\_ consécutif à l'opération effectuée par celui-ci le 11 mars 2021.

Dans sa duplique du 1<sup>er</sup> juillet 2021, la CNA a confirmé les conclusions prises à l'appui de son mémoire-réponse du 3 mai 2021 tendant au rejet du recours. Elle a observé en ce sens que la question de la causalité naturelle entre l'accident et l'atteinte psychique diagnostiquée par la Dre K. \_\_\_\_\_ pouvait demeurer ouverte, dans la mesure où un lien de causalité adéquate devait être nié au motif que la plupart des critères jurisprudentiels en la matière faisaient défaut dans le cas présent.

**C.** Par décision du 30 mars 2021, A. \_\_\_\_\_ a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 10 février précédant. Il était exonéré du paiement d'avances et des frais judiciaires ainsi qu'astreint à payer une franchise mensuelle de 50 fr. dès et y compris le 3 mai 2021. Un avocat d'office en la personne de Me François Gillard lui a été désigné.

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

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

**b)** En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2.** Dans un moyen formel qu'il convient d'examiner dans un premier temps, le recourant invoque une violation de son droit d'être entendu en reprochant à l'intimée de n'avoir pas pris en compte les rapports médicaux des Drs J. \_\_\_\_\_ et M. \_\_\_\_\_.

La violation du droit d'être entendu dans le sens invoqué par le recourant est une question qui n'a pas de portée propre par rapport au grief tiré d'une mauvaise appréciation des preuves. Il s'agit par conséquent d'un grief qu'il convient d'examiner avec le fond du litige. En

l'état les rapports médicaux des médecins consultés figurent au dossier et ce n'est au demeurant pas parce que leurs conclusions n'ont pas été suivies par l'autorité intimée qu'ils n'ont pas été pris en considération.

Le grief formel soulevé par le recourant doit être écarté.

**3. a)** Le litige a pour objet le droit du recourant à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

**b)** On précisera que les modifications introduites par la nouvelle du 25 septembre 2015, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2017 et modifiant diverses dispositions de la LAA, ne sont pas applicables au cas d'espèce, vu la date de l'accident assuré (cf. ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification [RO 2016 4388]).

**4. a)** Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGGA).

**b)** Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration, le cas échéant le juge, examine en se fondant

essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références citées).

**c)** Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 ; TF 8C\_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.1 et les références citées).

**d)** La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA [ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même affection qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a et les références citées ; TF 8C\_232/2019 du 26 juin 2020 consid. 3.3). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V

293 consid. 2c et les références citées ; TF 8C\_450/2019 du 12 mai 2020 consid. 4).

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

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;

- la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ;
- la durée anormalement longue du traitement médical ;
- les douleurs physiques persistantes ;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ;
- les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes ;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

De manière générale, lorsque l'on se trouve en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut un cumul de trois critères sur les sept ou au moins que l'un des critères retenus se soit manifesté de manière particulièrement marquante (TF 8C\_493/2017 du 10 juillet 2018 consid. 2.2 et les références citées).

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

En conséquence, la personne qui a eu un accident a droit à un traitement médical aussi longtemps qu'il y a lieu d'attendre de la poursuite du traitement une amélioration significative de son état de santé. La question de savoir si une amélioration significative est encore possible est notamment déterminée par l'augmentation ou la récupération

attendue de la capacité de travail, dans la mesure où celle-ci est compromise par l'accident. L'utilisation du terme "sensible" à l'art. 19 al. 1 LAA indique donc clairement que l'amélioration espérée par un traitement ultérieur (approprié) au sens de l'art. 10 al. 1 LAA doit être significative (ATF 134 V 109 consid. 4.3). Ni la possibilité lointaine d'un résultat positif de la poursuite d'un traitement médical ni un progrès thérapeutique mineur à attendre de nouvelles mesures - comme une cure thermale - ne donnent droit à sa mise en œuvre. Dans ce contexte, l'état de santé de la personne assurée doit être évalué de manière pronostique et non sur la base de constatations rétrospectives (TF 8C\_142/2017 du 7 septembre 2017 consid. 4).

**bb)** Pour évaluer le taux d'invalidité, et ainsi le montant de la rente, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA).

**cc)** La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, 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 137 V 334 consid. 3.1.1 ; TF 8C\_643/2016 du 25 avril 2017 consid. 4.1). Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (TF 8C\_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 5.4.1).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente (ATF 143 V 295 consid. 4.1.3 et les références citées ; TF 9C\_254/2010 du 29 octobre 2010 consid. 4.2).

**dd)** Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C\_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2).

**ee)** Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1).

Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1\_skill\_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222).

**b)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que,

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

**c)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

**d)** Une valeur probante doit également être accordée aux appréciations émises par les médecins de la CNA, car, selon la jurisprudence, cette institution n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi. C'est la raison pour laquelle le juge

accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, une entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et les références citées ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**e)** S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C\_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

**6. a)** En l'espèce, le recourant a été mis au bénéfice d'une rente de 18 % et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) de 10 % en 2007 à la suite d'un accident, à savoir un saut depuis la fenêtre des WC d'un bar, en 2004 qui a causé une fracture ouverte du calcanéum gauche. Le droit à la rente a été supprimé le 13 décembre 2016 avec effet rétroactif au 1<sup>er</sup> juin 2014, avec demande de restitution de prestation induite car il avait repris un travail suffisamment rémunéré pour supprimer la perte de gain depuis 2014.

Le recourant a dû subir de nouvelles interventions et suivre de nouveaux traitements à la suite de rechute, entre 2016 et 2019. La CNA a mis fin aux indemnités journalières et au traitement médical pour le 30 juin 2020, puis, le 25 juin 2020, a dénié le droit à une rente et à la prise en charge de troubles psychogènes qui affecteraient le recourant depuis l'accident de 2004, faute de lien de causalité avec l'accident pour les atteintes psychiques et faute de réduction significative de la capacité de gain pour les atteintes physiques. Elle a en revanche alloué une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 17,75 %.

**b)** Il y a lieu de constater que l'on est en présence d'un événement accidentel dès lors que la CNA a pris en charge la rechute de l'accident de 2004 annoncée en 2016.

En ce qui concerne le droit à la rente d'invalidité de l'assurance-accidents, le recourant soutient que ses « graves » lésions psychiques, soit une dépression « sévère et chronique », sont en lien de causalité avec l'accident du 20 août 2004. Il s'agira donc d'examiner si un lien de causalité existe entre cet accident et les troubles psychogènes invoqués.

**c)** Contrairement aux critiques formulées, il convient de constater que pour son évaluation du cas, l'intimée a pris en compte les avis des Drs J.\_\_\_\_\_ et M.\_\_\_\_\_ qui n'indiquent pas l'existence d'une relation de causalité entre les troubles psychiques et l'accident de 2004. De toute manière, il s'agit d'un lien de causalité naturelle qui ne suffit toutefois pas. Il n'est pas nécessaire de se prononcer sur l'existence de ce lien de causalité naturelle dès lors que le lien de causalité adéquate fait défaut selon l'examen des critères jurisprudentiels en la matière (cf. consid. 4e supra et les références citées). Cela étant, on pourra tout de même relever que le lien de causalité naturelle paraît douteux dès lors qu'aucun trouble psychique n'est apparu lors du premier séjour à la CRR (avril 2005) et que le suivi psychiatrique a commencé en mars 2018 soit quatorze ans après l'accident. Si un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée figure comme diagnostic supplémentaire dans le rapport de sortie du 26 novembre 2019 des médecins de la CRR, il n'est toutefois pas considéré comme une atteinte à la santé incapacitante. Par ailleurs, diverses incohérences ont été relevées par la psychiatre qui a examiné l'intéressé lors de son dernier séjour à la CRR (à savoir, la description de nombreuses plaintes difficiles à préciser, une symptomatologie décrite sur le plan anxieux restant vague et la mention de la nécessité de faire des examens de sang et d'urine sans toutefois avoir de médecin traitant depuis un an).

Pour l'examen de la causalité adéquate, il y a lieu d'examiner si les critères suivants sont remplis :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident : même si ce critère n'est pas invoqué en l'occurrence il convient de constater qu'il n'est pas rempli. L'assuré a fait la description suivante de l'accident : « J'ai alors regardé par la fenêtre et ai pensé que je pouvais m'en sortir tout seul en me laissant pendre, puis en me lâchant au sol. Je suis monté sur les toilettes et ai passé la 1<sup>ère</sup> jambe, puis la seconde. Après quoi je me suis laissé descendre gentiment le long du mur, mais mes mains ont glissé sur le rebord de la fenêtre où je me tenais. Ce rebord était tout mouillé à cause de la pluie de la nuit. J'étais déjà presque avec les bras tendus lorsque j'ai glissé. Je me suis réceptionné uniquement sur la jambe gauche entre le mur et la maison. La jambe droite n'a pas touché le sol ». Il convient de constater qu'il n'y a rien d'impressionnant à se laisser glisser volontairement le long d'un mur d'une hauteur de 3m40 en voulant sortir d'un local WC par la fenêtre en se créant une lésion au talon (quand bien même il s'agit d'une fracture ouverte) à la suite d'une mauvaise réception sur une jambe. Ayant glissé alors qu'il avait déjà les bras tendus, la chute de l'intéressé était de l'ordre de 1m50 (étant rappelé qu'il mesure 1m70). Il a du reste ensuite pu se déplacer et appeler l'ambulance.

- la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques : ce critère est invoqué au motif que le recourant est handicapé dans la simple marche depuis 2004 ce qui l'affecte dans sa vie quotidienne. Il convient de nier la gravité particulière des lésions présentées, une mise en danger ou une lésion à un organe vital, une fracture du calcaneum n'étant pas de nature à entraîner des troubles psychiques. Le seul fait de présenter un handicap n'est pas suffisant pour reconnaître la gravité de la lésion. Par ailleurs, les limitations fonctionnelles ne sont pas si invalidantes dès lors qu'elles permettent au recourant d'exercer une activité adaptée à plein temps.

- la durée anormalement longue du traitement médical : ce critère est invoqué au motif que le recourant doit encore subir une nouvelle intervention envisagée par le Dr J.\_\_\_\_\_. Il convient de nier la réalisation de ce critère ; l'état s'est stabilisé en novembre 2005 avec une reprise possible d'une activité adaptée au handicap (rapport d'examen final du 1<sup>er</sup> novembre 2005 du Dr L.\_\_\_\_). La prochaine intervention chirurgicale a eu lieu le 7 septembre 2016 à la suite d'une rechute qui n'a pas nécessité un traitement anormalement long. Lors du séjour à la CRR au printemps 2018, après deux opérations en 2017, des limitations fonctionnelles provisoires ont été retenues avec la précision qu'une stabilisation médicale était attendue dans un délai de douze mois sans nouvelle intervention chirurgicale proposée. Au cours du dernier séjour à la CRR en 2019, après avoir subi l'ablation du matériel d'ostéosynthèse (AMO) plaque d'ostéotomie du calcanéum gauche, une résection de la point du péroné et de l'ostéophyte du talus entraînant un conflit externe en novembre 2018, aucun nouveau diagnostic n'a été retenu sur le plan orthopédique et la situation a été estimée comme stabilisée par les médecins spécialistes, et des limitations fonctionnelles définitives retenues (à savoir : « port de charges légères dix kilos prolongées ou répétitives, marche prolongée, marche en terrain irrégulier, réalisation répétée d'escaliers, travail en station debout/assise prolongée et travail en position accroupi »). Si le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité était défavorable, dans une activité adaptée au handicap physique le pronostic était théoriquement favorable.

- Les douleurs physiques persistantes : ce critère n'est pas invoqué, il n'est de toute manière pas rempli au motif que les éventuelles douleurs persistantes ne sont pas d'une intensité importante ; l'assuré est ressorti du séjour à la CRR en avril 2005 avec pour seule prescription du Dafalgan® « en réserve si douleur » et en 2018 il s'est plaint de douleurs de la cheville et du pied gauches constantes d'une intensité de 8/10 au repos et 10/10 à la mobilisation ; les spécialistes ont toutefois noté une cotation élevée des douleurs, une catastrophisation, une kinésiophobie, et une sous-estimation de ses capacités fonctionnelles.

- Les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident : ce critère n'est pas invoqué. Il n'y en a pas.

- Les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes : ce critère est invoqué car le recourant a eu un nerf sectionné ce qui a nécessité quatre opérations chirurgicales à son talon, respectivement dix interventions en tout. Compte tenu du nombre d'opérations qu'il a subies jusqu'à récemment, à la suite du développement d'un syndrome douloureux régional complexe (SDRC) du pied gauche, avec échec de traitement médicamenteux et thérapies multiples (physiothérapie, hydrothérapie et ergothérapie), puis d'une arthrose sous-talienne post-traumatique, il y a lieu d'admettre que ce critère est réalisé en l'espèce. Ce critère est toutefois insuffisant à lui seul pour admettre un lien de causalité.

- Le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques : ce critère est invoqué mais pas réalisé. Le recourant a été estimé apte à reprendre une activité adaptée à plein temps par les spécialistes de la CRR en avril 2005 ; il n'y a pas lieu de prendre en compte des facteurs contextuels qui l'ont empêché de reprendre une activité, ni les problèmes psychiques. Or, l'incapacité de travail totale attestée par le médecin traitant paraît davantage fondée sur la problématique psychologique puisque la situation sur le plan physique n'a pas entraîné une incapacité de travail totale mais la possibilité d'exercer une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles fixées par la CRR.

S'agissant de la gravité de l'accident, l'intimée considère qu'il s'agit d'un accident de gravité moyenne à la limite des accidents peu graves. Cette appréciation doit être suivie. Dans le cas d'espèce, après sa chute qui était de l'ordre de 1m50, l'assuré a subi une fracture ouverte du calcanéum gauche sans mise en danger, ni de lésion à un organe vitale. Les circonstances n'ont rien de dramatiques dans la mesure où il s'agit d'une glissade le long d'un mur.

En l'occurrence, on constate que seul un critère pertinent afin de retenir un lien de causalité adéquate apparaît comme rempli, contre trois requis par la jurisprudence. Par ailleurs, compte tenu des considérations qui précèdent, le critère retenu ne se manifeste pas de manière particulièrement marquante. Il y a par conséquent lieu de nier l'existence d'un rapport de causalité adéquate entre les troubles psychiques et l'accident de 2004.

**d)** Sur le plan physique, le lien de causalité a été admis par la CNA (rechute).

**e)** Le recourant reproche à l'intimée d'avoir considéré à tort que la situation était stabilisée en opposant qu'il doit encore subir une nouvelle intervention proposée par le Dr J.\_\_\_\_\_. Ce médecin relève toutefois que ce médecin fait état d'une « situation inchangée » sur le plan physique et précise que l'on est dans une impasse thérapeutique, élément qui plaide plutôt en faveur de la stabilisation du cas. Du reste, et de manière contradictoire avec son allégation de l'absence de stabilisation, le recourant conclut à l'allocation d'une rente, à titre principal.

Il convient de rappeler que, selon l'art. 19 LAA, l'état est stabilisé lorsqu'il n'y a plus lieu d'attendre du traitement médical une amélioration sensible de l'état, soit une augmentation ou rétablissement de la capacité de travail (cf. consid. 5a/aa supra et les références citées). Or sur le plan thérapeutique, le médecin traitant J.\_\_\_\_\_ indique, le 2 février 2021, que l'intervention ne va pas notablement améliorer la situation du recourant, que cela va peut-être diminuer les douleurs mécaniques à la marche et que la situation est inchangée. Le 3 décembre 2019, il relevait déjà être dans une impasse thérapeutique, puis renouvelle cet avis le 26 juin 2020, puis le 3 novembre 2020, et enfin le 2 février 2021 il dit que la situation est inchangée mais lui propose une prise en charge pour tenter de réduire ses douleurs. Le Dr B.\_\_\_\_\_ confirme la stabilisation dans son avis du 26 avril 2021 et que les limitations fonctionnelles vont persister. Les médecins spécialistes de la CRR ont également constaté qu'aucune nouvelle intervention n'était proposée et,

qu'à plus d'un an et à quasiment deux ans du dernier diagnostic de syndrome douloureux régional complexe (SDRC), la situation n'avait que peu de chance d'évoluer. Durant le séjour, l'assuré avait été pris en charge aux ateliers, se déplaçant avec une canne, il avait présenté un comportement douloureux et des difficultés en positions debout statique prolongée et assise ; l'endurance dans des activités adaptées en position assise était limitée et le travail séquencé par des arrêts en raison des douleurs. Lors du dernier séjour à la CRR, la situation était stabilisée du point de vue médical avec des limitations fonctionnelles définitives retenues.

**f)** En lien avec la comparaison des revenus (au sens de l'art. 16 LPGA) effectuée, le recourant conteste celui sans invalidité (68'536 fr.) retenu, alléguant qu'il a travaillé entre l'accident de 2004 et ce jour et qu'il faut prendre en compte son revenu issu de ses emplois qui sont déterminants et représentatifs de sa capacité de gain ; d'un autre côté il soutient que cette période de travail n'a pas interrompu le lien de causalité adéquate entre son état actuel et l'événement dommageable du 20 août 2004 car ses activités lucratives représentaient des tentatives infructueuses de réinsertion.

Selon la jurisprudence, en l'absence de salaire social, il convient de fixer le revenu d'invalidé du recourant en se fondant sur le revenu effectivement réalisé par celui-ci dans son activité adaptée, sans devoir procéder à une évaluation sur la base de salaires fondés sur les données statistiques (ATF 139 V 592 consid. 2.3).

Dans la décision mettant fin à la rente du 13 décembre 2016, l'intimée a considéré que le recourant avait été engagé le 3 mars 2014 par l'entreprise V.\_\_\_\_\_ Sàrl pour un revenu de 5'250 fr. par mois, y compris treizième salaire. Il avait perçu un revenu soumis à l'AVS de 51'171 fr. de mars à décembre 2014 et de 73'235 fr. en 2015. Quant à 2016, les fiches de salaires faisaient apparaître un salaire mensuel de 5'550 fr. (treizième salaire compris et vacances en sus, selon le contrat de travail conclu le 27 février 2014). Elle a tenu compte de ces salaires pour constater qu'il n'y

avait plus de perte de gain susceptible d'ouvrir le droit à une rente de l'assurance-accidents. Dans la décision sur opposition attaquée, l'intimée est revenue en arrière en fixant cette fois-ci le revenu sans invalidité sur la base du salaire hypothétique perçu avant l'accident de 2004 chez l'entreprise H.\_\_\_\_\_ SA, devenue F.\_\_\_\_\_ SA, indexé à 2020 (pièces 432 et 435). Or il y a lieu de maintenir comme base le revenu sans invalidité perçu en 2014 - 2016 par le recourant. L'intimée ne saurait tirer argument des plaintes formulées par ce dernier en novembre 2016 (pièce 175) pour considérer que cet emploi n'était pas adapté, dès lors que ces faits n'avaient pas empêché l'intimée de retenir comme salaire de référence celui perçu chez V.\_\_\_\_\_ Sàrl dans sa précédente décision. Dans la mesure où le recourant se plaint de toute manière que tout emploi est inadapté dans son cas, on ne saurait se fier sur ses seules déclarations à l'époque pour considérer aujourd'hui que cette activité n'était pas adaptée, alors même que le recourant s'était vu affecter ce revenu dans la précédente décision de suppression de la rente de l'assurance-accidents. Il paraît cohérent de retenir également le dernier revenu réalisé comme revenu sans invalidité aux motifs que le recourant occupait ce poste sur la base d'un contrat de travail de durée indéterminée depuis mars 2014 et qu'il avait apparemment occupé des emplois similaires auparavant. De plus, si des difficultés sont apparues, il n'est pas établi qu'elles aient été si importantes que l'on puisse en déduire que le poste était inadapté.

En l'occurrence, le revenu hypothétique sans invalidité est, en 2016, de 73'659 fr. 60 (5'550 fr. x 12, plus l'indemnité vacances de 10,6 % [selon l'art. 34 de la Convention nationale du secteur principal de la construction en Suisse, le recourant, né en [...], avait droit à 25 jours ouvrables de vacances ; le salaire afférent aux vacances s'élevait à 10,6 % du salaire des travailleurs rémunérés à l'heure]). Indexé à 2020 (+ 0.4 % [2017] + 0.5 % [2018] + 0.9 % [2019] + 0.8 % [2020] ; cf. Indice des salaires nominaux 2011 - 2020 de l'Office fédéral de la statistique [OFS]), il est de 75'592 fr. 85.

Le revenu hypothétique d'invalidé (65'024 fr.) n'est pas contesté. Vérifié d'office, il est confirmé. Après comparaison avec le

revenu hypothétique sans invalidité (75'592 fr. 85), il en résulte un préjudice financier de 10'568 fr. 85 qui correspond à une perte de gain de 13,98 % ( $[10'568 \text{ fr. } 85 / 75'592 \text{ fr. } 85] \times 100$ ), arrondie à 14 % (ATF 130 V 121), ce qui conduit à l'admission du recours sur ce point.

**7. a)** Dans un autre moyen, le recourant reproche à l'intimée une estimation incorrecte de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à laquelle il a droit. Il revendique une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 50 % au moins au lieu des 17,75 % retenus mais sans élément objectif à faire valoir.

**b)** Selon l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui, par suite de l'accident, souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité.

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

Aux termes de l'art. 25 al. 1 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital. Elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité, qui s'apprécie d'après les constatations médicales. C'est dire que chez tous les assurés présentant le même status médical, l'atteinte à l'intégrité est la même ; elle est évaluée de manière abstraite, égale pour tous, de sorte qu'il n'est pas nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'elle entraîne pour l'assuré concerné (ATF 115 V 147 consid. 1 ; 113 V 218 consid. 4b ; TF 8C\_566/2017 du 8 mars 2018 consid. 5.1). Il

incombe donc au premier chef aux médecins d'évaluer l'atteinte à l'intégrité, car, de par leurs connaissances et leur expérience professionnelles, ils sont les mieux à même de juger de l'état clinique de l'assuré et de procéder à une évaluation objective de l'atteinte à l'intégrité (TF 8C\_566/2017 du 8 mars 2018 consid. 5.1).

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 de l'OLAA (art. 36 al. 2 OLAA). Cette annexe comporte un barème des atteintes à l'intégrité en pour cent du montant maximum du gain assuré. Ce barème - reconnu conforme à la loi - ne constitue pas une énumération exhaustive (ATF 124 V 29 consid. 1b, 113 V 2018 consid. 2a). Il représente une « règle générale » (ch. 1 al. 1 de l'annexe). Pour les atteintes qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il y a lieu d'appliquer le barème par analogie, en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 de l'annexe). Le ch. 2 de l'annexe dispose au surplus qu'en cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence, aucune indemnité n'étant toutefois versée dans les cas pour lesquels un taux inférieur à 5 % du montant maximum du gain assuré serait appliqué. A cette fin, la Division médicale de la CNA a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA. Sans lier le juge, ces tables sont néanmoins compatibles avec l'annexe 3 OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc ; TF 8C\_566/2017 du 8 mars 2018 consid. 5.1) et permettent de procéder à une appréciation plus nuancée, lorsque l'atteinte d'un organe n'est que partielle. En cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité dues à un ou plusieurs accidents, l'indemnité est fixée d'après l'ensemble du dommage (art. 36 al. 3, première phrase OLAA).

**c)** Dans son estimation de l'atteinte à l'intégrité du 12 février 2020 (pièce 423), le Dr D.\_\_\_\_\_ écrit que « selon la table n° 5 des indemnisations des atteintes à l'intégrité selon la LAA, atteinte à l'intégrité résultant de l'arthrose, il y a eu une arthrodèse sous-astragaliennne et une arthrodèse de l'articulation de Chopart réalisée à distance : 15 % pour

l'arthrodèse sous astragaliennne et avec pondération pour l'arthrose de Chopart + 12.75 %, ce qui représente une estimation totale de 27.75 % ».

Le 9 mars 2020 (pièce 433), le Dr D. \_\_\_\_\_ écrit que « selon Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA table 5 (Révision 2011) concernant [l'a]tteinte à l'intégrité résultant d'arthroses [l]atteinte sous-astragaliennne est passée à 15 %. En ce qui concerne l'arthrodèse du Chopart, celle-ci tient compte d'une pondération et reste à 12.75 %, ce qui représente une estimation totale de 17.75 % pour l'évaluation actuelle (27.75 % moins 10 %, estimée le 01.11.2005) ».

Aucune constatation médicale au dossier ne justifie de s'écarter de l'appréciation du médecin d'arrondissement pour la fixation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI).

**8.** Le dossier est complet, permettant ainsi à la Cour de statuer en connaissance de cause. Un complément d'instruction apparaît inutile et la requête formulée en ce sens par le recourant dans ses écritures - à savoir, la réalisation d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire - doit dès lors être rejetée. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la conviction qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.3 ; 130 II 425 consid. 2.1).

**9.** **a)** En définitive, il y a lieu d'admettre partiellement le recours en ce sens que la décision sur opposition du 8 janvier 2021 refusant le droit à la rente d'invalidité de l'assurance-accidents au recourant est réformée en ce sens qu'une rente de 14 % est due dès le 1<sup>er</sup> juillet 2020. Le recours est rejeté pour le surplus.

**b)** Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f bis LPGA).

La partie recourante, qui obtient partiellement gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, a droit à des dépens réduits, qu'il convient de fixer à 1'200 fr., débours et TVA compris (art. 61 let. g LPGA, art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimée.

**c)** La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Me Gillard peut prétendre une équitable indemnité pour son mandat d'office, qu'il convient de fixer à 1'730 fr. 20 (pour huit heures et trente minutes de travail d'avocat au tarif horaire de 180 fr.), débours (5 %) et TVA (7,7 %) compris (art. 2, 3 al. 2 et 3bis RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). L'indemnité d'office n'étant que partiellement couverte par les dépens, le solde, soit 530 fr. 20 (1'730 fr. 20 - 1'200 fr.), sera provisoirement supporté par le canton.

**d)** La partie recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser l'indemnité provisoirement prise en charge par l'Etat dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ).

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

- I.** Le recours est partiellement admis.
  
- II.** La décision sur opposition rendue le 8 janvier 2021 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents refusant à A. \_\_\_\_\_ le droit à la rente d'invalidité de l'assurance-accidents est réformée en ce sens qu'une rente de 14 % est due dès le 1<sup>er</sup> juillet 2020.

- III.** La décision sur opposition rendue le 8 janvier 2021 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents fixant un taux de 17,75 % à la base de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est confirmée.
- IV.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.
- V.** La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents versera à A. \_\_\_\_\_ une indemnité de 1'200 fr. (mille deux cents francs) à titre de dépens.
- VI.** L'indemnité d'office de Me François Gillard, conseil du recourant, est fixée, après déduction des dépens précités, à 530 fr. 20 (cinq cent trente francs et vingt centimes), débours et TVA compris.
- VII.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement du solde de l'indemnité du conseil d'office mise à la charge de l'Etat.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Me François Gillard (pour A. \_\_\_\_\_),
- 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 :