

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 4 juin 2021

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
M. Neu, juge, et M. Bonard, assesseur
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

S._____, à [...], recourant, représenté par Me Alexandre Lehmann,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 16 LPGA ; 6, 10, 18, 19, 21, 24 et 25 LAA ; 36 OLAA

E n f a i t :

A. **a)** Le 22 décembre 2016, S._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le [...], aide-électricien auprès de la société Z._____ Sàrl à [...], a été victime d'un accident professionnel en chutant d'une échelle, avec réception sur les pieds. Atteint aux deux chevilles, il en est résulté une fracture déplacée du calcanéum gauche ainsi qu'une fracture de la cheville droite de type Weber A, impliquant la malléole externe. La fracture du calcanéum gauche a été traitée par ostéosynthèse le 30 décembre 2016 à l'Hôpital de [...] alors qu'une approche thérapeutique conservatrice a été prescrite pour la cheville droite.

La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée) a pris le cas en charge.

A trois mois post opératoire, l'assuré a été victime d'une thrombose et d'une embolie pulmonaire, qui a nécessité un séjour au CHUV et un traitement par Sintrom®. L'évolution au niveau du calcanéum était favorable, avec une cicatrice bien fermée sans signe d'infection. Lors de sa consultation du 21 avril 2017, le Dr C._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a demandé à l'assuré de débiter la marche avec une chaussure Darco Plate® en charge progressive à l'aide de deux cannes. L'assuré était en incapacité de travail. Le traitement prescrit consistait en de la physiothérapie. Un contrôle radio-clinique était prévu à la fin du mois de mai 2017.

Le 29 mai 2017, le Dr C._____ a posé les diagnostics de status post ostéosynthèse d'une fracture du calcanéum gauche et de fracture de la cheville droite. Il s'interrogeait sur d'éventuelles contusions au niveau du genou droit post-traumatiques. L'évolution au niveau de la cheville gauche était globalement favorable malgré un œdème encore important, possiblement en lien avec l'embolie pulmonaire importante post opératoire. Le genou droit étant douloureux, le médecin a effectué des radiographies et demandé la réalisation d'une IRM (imagerie par

résonance magnétique) afin de s'assurer de l'absence d'une problématique aiguë expliquant la persistance de douleurs.

Le 30 mai 2017, l'employeur a résilié les rapports de travail le liant à l'assuré avec effet au 30 juin 2017 en raison de l'absence de ce dernier depuis l'accident.

Dans un rapport du 19 juin 2017, le Dr C. _____ a retenu les diagnostics de status post ostéosynthèse d'une fracture du calcanéum gauche déplacée à six mois post opératoire, de diabète non insulino-dépendant, d'ostéonécrose du condyle fémoral interne avec décompensation inflammatoire et lésion du ménisque interne du genou droit, de fracture de type Weber A de la cheville droite, et de douleurs à l'épaule gauche « séquellaire du traumatisme également du mois de décembre 2016 ». L'IRM demandée avait mis en évidence une ostéochondrose spontanée du condyle fémoral interne avec déchirure oblique étendue du corps et de la corne postérieure du ménisque interne. L'assuré se plaignait également de douleurs à l'épaule gauche traitées par son physiothérapeute. Les symptômes tant au niveau du genou que de la cheville et de l'épaule gauche étaient améliorés par le traitement de physiothérapie et l'assuré se déplaçait avec ses deux cannes auxiliaires. Le bénéfice d'une infiltration de Cortisone® au niveau du genou droit en fonction de l'évolution des symptômes devait être discuté lors de la consultation suivante. Une intervention chirurgicale sur le genou droit n'était pas de mise, la cheville gauche n'ayant pas encore pleinement récupéré.

Un bilan radiologique de la cheville gauche (face/profil) et axial du calcanéum du 7 août 2017 a montré une consolidation entière de la fracture traitée par ostéosynthèse en décembre 2016.

Le 21 août 2017, le Dr C. _____ a confirmé ses précédents diagnostics. Il a fait part d'une évolution qui était lentement favorable moyennant la poursuite de la physiothérapie. L'assuré avait toujours passablement de douleurs, il marchait encore avec ses deux cannes et se

plaignait de douleurs au niveau de son genou droit, de sa cheville gauche et également de son épaule gauche. La question d'un éventuel séjour de l'assuré au sein de la Clinique romande de réadaptation (CRR) à Sion avait été discutée et il s'agissait de faire le point de situation dans six semaines.

Dans un rapport du 2 octobre 2017, consécutif à sa consultation du 26 septembre 2017, le Dr C._____ a fait part d'une évolution mitigée en raison de la persistance de douleurs de l'assuré au niveau de son calcanéum, de son épaule gauche, de son genou droit, de sa cheville droite, ainsi qu'au niveau de sa hanche droite. La radiographie du bassin du jour montrait quelques signes d'arthrose des deux hanches (en l'occurrence, une coxarthrose débutante à gauche, plus avancée à droite avec lésion kystique de la tête fémorale) sans lien avec l'accident. Concernant la cheville gauche, le médecin a constaté, à la radiographie du jour, un statut post ostéosynthèse favorable, avec une articulation bien conservée au niveau de la sous-astragaliennne, la plaque étant bien en place. Son examen clinique montrait par contre encore un pied bien tuméfié, une cicatrice propre et « clairement encore un gonflement et des douleurs un peu diffuses tout au long de la cheville et du pied » sans troubles neurologiques. Il a également été observé une boiterie au niveau de la hanche gauche, une mobilisation douloureuse de ce membre et des douleurs prédominant au niveau du grand trochanter et remontant jusque dans la fesse. Le Dr C._____ s'est exprimé comme suit sur l'évolution de l'état de santé de l'assuré depuis l'accident :

“En conclusion, les suites post-opératoires sont compliquées car il [l'assuré] garde toujours des douleurs importantes au niveau de la cheville gauche, des douleurs au niveau de la hanche gauche qui, à mon sens, sont clairement dues au fait qu'il marche mal avec un boiterie et avec l'aide de 2 cannes depuis pratiquement 9 mois. La cheville droite reste toujours sensible et des douleurs également au niveau du genou droit et de l'épaule gauche, qui semblent être également apparues suite à l'accident. Pour l'instant, il gère quand même le quotidien grâce à des séances, qui amènent quand même un soulagement globalement. Nous avons évoqué la possibilité d'aller faire un stage à la clinique de rééducation de la SUVA, pour l'instant le patient ne souhaite pas faire ce stage, car il a déjà passé une longue hospitalisation en décembre, puis encore lors de l'embolie pulmonaire et pour l'instant il préfère continuer avec son physiothérapeute personnel.

En ce qui concerne une reprise de travail, la situation me paraît pour l'instant bien compromise car Monsieur S._____, pour l'instant, n'est absolument pas apte à reprendre quelque travail. Je reverrai en tout cas Monsieur S._____ dans un délai de 2 mois pour refaire le point avec lui. [...]"

Le 3 octobre 2017, l'assuré s'est entretenu à son domicile avec un collaborateur du service externe de la CNA. On extrait ce qui suit de la rubrique « activité » du rapport de visite rédigé le 3 octobre 2017 par le case-manager :

"M. S._____ est possesseur d'un diplôme d'électricien portugais. Chez Z._____, il effectuait tous les travaux de la profession, soit tant au gainage que de l'installation. Il n'était pas cantonné à des activités d'aide-électricien. Il a été licencié en raison de son absence.

En Suisse, il vit avec son épouse et sa fille qui peut l'aider pour les tâches administratives. Lui-même s'exprime dans un français un peu laborieux mais très appliqué."

Lors de cette entrevue, l'assuré a notamment déclaré à son interlocuteur être disposé, selon l'évaluation du Dr C._____, à se rendre à la CRR. Il précisait que pour l'heure son pied gauche était « beaucoup trop réactif » ; il pouvait marcher dix minutes puis devait surélever sa jambe. L'intéressé était par ailleurs invité à s'annoncer auprès de l'assurance-invalidité.

Le 20 novembre 2017, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) pour les répercussions de l'accident du 22 décembre 2016 sur son état de santé.

Aux termes d'un rapport du 1^{er} décembre 2017, consécutif à sa consultation du 28 novembre 2017, le Dr C._____ a, sans avoir réalisé de nouvelles radiographies de contrôle, conclu à une évolution lente mais toutefois favorable. La reprise du travail n'était pas encore d'actualité, l'assuré devant continuer les séances de physiothérapie, autant au niveau de l'épaule gauche que de la cheville gauche. La perspective d'un séjour à la CRR devait être discutée en début d'année 2018.

L'assuré a fait l'objet d'une appréciation médicale par la Dre X. _____, médecin praticien et médecin d'arrondissement de la CNA, le 18 janvier 2018. Dans le rapport d'examen du 22 janvier 2018, ce médecin a écrit que subjectivement l'assuré déclarait des douleurs très importantes au niveau de sa cheville gauche mais également de son genou droit et de son épaule gauche. L'intéressé marchait avec deux cannes, la marche était difficile avec une augmentation des douleurs notamment dans les escaliers. Objectivement, la Dre X. _____ constatait un assuré en état général moyen, un peu déconditionné qui marchait avec deux cannes et dont la marche avec une canne était extrêmement difficile pieds nus dans la salle d'examen. La médecin a marqué son étonnement à la vue d'une dermite ocre du membre inférieur gauche sans autre évidence parlant pour une algoneurodystrophie. Elle constatait une amyotrophie de la cuisse gauche avec 1,5 cm et une cheville gauche empâtée avec une mobilisation active diminuée. Au niveau de la cheville droite, la mobilité était conservée, sans douleur à la palpation. En ce qui concernait le genou droit, la palpation était douloureuse à l'interligne interne, avec un genou qui ne montrait pas d'épanchement et était stable dans les deux plans. Au niveau de l'épaule gauche, la flexion et l'abduction étaient limitées. L'état de santé n'étant pas encore stabilisé, la Dre X. _____ a d'emblée retenu que les limitations séquellaires de l'accident du 22 décembre 2016 entraveraient la reprise de l'activité d'aide-électricien une fois le cas stabilisé, ce dont l'assuré avait été informé. La Dre X. _____ a estimé que les troubles au genou droit et à l'épaule gauche ne semblaient pas être en lien de causalité certain, ni même probable, avec l'accident, avec la précision que ce point serait discuté une fois le cas stabilisé et en fonction d'éventuelles investigations à venir. A la lumière de ses constatations, la médecin d'arrondissement de la CNA a proposé un séjour à la CRR, proposition acceptée par l'assuré.

Le 9 février 2018, l'ex-employeur a informé la CNA que sans atteinte à la santé, le revenu annuel brut de l'assuré sur la période du 22 décembre 2015 au 21 décembre 2016 se serait élevé à 51'887 fr. 45, montant auquel s'ajoutait la somme de 2'886 fr. 70 correspondant au

treizième salaire du 1^{er} avril au 31 décembre 2016. Dans une attestation annexe, l'ex-employeur a fait part des éléments suivants (cf. pièce 105) :

	Années			
	2016	2017	2018	
Salaire présumable sans l'accident en :				
- Salaire de base :	29.- / heure	29.50 / heure	30.- / heure	
- Allocations familiales :	-	330	-	
- Indemnité pour Vacances, jours fériés :	2653.50	6976.75		
- Gratification (13 ^{ème} salaire ou pourcentage) :	2886.70	1390.-		
- Autres allocations et genre de celles-ci : Transport et repas de midi	992.95	30.-		
- Horaire de travail hebdomadaire :	41.5	41.5	41.5	

Au terme d'un échange de courriers électroniques des 13 et 14 février 2018, l'ex-employeur a informé la CNA que, concernant les montants de 2'886 fr. 70 et 1'390 fr. indiqués, le treizième salaire pouvait être calculé en fonction d'un pourcentage de 8,33 % sur la base des heures travaillées par l'assuré, lequel avait travaillé neuf mois en 2016 et seulement six mois en 2017, ce qui expliquait la différence dans les montants annoncés de treizième salaires (pièce 107).

Dans leur rapport du 20 avril 2018 consécutif à un séjour de l'assuré à la CRR du 6 mars au 4 avril 2018, les Drs R._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, chef de clinique, et K._____, médecin-assistant, ont posé les diagnostics suivants :

“DIAGNOSTIC PRINCIPAL

- Thérapies physiques et fonctionnelles pour douleur et limitations fonctionnelles pied et cheville gauches.

DIAGNOSTICS SUPPLEMENTAIRES

- 22.12.2016 : chute avec :
 - à gauche : fracture multi-fragmentaire du calcaneum, de l'os naviculaire, fracture processus post du talus, fracture de l'os cuboïde
 - fracture Weber A, non déplacée de la malléole latérale droite
 - à l'US [ultrason] de l'épaule gauche du 13.03.2018 : ténosynovite du LCB [long chef du biceps], bursite, déchirure interstitielle du supra-épineux sur 2 cm.

Complications :

- Thrombose veineuse profonde membre inférieur et embolie pulmonaire.
- Syndrome douloureux régional complexe du pied gauche (stade I à la scintigraphie de février 2018).

Interventions :

- 30.12.2016 : ostéosynthèse du calcaneum gauche.

CO-MORBIDITES

- Hypercaptation diaphysaire humérale droite à la scintigraphie du 20.03.2018.
- Diabète de type II traité par ADO [antidiabétiques oraux].
- Ostéochondrose condyle fémoral interne droit, arthrose débutant genou droit.
- Lésion kystique de la tête fémorale à droite.
- Enthésopathie achilléenne ddc [des deux côtés].

ANTECEDENTS

- Status post-embolie pulmonaire en mars 2017, sous anti-coagulation orale (suivi dans le service d'angiologie à Lausanne).

ALLERGIES

- Nihil.”

Les Drs R._____ et K._____ 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 gauche, qui varient en intensité, de 5 à 10/10, sur l’échelle EVA [Echelle Visuelle Analogique]. Elles se situent au niveau du talon, en péri-malléolaire externe. Il s’agit de douleurs de type pressions, picotements, chaleur, brûlures, électricité, fourmillements. Il ne supporte pas la chaussure fermée. Le patient rapporte des variations de couleur, de température et d’œdème.

Au niveau de la cheville droite, la douleur au repos est cotée à 2/10 et peut monter à 4/10, située dans l’articulation de la cheville, de type pressions, déclenchées à la charge et à l’inversion du pied.

Au niveau du genou droit, il existe une douleur interne, de type frottements, déclenchées à la marche de plus de 15 minutes, dont l’intensité est de 5 à 7/10 sur l’échelle EVA.

A l’épaule gauche, il existe une douleur mécanique, déclenchée par l’élévation antérieure à plus de 90°, à type de lancées, qui peuvent monter jusqu’à 10/10 sur l’échelle EVA.

A la demande, le moral est bon. Appétit conservé. Prise de 10 kg depuis l’accident. Le sommeil est perturbé par des faux-mouvements et douleurs déclenchées au niveau de la cheville gauche.

L’examen clinique est décrit ci-dessus

Examens radiologiques disponible[s] via MediPort X-Ray :
Avant l’hospitalisation :

[...]

Sur le plan orthopédique :

Au cours du séjour nous avons observé des variations d’œdème, de coloration cutanée et de chaleur du pied gauche, surtout après les exercices. Il n’y a pas de syndrome inflammatoire au laboratoire et la scintigraphie montre des images compatibles avec un syndrome douloureux régional complexe du pied gauche (stade 1 scintigraphie). Nous retenons donc le diagnostic de syndrome douloureux régional complexe du pied gauche.

Nous commençons un traitement par miacalcic à la sortie, sous couvert de calcimagon pour une durée de 4 semaines. En cas d’amélioration des douleurs, ce traitement pourra être poursuivi 2 semaines supplémentaires.

En cas de persistance de douleurs importantes, un traitement par corticoïde pourrait être essayé avec une surveillance rapprochée en raison des comorbidités.

Un traitement par biphosphonate semble compromis en raison du mauvais état dentaire du patient.

Au cours du séjour, le patient a été vu auprès des ateliers pieds et chaussures avec mise en place de chaussures orthopédiques de série avec lit plantaire intégré.

La scintigraphie retrouve également une hypercaptation diaphysaire humérale droite. Un bilan complémentaire par radiographies standard centrées sur cette zone est nécessaire.

L'US de l'épaule montre une synovite du long chef du biceps, une bursite et une déchirure interstitielle du supra-épineux sur 2 cm. Un traitement conservateur a été mis en place et est à poursuivre. En cas de douleur invalidante, présente la nuit, une infiltration sous-acromiale pourrait être proposée.

Concernant le genou droit, on constate une arthrose débutant interne et ostéochondrose condyle fémoral interne droite ancienne. Pour l'instant aucune chirurgie n'est indiquée.

Sur le plan psychiatrique : au cours du séjour, le patient a été vu auprès du psychiatre de la clinique qui constate qu'il s'agit d'une personnalité qui peut être vite dépassée et qui souffre de l'inactivité. Dans ce contexte, un suivi individuel avec interprète pour travailler sur les croyances et rassurer le patient a été mis en place. Il est demandeur d'un suivi psychologique à la sortie. Des adresses de psychologues portugais lui ont été données.

Autre : l'ECG [électrocardiogramme] du 07.03.2018 montre un rythme régulier, sinusal. Pas de trouble de dépolarisation.

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 : kinésiophobie modérée à sévère, catastrophisme élevé, sous-estimation de ses capacités fonctionnelles, patient centré sur les douleurs, très craintif de tout mouvement et vite dépassé par les nouveautés.

Entrent aussi en ligne de compte sur le plan professionnel : absence de formation, mauvaise maîtrise du français, âge avancé.

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

- x physiothérapie
- x ergothérapie
- x psychosomatique
- x atelier pied et chaussure

Le traitement antalgique comprend une prise en charge par 3g de Dafalgan par jour en réserve et la prise de Tramadol gttes 3 push 2x/j en réserve. Un traitement par Condrosulf 800 mg 1 cp le matin a été introduit.

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

La participation du patient aux thérapies a été considérée comme moyenne.

Aucune incohérence n'a été relevée.

Les limitations fonctionnelles provisoires sont retenues : marche sur terrain irrégulier, marche sans moyen auxiliaire, position debout prolongée, activités accroupie ou à genoux, ports de charges >5 kg, activités avec les membres supérieurs au-dessus du plan des épaules.

La situation n'est pas stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles.

La poursuite d'un traitement de physiothérapie en ambulatoire, pour une rééducation à la marche et de l'antalgie est indiquée.

Une stabilisation médicale est attendue dans un délai de 12 mois environ (scintigraphie encore positive aux 3 phases).

Aucune nouvelle intervention n'est proposée. Le patient a été vu par notre consultant spécialisé en chirurgie orthopédique qui ne retient pas d'indication à opérer le patient, pas d'indication à une AMO [ablation du matériel d'ostéosynthèse]. La situation est à réévaluer dans un an sur le plan orthopédique.

Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité est défavorable, en raison des facteurs médicaux retenus après l'accident.

Au vu des limitations fonctionnelles et des facteurs contextuels, la reprise d'une activité professionnelle lucrative semble illusoire."

Dans le cadre de l'instruction de sa demande de prestations de l'assurance-invalidité du 20 novembre 2017, l'assuré devait bénéficier d'une mesure d'intervention précoce de la part de l'OAI, sous la forme de trois modules auprès d'A. _____ SA à [...], du 7 mai au 26 octobre 2018 (communication du 23 avril 2018 de l'OAI).

Selon le rapport de visite au domicile de l'assuré, en présence de sa fille qui a fait la traduction, du 2 mai 2018 rédigé par le case-manager de la CNA, l'intéressé effectuait de la physiothérapie à une intensité de trois séances par semaine dont le suivi médical était assuré par le Dr C. _____. Sur le plan personnel, l'assuré de nationalité portugaise avait obtenu le permis C en Suisse depuis le 1^{er} août 2017.

Par communication du 22 juin 2018, l'OAI a informé l'assuré, qu'après analyse de sa situation, des mesures de réadaptation d'ordre professionnel n'étaient pas envisageables, de sorte qu'il allait être procédé à l'examen de son droit aux prestations de l'assurance-invalidité.

Selon une notice d'entretien téléphonique du 10 août 2018 intitulée « point de situation », la fille de l'assuré a fait savoir à l'inspecteur de la CNA qu'il y avait peu d'amélioration de l'état de santé. En sus des trois séances de physiothérapie par semaine, l'intéressé allait débiter la physiothérapie en piscine. Par ailleurs, la mesure d'intervention dont il avait bénéficié de la part de l'OAI auprès d'A._____ SA s'était stoppée après le premier entretien compte tenu de l'état de santé actuel. Du côté de la CNA, il s'agissait de récolter des renseignements auprès du DrC._____ puis de les soumettre au médecin d'arrondissement.

Par rapport du 31 août 2018 à l'OAI, le Dr C._____ a fait savoir qu'une nouvelle intervention chirurgicale n'était pas prévue, ni en terme d'ablation du matériel, ni en terme d'autres opérations, ni au niveau du genou droit, de l'épaule gauche ou de la cheville gauche. Ce médecin estimait que le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité était « clairement » impossible en raison des facteurs médicaux retenus après l'accident. Il précisait qu'à son avis les limitations et les facteurs contextuels, tels que mis en évidence par les médecins de la CRR, entravaient totalement la reprise d'une activité professionnelle lucrative sur les prochains mois à venir.

Le 5 octobre 2018, répondant à un questionnaire de la CNA, le DrC._____ a spécifié qu'au niveau du pied gauche l'assuré présentait une cicatrice latérale qui était propre, un œdème diminué ; il n'y avait pas de troubles neuro-vasculaires et la mobilité de la cheville était encore bien conservée. Concernant les effets du traitement, qui se composait également d'antalgiques à la demande et de quelques anti-inflammatoires, l'assuré était surtout aidé par la physiothérapie avec un clair soulagement tant au niveau des chevilles que de son épaule gauche.

Aux termes d'un rapport du 17 décembre 2018, le Dr C._____ a indiqué que son examen clinique du 20 novembre 2018 avait montré une cheville gauche bien dégonflée, avec une palpation sous-talienne latérale qui restait sensible. Il n'avait pas été objectivé de trouble vasculaire. L'assuré marchait encore avec une certaine appréhension et

des douleurs à la charge complète au niveau de son talon gauche. A la suite de la scintigraphie effectuée lors du séjour à la CRR, il n'avait pas été constaté de douleur au niveau de l'humérus droit et le bilan radiologique montrait une certaine réaction périostée au niveau de la face latérale de l'humérus, sur le tiers proximal-tiers moyen.

Selon une note médicale du 7 janvier 2019, la Dre X. _____ a retenu que l'évolution était lentement favorable. Au vu de l'état de santé non stabilisé, il s'agissait d'obtenir des renseignements complémentaires auprès du Dr C. _____.

Par décision du 21 mars 2019, l'OAI a alloué à l'assuré une rente entière dès le 1^{er} avril 2019, fondée sur un degré d'invalidité de 100 %.

Après avoir pris connaissance de la décision de rente de l'AI et avoir obtenu un rapport du 1^{er} avril 2019 du Dr C. _____, dont il ressortait que la situation était globalement gérée par les séances de physiothérapie et qu'un bilan radiologique réalisé le 11 février 2019 n'avait pas montré de changement significatif par rapport aux deux chevilles, la médecin d'arrondissement de la CNA a estimé que le cas n'était toujours pas stabilisé, avec la poursuite de la physiothérapie. Elle a sollicité le dossier de l'assurance-invalidité. La situation devait être réexaminée dans un délai de trois mois (note sur dossier du 5 avril 2019 de la Dre X. _____).

Par décision du 2 mai 2019, l'OAI a octroyé une rente entière d'invalidité pour la période du 1^{er} mai 2018 au 31 mars 2019.

Le 28 mai 2019, le Dr C. _____ a adressé un nouveau rapport depuis sa dernière consultation. A l'examen clinique du 27 mai 2019, la cheville gauche restait encore relativement colorée, avec une peau qui était toujours fragile, une cicatrice fermée. Il n'avait pas refait de bilan radiologique, étant donné l'évolution par rapport à la dernière consultation qui était globalement un *statu quo*. De l'avis de ce praticien, l'évolution était globalement « quand même un peu plus favorable, même si la

situation n'[était] pas parfaite, de loin pas ». L'assuré restait dépendant des séances de physiothérapie qui amenaient un soulagement global.

En réponse à l'interpellation de la CNA visant à déterminer le revenu de l'assuré pour les années 2017 et 2018, l'ex-employeur a indiqué qu'il aurait été augmenté de cinquante centimes de l'heure pour chaque année. Il a également précisé qu'une semaine de travail équivalait à 41,5 heures (courrier électronique envoyé le 31 juillet 2019 à la CNA par l'entreprise Z. _____ Sàrl).

Le 21 août 2019, la Dre X. _____ a fait un rapport d'examen final. Elle a posé les diagnostics suivants :

“Diagnostic

- Fracture multifragmentaire du calcaneum G, de l'os naviculaire, fracture du processus postérieure du talus et fracture de l'os cuboïde suite à une chute le 22.12.2016.
- Fracture Weber A non déplacée de la malléole latérale D suite à la chute du 22.12.2016.
- Thrombose veineuse profonde MIG et embolie pulmonaire.
- Syndrome douloureux régional complexe du pied G (stade I à la scintigraphie de février 2018).
- Ostéosynthèse du calcaneum G le 30.12.2016.

Diagnostics secondaires

- Obésité de stade I.
- Diabète de type II traité par des antidiabétiques oraux.
- Douleurs des deux épaules prédominant à G en lien avec une ténosynovite du LCB, une bursite, une déchirure interstitielle du supra-épineux sur 2 cm.
- Hypercaptation diaphysaire humérale D à la scintigraphie du 20.03.2018.
- Ostéochondrose du condyle fémoral interne D et arthrose débutante genou D.
- Lésion kystique de la tête fémorale à D et enthésopathie achilléenne des deux côtés.”

La Dre X. _____ a relevé que subjectivement, l'assuré mentionnait des douleurs à 4/10 au repos au niveau de son membre inférieur gauche, essentiellement au niveau du talon gauche, qui augmentaient à chaque pas jusqu'à 8/10. Les douleurs, augmentaient également aux changements de temps et le réveillaient trois à quatre fois par nuit. L'assuré mentionnait que son membre inférieur gauche gonflait lorsqu'il marchait et qu'il présentait des difficultés pour monter les escaliers. Il ne pouvait pas marcher sans cannes à l'extérieur et à l'intérieur et utilisait une canne tenue au niveau du membre inférieur gauche. Objectivement, la Dre X. _____ constatait une boiterie d'épargne du membre inférieur gauche avec un assuré qui marchait avec une canne et sur la pointe du pied gauche. La cheville gauche était mobile tant en flexion plantaire qu'en flexion dorsale. Il était également noté une amyotrophie de la cuisse gauche de 1,5 centimètre. Il n'y avait pas de différence de diamètre entre le mollet gauche et le mollet droit, néanmoins l'assuré avait présenté une thrombose du membre inférieur gauche qui pouvait masquer une amyotrophie de la musculature de ce mollet. Les séquelles de l'agoneurodystrophie du membre inférieur gauche étaient encore bien présentes et ce membre restait coloré (hyperpigmentation et rougeur), avec toujours une peau qui était fine et une diminution de la pilosité traduisant une algoneurodystrophie encore en phase active même si en légère amélioration depuis le premier examen clinique. Du point de vue médical, la situation était maintenant stabilisée. Ce rapport d'examen médical se termine comme suit :

“On peut retenir les limitations fonctionnelles suivantes, pas de marche en terrains irréguliers, pas de marche prolongée. Pas de marche sans cannes à l'extérieur et avec une canne à l'intérieur, pas de position statique debout prolongée, pas d'activités accroupies ou à genoux, pas de port de charges (l'assuré marchant avec une canne, le port de charges est limité à 5 kg en position assise et pas de port de charges en mouvements).

Il faut noter encore que les limitations fonctionnelles pour les épaules sont, pas d'activités au-dessus de l'horizontale, mais elles ne sont pas en relation de causalité pour le moins probable avec l'événement qui nous occupe. Elles ne sont donc pas prises en compte dans l'appréciation de la capacité de travail exigible de cet assuré dans une activité adaptée.

L'activité d'aide[-]électricien n'est plus une activité adaptée aux limitations fonctionnelles liées aux membres inférieurs et donc l'incapacité de travail est nulle de manière définitive. Dans une activité adaptée, respectant parfaitement les limitations fonctionnelles au niveau des membres inférieurs, la capacité de travail est entière pour les seules suites de l'événement du 22.12.2016.

Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée est extrêmement mauvais du fait que l'assuré a été mis au bénéfice d'une rente AI entière et de facteurs médicaux qui ne sont pas liés à l'événement du 22.12.2016 (douleurs des épaules, douleurs du genou D), tout comme en raison de facteurs non médicaux tels que l'âge, le fait que l'assuré n'ait pas de formation ou ne parle ni ne comprenne bien le français.

Nous avons expliqué que, pour les seules suites de la chute du 22.11.2016, nous ne pouvions retenir que les séquelles au niveau du membre inférieur. Les douleurs au niveau des épaules ne sont pas en lien de causalité pour le moins probable avec l'événement du 22.12.2016 mais sont une conséquence indirecte liée à l'usure des épaules plus à gauche qu'à droite. Il en est de même pour les douleurs au niveau du genou droit qui sont attribuées à une arthrose débutante.

L'assuré doit pouvoir bénéficier de 2 consultations en angiologie au CHUV et d'un traitement suite à sa thrombose du membre inférieur gauche. De 2 à 3 consultations chez le Dr C. _____ par année ainsi que d'un traitement antalgique. La physiothérapie doit être maintenue à raison de 2 fois par semaine étant donné que l'algoneurodystrophie n'est pas totalement guérie et ceci sera à réévaluer dans 6 mois.

A noter que l'assuré doit pouvoir également bénéficier de chaussures orthopédiques et de bas de contention sur ordonnance médicale."

L'atteinte à l'intégrité a été estimée le 21 août 2019 par la Dre X. _____. Elle a constaté une fracture multifragmentaire du calcaneum gauche, de l'os naviculaire, fracture du processus postérieur du talus et fracture de l'os cuboïde (suite à une chute le 22 décembre 2016), une fracture Weber A non déplacée de la malléole latérale droite (suite à la chute du 22 décembre 2016), une thrombose veineuse profonde du membre inférieur gauche et embolie pulmonaire, un syndrome douloureux régional complexe du pied gauche (stade I à la scintigraphie de février 2018) et une ostéosynthèse du calcaneum gauche (le 30 décembre 2016). Elle a évalué le taux d'atteinte à l'intégrité à 20 %. Elle s'est référée à la table 2 (Révision 2000) des atteintes à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres inférieurs (référence 2870/2.f-2000) indiquant

qu'une gêne fonctionnelle dans les articulations sous-astragaliennes, par exemple après une fracture du calcanéum (arthrose) correspond à un taux d'IPAI entre 5 et 30 %. Dans la présente situation, elle a considéré que l'ensemble des séquelles au niveau des membres inférieurs et plus particulièrement du membre inférieur gauche (séquelles de fracture du calcanéum, séquelles de thromboses du membre inférieur gauche et séquelles d'algoneurodystrophie) correspondait à un taux d'IPAI de 20 % ou était équivalent par analogie à une amputation de l'articulation du Chopart.

Le 29 août 2019, la CNA a écrit à l'assuré qu'en l'absence d'amélioration significative de l'état de santé consécutif à l'accident à attendre, elle mettrait fin à la prise en charge du traitement et aux indemnités journalières au 30 septembre 2019. Elle statuerait ultérieurement sur le droit de l'intéressé à d'autres prestations.

Par courrier du 8 octobre 2019 à la CNA, le Dr C. _____ a relevé que l'assuré ne pouvait pas vivre au moyen de sa rente de l'assurance-invalidité dont le montant était extrêmement faible. De plus, ce médecin a indiqué que si la situation était certainement stationnaire ou stabilisée, elle était limitante de sorte que l'intéressé avait besoin du traitement par physiothérapie qui le soulageait beaucoup de ses douleurs variables.

Par décision du 15 octobre 2019 notifiée à l'avocat Me Alexandre Lehmann, la CNA a 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 22 décembre 2016. Les limitations fonctionnelles retenues consistaient en une activité légère dans divers secteurs de l'industrie, à la condition de ne pas effectuer de marche en terrains irréguliers, pas de marche prolongée, pas de marche sans cannes à l'extérieur et avec une canne à l'intérieur, pas de position statique debout prolongée, pas d'activités accroupie ou à genoux et pas de port de charges (l'assuré marchant avec une canne, le port de charges étant limité à cinq kilos en position assise et pas de port de charges en

mouvements). Conformément à l'art. 16 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1), il résultait de la comparaison entre le revenu d'invalidé (64'356 fr. ; après un abattement de 5 %), calculé sur la base des chiffres du niveau de compétences 1 de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), et celui que l'assuré aurait pu réaliser en bonne santé dans sa dernière activité (68'725 fr.), une perte de gain de 6 % non susceptible de lui ouvrir le droit à la rente. La CNA lui a, en revanche, alloué une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) d'un montant de 29'640 fr. (taux de 20 %, sur la base d'un gain assuré de 148'200 fr. en 2016). Cette prestation a été versée le jour même à son bénéficiaire.

Par courrier du 21 octobre 2019 à l'assuré, la CNA a confirmé la prise en charge, depuis le 1^{er} octobre 2019 et jusqu'à nouvel avis, des prestations suivantes : deux consultations en angiologie au CHUV, le traitement nécessaire suite à la thrombose du membre inférieur gauche, deux à trois consultations médicales par an chez un spécialiste, deux séances de physiothérapie par semaine jusqu'au 31 mars 2020, des médicaments antalgiques ainsi que des chaussures orthopédiques et des bas de contention sur ordonnance médicale.

A l'appui de son opposition formée le 15 novembre 2019, l'assuré, assisté de son conseil, a contesté tant la stabilisation de la situation sur le plan médical que l'appréciation de son invalidité et celle de l'atteinte à l'intégrité par la CNA. Il demandait la continuation de la prise en charge du traitement médical et le versement des indemnités journalières de l'assurance-accidents au moins jusqu'à la prochaine évaluation de son état de santé prévue au mois de mars 2020 et, subsidiairement le droit à une rente d'invalidité de 100 % et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 40 % ; très subsidiairement, il a requis une expertise médicale bidisciplinaire (orthopédique et de médecine interne). Le 31 janvier 2020, il a produit un rapport du 6 janvier 2020 rédigé à l'intention de son conseil par le Dr C. _____ qui a répondu comme suit aux questions de l'avocat :

“Question 1 : Quel est le diagnostic ?

Patient victime d'une fracture déplacée du calcaneum gauche en 2016. Lors du même accident, il a été victime d'une fracture de la cheville droite de type Weber A impliquant la malléole externe. Il a été pratiqué en urgences, en date du 30.12.2016, une ostéosynthèse d'une fracture du calcaneum gauche, de manière mini-invasive. Un traitement conservateur par attelle a été mis en place pour la cheville droite. Pour rappel anamnestique, Monsieur S. _____ est un patient âgé de 63 ans, qui travaillait comme électricien. Patient qui est connu pour un diabète traité. Dans les suites post-opératoires, le patient a présenté une cicatrisation difficile au niveau de son calcaneum gauche, même si l'abord a été volontairement peu invasif. Néanmoins, la plaie s'est fermée, mais il a développé très rapidement en post-opératoire des douleurs associées à un œdème assez important de tout le membre inférieur gauche. A noter par ailleurs qu'il a également présenté une embolie pulmonaire massive à 3 mois post-opératoires, qui a nécessité une hospitalisation au CHU et une anti-coagulation dans les suites de ce diagnostic.

A noter également qu'il a présenté assez rapidement, au décours de sa convalescence, des douleurs au niveau de l'épaule gauche avec une épaule gauche qui a montré clairement un manque de mobilité. Le patient a été diagnostiqué comme atteint d'une algoneurodystrophie importante post-traumatique au niveau de cette cheville gauche.

A ce jour, la situation reste difficile. Monsieur S. _____ présente des douleurs importantes au niveau de sa cheville et de son talon à gauche. Le quotidien est plus ou moins géré par des séances de physiothérapie.

Au niveau de l'examen clinique, il présente encore une cheville qui reste d'une couleur toujours oedématisée, une cicatrice qui est fermée mais la peau est clairement toujours assez fragile.

D'un point de vue radiologique, il y a une bonne reconstruction de l'articulation sous-talienne, avec un calcaneum qui est bien reconstruit.

Question 2 : Tenant compte des seules suites de l'accident du 22.12.2016, Monsieur S. _____ serait-il capable, selon vous, de travailler dans une activité « adaptée », le cas échéant laquelle et à quel taux ?

Actuellement, Monsieur S. _____ est clairement dépendant de ses 2 cannes anglaises pour se déplacer. Il me paraît illusoire de pouvoir lui trouver un travail adapté.

A noter également que d'un point de vue des douleurs qu'il présente au niveau de son épaule, même un travail avec positions alternées, serait difficilement imaginable.

Question 3 : Quelles sont les activités que Monsieur S. _____ ne peut pas exécuter sans ressentir de fortes douleurs ?

Monsieur S. _____ est pratiquement algique dès qu'il marche, avec un périmètre de marche qui est extrêmement limité, qui est complètement dépendant de ses cannes.

Question 4 : L'algoneurodystrophie dont souffre Monsieur S. _____ est-elle encore susceptible de s'améliorer, ou au contraire de s'aggraver ?

D'un point de vue purement orthopédique, l'ostéosynthèse du calcanéum montre une bonne reconstruction à mon sens. Il n'y a pas de signe d'arthrose, en tout cas sous-jacente.

Clairement, ce patient, souffre d'une algoneurodystrophie importante, qui rend le pronostic bien entendu extrêmement difficile.

Actuellement et comme je l'ai mentionné à maintes reprises dans les différents courriers pour la suva, Monsieur S. _____ est clairement dépendant de la physiothérapie, qui amène un soulagement important.

Question 5 : L'examen médical final du 21.08.2019 de la Dre X. _____ de la suva comporte-t-il selon vous des erreurs, lacunes ou imprécisions ? Le cas échéant, lesquelles ?

Je n'ai jamais eu en ma possession le rapport de la Dre X. _____ de la suva du 21.08.2019.

Question 6 : Le taux d'atteinte à l'intégrité de 20% retenu par la suva est-il suffisant, à votre avis ?

Je ne peux pas me prononcer sur la problématique du taux d'atteinte à l'intégrité de 20% qui a été retenu par la suva. Concrètement et d'un point de vue médical pur, la situation s'est clairement péjorée suite à cette fracture, ce qui fait qu'actuellement Monsieur S. _____ présente un handicap important, autant au niveau de sa cheville gauche, autant au niveau de son épaule, qui fait qu'une reprise de travail, dans n'importe quelle profession, me paraît extrêmement difficile. Ceci est donc affirmé sans tenir compte des atteintes médicales, à priori, non déterminantes et sans tenir compte non plus de facteur de gain imputable, tel qu'une formation limitée ou même problématique de linguistique et autre.

Question 7 : Quelle est l'évolution prévisible des atteintes à la santé de Monsieur S. _____ ?

A 3 ans du traumatisme initial, je reste quand même très sceptique par rapport à une évolution favorable car ce patient présente toujours des douleurs importantes et malgré toutes les thérapies effectuées, à l'heure actuelle, je ne vois pas l'ombre d'une amélioration.

D'un point de vue chirurgical, bien entendu, je n'ai aucun argument pour aller proposer une chirurgie quelconque à ce patient, afin d'espérer améliorer la situation. Je pense qu'il nous faut bien entendu patienter et pouvoir aider d'un point de vue thérapeutique, par physiothérapie, ce patient et pouvoir lui permettre de gagner sa vie dignement au vu de cet handicap important qu'il présente depuis cet accident de 2016."

Par décision sur opposition du 20 mai 2020, la CNA a rejeté l'opposition et confirmé sa décision du 15 octobre 2019.

B. Par acte du 22 juin 2020, S._____, représenté par Me Alexandre Lehmann, a déféré cette décision sur opposition devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation et à la continuation de la prise en charge du traitement médical et des indemnités journalières de l'assurance-accidents. Subsidiairement, il a conclu à son annulation et à l'allocation d'une rente « d'invalidité entière de la SUVA » et à l'allocation d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) « d'au minimum 30 % du montant maximal du gain assuré au moment de l'accident ». En premier lieu, il reproche en substance à l'intimée d'avoir rendu une décision sur la rente d'invalidité de manière précoce, faisant valoir que son état de santé n'était toujours pas stabilisé au 1^{er} octobre 2019 ; il allègue avoir toujours des douleurs au niveau de son pied et talon gauches, évaluées à 8/10 en marchant et 4/10 au repos, avec la précision que l'algoneurodystrophie (syndrome de Südeck) l'affectant n'était pas totalement guérie et devait être réévaluée six mois plus tard. Il estime en outre que les séquelles de l'embolie pulmonaire et la décompensation des troubles à l'épaule gauche auraient été écartés arbitrairement par l'intimée. Il conteste ensuite être en mesure d'exercer en plein une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues sur le marché du travail. Faisant valoir que les rapports du Dr C._____ « éveillent de forts doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin-conseil de la SUVA », il requiert la mise en œuvre d'une expertise médicale multidisciplinaire (volets orthopédiques, de médecine interne et psychiatrique) « indépendante » par le tribunal. En lien avec l'évaluation de son droit à la rente, le recourant conteste le calcul du préjudice économique ; il critique le taux d'abattement de 5 % appliqué sur le revenu avec invalidité, estimant qu'une réduction de 15 % se justifie au motif qu'il n'est plus apte à exécuter des travaux lourds et que, même pour des travaux légers, ses possibilités de réaliser un gain qui se situe dans la moyenne sont forcément diminuées. Invoquant les ATF 134 V 322 et 135 V 297, il allègue que son dernier salaire, inférieur de 13 % au salaire statistique moyen dans la branche de 78'984 fr., justifie d'augmenter de 8 % le revenu hypothétique sans invalidité fixé à 68'725 francs. Il conteste enfin le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité,

étant d'avis qu'il se justifie de fixer un taux d'au moins 30 %. A titre de mesures d'instruction, il a sollicité la production du dossier de la CNA, la mise en œuvre d'une expertise judiciaire multidisciplinaire, comprenant les volets orthopédiques, de médecine interne et psychiatrique, son audition personnelle ainsi que la tenue de débats publics.

Dans sa réponse du 17 août 2020, la CNA a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée, sans qu'une expertise ne s'avère être nécessaire. Elle s'estime fondée à considérer l'état de santé du recourant comme stabilisé au 1^{er} octobre 2019 et à refuser l'octroi d'une rente d'invalidité ainsi qu'à fixer à 20 % l'atteinte à l'intégrité induite par l'accident du 22 décembre 2016. L'intimée a produit son dossier.

Le 9 octobre 2020, en réplique, le recourant a persisté dans ses précédentes conclusions. Reprenant les arguments déjà avancés à l'appui de son acte de recours du 22 juin 2020, il plaide désormais souffrir également de troubles psychiques depuis l'accident de 2016, à savoir que l'embolie pulmonaire aurait contribué à le fragiliser psychologiquement, en reprochant à l'intimée de ne pas avoir investigué la problématique psychique en lien avec la stabilisation de l'état de santé retenue au 1^{er} octobre 2019.

Dans sa duplique du 30 octobre 2020, la CNA a confirmé les conclusions prises à l'appui de son mémoire-réponse du 17 août 2020. Elle observe en particulier ne pas pouvoir se voir reprocher de ne pas avoir investigué la problématique psychique du recourant compte tenu de la prise en charge psychosomatique dont ce dernier a bénéficié durant son séjour à la CRR au printemps 2018.

Par courrier du 1^{er} février 2021, l'assuré a maintenu sa requête tendant à la tenue d'une audience de débats publics.

Le 4 mai 2021, l'assuré a informé le tribunal renoncer finalement à la tenue d'une audience de débats publics. Me Alexandre

Lehmann a produit une liste des opérations accomplies au titre de l'assistance judiciaire.

C. Par décision du 1^{er} juillet 2020, S._____ a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 22 juin précédant. Il était exonéré du paiement d'avances et des frais judiciaires et tenu au paiement d'une franchise mensuelle de 50 fr. dès et y compris le 3 août 2020. Un avocat d'office en la personne de Me Alexandre Lehmann 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. a) Le litige a pour objet le droit de l'intimée de mettre fin au versement des indemnités journalières, subsidiairement le droit du recourant à une rente d'invalidité complète de l'assurance-accidents, ainsi que sur le taux à la base de l'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^{er} 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]).

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Parmi ces prestations figurent notamment le droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA), le versement d'une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA) et une indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 24 al. 1 LAA).

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).

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). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 138 V 248 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_220/2016 du 10 février 2017 consid. 7.3).

b) 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).

Lorsque la rente d'invalidité a été fixée, les prestations de l'assurance-accident pour soins et le remboursement des frais (art. 10 à 13 LAA) sont régies par l'art. 21 LAA. Elles sont accordées à son bénéficiaire dans les cas suivants : lorsqu'il souffre d'une maladie professionnelle (let. a) ; lorsqu'il souffre d'une rechute ou de séquelles tardives et que des mesures médicales amélioreraient notablement sa capacité de gain ou empêcheraient une notable diminution de celle-ci (let. b) ; lorsqu'il a besoin de manière durable d'un traitement et de soins pour conserver sa capacité résiduelle de gain (let. c) ; lorsqu'il présente une incapacité de gain et que des mesures médicales amélioreraient notablement son état de santé ou empêcheraient que celui-ci ne subisse une notable détérioration ([let. d] art. 21 al. 1 LAA).

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).

c) 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).

d) 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).

e) 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).

f) 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 asséculoologique. 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).

4. a) Dans un premier moyen, le recourant conteste la stabilisation de son état de santé et le fait que l'intimée était en droit de passer au régime de la rente à compter du 1^{er} octobre 2019. Il invoque les avis successifs de son médecin traitant (cf. rapport du 6 janvier 2020 du Dr C._____) en faisant valoir qu'une amélioration est encore possible.

Selon les pièces médicales (rapports du 31 août 2018 et 8 octobre 2019 du Dr C._____; rapport d'examen final du 21 août 2019 de la Dre X._____), aucune nouvelle intervention n'est envisagée et l'état de santé de l'assuré est stabilisé. L'atteinte nécessite comme suites médicales des séances de physiothérapie et la prise d'antalgiques (notamment), ce que la CNA continuera de prendre en charge (courrier du 21 octobre 2019). Ces suivis ne sont pas de nature à améliorer notablement l'état de santé de l'assuré mais constituent des traitements conservateurs au sens de l'art. 21 al. 1 let. c LAA ne justifiant pas la

poursuite du versement des indemnités journalières de l'assurance-accidents.

La Dre X. _____ recommande une réévaluation du cas six mois plus tard dans son avis du 21 août 2019 (pièce 203) dès lors qu'il s'agira d'examiner si le traitement de physiothérapie à raison de deux fois par semaine se justifie toujours ; cela ne signifie pas qu'il est attendu une sensible amélioration de ce traitement. La Dre X. _____ a clairement qualifié l'état de stabilisé. La persistance des douleurs n'est pas niée ni le fait que l'atteinte n'est pas guérie, mais en l'état il n'y a pas de prise en charge médicale susceptible d'améliorer notablement l'état de santé de l'assuré, de sorte que l'on doit considérer son état comme stabilisé.

Dans son rapport du 6 janvier 2020 (pièce 238), le Dr C. _____ dit que le pronostic est difficile (« la situation reste difficile » et « le quotidien est plus ou moins géré par des séances de physiothérapie ») mais il ne voit pas l'ombre d'une amélioration en l'état, ajoutant qu'il reste très sceptique sur une évolution favorable, mais qu'il faudrait pouvoir permettre au recourant de gagner sa vie dignement au vu de son handicap depuis l'accident ; cette appréciation ne saurait conduire au maintien du versement des indemnités journalières. A cela s'ajoute que, les 5 octobre et 17 décembre 2018 (pièces 155 et 163), il qualifiait déjà l'évolution de stationnaire. Le 1^{er} avril 2019 (pièce 181), le Dr C. _____ rapporte que la situation est globalement gérée par les séances de physiothérapie et que le bilan radiologique ne montre pas de changement significatif par rapport aux deux chevilles. Le 28 mai 2019 (pièce 192), il indique que l'évolution est globalement un *statu quo* avec une légère amélioration et que le patient est dépendant des séances de physiothérapie qui amènent un soulagement global. Le 8 octobre 2019 (pièce 216), le Dr C. _____ confirme que la situation est stationnaire et stabilisée, en ajoutant qu'elle est limitante pour l'assuré et nécessite des séances de physiothérapie qui lui procurent du soulagement. Or, le fait que l'état, même stabilisé, engendre toujours des limitations fonctionnelles n'est pas remis en cause ; c'est d'ailleurs ce qui conduit à examiner le droit à une éventuelle rente d'invalidité de l'assurance-

accidents. En outre le fait que les séances de physiothérapie procurent un soulagement à l'assuré ne signifie pas qu'on peut attendre de cette mesure une amélioration sensible de son état de santé mais bien qu'il s'agit de soins conservatoires. Il résulte ainsi des rapports médicaux du Dr C._____ que l'état de santé de l'assuré est stabilisé et que les traitements résiduels ne sont pas destinés à obtenir une amélioration notable de la situation mais qu'ils sont à but conservatoire.

b) Le recourant reproche à l'intimée de ne pas avoir pris en compte les troubles de l'épaule gauche.

L'intimée fait valoir que ces troubles sont apparus bien après l'accident de décembre 2016, qui consistait en une chute avec réception sur les pieds, de sorte qu'ils n'ont pas de lien de causalité avec l'événement accidentel. On relèvera que l'assuré s'est appuyé sur des cannes dans les suites de l'accident et que ce n'est qu'en août 2017 (pièce 66) qu'il s'est plaint de douleurs à l'épaule gauche. Lorsque dans son rapport du 21 août 2017 le Dr C._____ les qualifie de douleurs séquellaires à l'accident, il ne motive pas cette affirmation ni même n'identifie une atteinte précise à ce moment-là. Il semble davantage utiliser cette expression pour décrire une chronologie d'événements, c'est-à-dire que les douleurs à l'épaule gauche sont survenues après le traumatisme, sans se prononcer de manière circonstanciée sur le lien de causalité entre celles-ci et l'accident.

De leur côté, les médecins spécialistes de la CRR ont posé le diagnostic de ténosynovite du long chef du biceps, bursite et déchirure intersticielle du supra-épineux sur deux centimètres révélés par l'ultrason de l'épaule gauche du 13 mars 2018. Ils ont indiqué qu'un traitement conservateur avait été mis en place, ajoutant qu'en cas de douleurs invalidantes présentes la nuit une infiltration sous-acromiale pouvait être proposée (rapport du 20 avril 2018 des Drs R._____ et K._____ [pièce 120]).

Selon la Dre X._____ (rapport d'examen final du 21 août 2019 [pièce 203]), les douleurs au niveau des épaules ne sont pas en lien

de causalité pour le moins probable avec l'événement du 22 décembre 2016 mais sont une conséquence indirecte liée à l'usure des épaules plus à gauche qu'à droite.

A l'aune des éléments au dossier, on doit constater qu'il est en effet apparu que l'épaule gauche était atteinte de troubles dégénératifs objectivés sur le plan médical et que la chute avec réception sur les pieds du 22 décembre 2016 n'a pas causé de lésion au niveau de l'épaule gauche. Compte tenu de ces circonstances ainsi que de l'âge du recourant, il n'est pas arbitraire de conclure que les atteintes en question n'avaient aucun lien de causalité avec l'accident, appréciation qui n'est au demeurant pas sérieusement remise en cause par les rapports médicaux au dossier.

c) Le recourant prétend encore que les séquelles de l'embolie pulmonaire n'ont pas été prises en compte par l'intimée.

Or, l'examen final du 21 août 2019 de la Dre X. _____ (pièce 203) mentionne la thrombose veineuse profonde du membre inférieur gauche et l'embolie pulmonaire parmi les diagnostics, qui ont donc été pris en considération. Les rapports médicaux au dossier ne font pas état de la persistance de troubles fonctionnels particuliers et supplémentaires liés à cette embolie. En ce sens le rapport des spécialistes de la CRR cite le status post-embolie pulmonaire en mars 2017 dans les antécédents avec la précision qu'il est sous anti-coagulation orale et suivi dans le service d'angiologie à Lausanne (rapport du 20 avril 2018 des Drs R. _____ et K. _____ [pièce 120]). Dans ces circonstances, il n'est pas question de restrictions spécifiquement liées à ces atteintes qui n'auraient pas été prises en compte.

Pour sa part, le recourant allègue, lors de son entrée à la CRR, que l'embolie pulmonaire a contribué à le fragiliser psychologiquement ; or, il ne présente aucune attestation médicale d'un éventuel trouble psychique invalidant, ni même ne soutient bénéficier d'un traitement psychiatrique, la seule fragilisation psychologique ne constituant pas en elle-même une atteinte invalidante justifiant l'octroi des prestations de

l'assurance-accidents. Lorsque l'assuré a été pris en charge à la CRR, alors qu'il a été examiné par le psychiatre de la clinique, aucun diagnostic psychiatrique n'a été posé (rapport du 20 avril 2018 des Drs R._____ et K._____ [pièce 120]). Dans ces circonstances, le fait pour la CNA de ne pas avoir investigué davantage le plan psychique n'est pas critiquable.

d) Il y a lieu de constater au final que les atteintes consécutives à l'accident (en l'occurrence les troubles du calcanéum gauche et à la cheville droite) qui doivent seules être prises en compte sont stabilisées, de sorte qu'il y a lieu de mettre fin aux prestations provisoires de l'assurance-accidents et de passer à l'examen du droit à la rente.

Il convient donc de se rallier aux constatations et conclusions de la Dre X._____ et de retenir avec la CNA que le cas est stabilisé au 30 septembre 2019. En effet, le rapport d'examen final du 21 août 2019 (pièce 203) se fonde sur l'intégralité des pièces médicales et prend également en considération les plaintes exprimées. Son auteure s'est livrée à une étude circonstanciée de la situation en confrontant les plaintes recueillies à ses propres constatations, a posé les diagnostics de manière objective, après avoir effectué des examens cliniques complets et abouti à des conclusions claires. En l'absence d'indices concrets aptes à faire douter de son bien-fondé, une entière valeur probante doit être reconnue au rapport final d'août 2019 de la Dre X._____ (cf. consid. 3d-e supra).

5. a) Dans le cadre de l'examen du droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents, le recourant nie disposer d'une quelconque capacité de travail résiduelle. Il se réfère à cet effet au rapport du 31 août 2018 du Dr C._____ (pièce 143) qui indique que la reprise de toute activité est impossible sur les prochains mois à venir voire peut-être même jusqu'à la retraite compte tenu des limitations et des facteurs contextuels. Or, le Dr C._____ indique bien dans son rapport que les raisons médicales empêchent une reprise de l'activité habituelle d'aide-électricien ; il opère une distinction entre les facteurs contextuels observés

à la CRR (pour rappel, une kinésiophobie modérée à sévère, un catastrophisme élevé, une sous-estimation des capacités fonctionnelles, un assuré centré sur les douleurs, très craintif de tout mouvement et vite dépassé par les nouveautés, ainsi que sur le plan professionnel une absence de formation, une mauvaise maîtrise du français ainsi que l'âge avancé) qui empêchent toute reprise du travail ; or, il n'y a pas lieu de prendre en compte les facteurs contextuels non médicaux, le droit des assurances sociales s'en tenant à une conception bio-médicale de la maladie (ATF 127 V 294 consid. 5a ; TF 9C_44/2018 du 3 avril 2018 consid. 4.2). Dans son rapport médical du 6 janvier 2020 (pièce 238), le Dr C._____ se réfère aux difficultés de l'assuré pour se déplacer et qualifie d'illusoire la possibilité pour lui de retrouver une activité adaptée ; or, la capacité de travail a été évaluée en tenant compte des limitations fonctionnelles que le Dr C._____ ne remet d'ailleurs pas en cause. Les restrictions fonctionnelles liées aux membres inférieurs ont été déterminées de manière objective par la médecin d'arrondissement et elles constituent la base permettant de se prononcer sur la capacité de travail résiduelle de l'assuré. Dans son avis final du 21 août 2019, la Dre X._____ a, du reste, apprécié la situation de manière correcte en concluant que le « pronostic de réinsertion dans une activité adaptée est extrêmement mauvais du fait que l'assuré a été mis au bénéfice d'une rente AI entière et de facteurs médicaux qui ne sont pas liés à l'événement du 22.12.2016 (douleurs des épaules, douleurs du genou D), tout comme en raison de facteurs non médicaux tels que l'âge, le fait que l'assuré n'ait pas de formation ou ne parle ni ne comprenne bien le français) » mais que dans le domaine de l'assurance-accidents, il fallait tenir compte des seules restrictions liées à l'accident.

Rien au dossier ne permet de remettre en cause le constat de la pleine capacité de travail du recourant dans une activité adaptée au handicap de ses membres inférieurs.

b) Le recourant estime qu'il est illusoire de trouver une activité lucrative adaptée à son état de santé sur le marché de l'emploi.

En l'espèce les limitations fonctionnelles retenues sont : « pas de marche en terrains irréguliers, pas de marche prolongée, sans cannes à l'extérieur et avec une canne à l'intérieur, pas de position statique debout prolongée, pas d'activités accroupies ou à genoux, et pas de port de charges (l'assuré marchant avec une canne, le port de charges est limité à cinq kilos en position assise et pas de port de charges en mouvements) ».

La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. La référence à un marché du travail équilibré ne permet pas de prendre en considération une capacité de gain lorsque les activités envisagées ne peuvent être exercées que sous une forme tellement restreinte qu'en dehors de toute considération d'ordre conjoncturelle, elles n'existent pratiquement pas sur le marché général du travail ou que leur exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu pour la personne concernée de trouver un emploi correspondant (TF 9C_659/2014 du 13 mars 2015 consid. 5.3.2 ; TF 9C_941/2012 du 20 mars 2013 consid. 4.1.2 ; MARGIT MOSER-SZELESS, *in* DUPONT/MOSER-SZELESS [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n. 24 *ad* art. 7). Or, il existe sur le marché du travail équilibré suffisamment d'emplois légers dans divers secteurs de l'industrie, à la condition de respecter les limitations fonctionnelles retenues en l'occurrence.

c) Pour le reste, le recourant conteste les montants retenus pour la comparaison des revenus (au sens de l'art. 16 LPGA) dont il est résulté une diminution de la capacité de gain de 6 % insuffisante pour lui ouvrir le droit à la rente d'invalidité.

aa) S'agissant du revenu d'invalidé, le recourant sollicite la prise en compte d'un taux d'abattement supérieur à celui de 5 % retenu par l'intimée. Il fait valoir que les seules limitations fonctionnelles devraient conduire à la déduction d'un abattement de 15 %.

bb) Selon la jurisprudence, la mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). Une déduction globale maximale de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc p. 79 s.). Il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération. Il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalide, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret (ATF 126 V 75 précité consid. 5b/bb p. 80 ; TF 8C_227/2017 du 17 mai 2018 consid. 3.1 ; TF 8C_883/2015 du 21 octobre 2016 consid. 6.2.1).

cc) Selon la Dre X. _____ (pièce 203), les limitations fonctionnelles sont : pas de marche en terrains irréguliers, pas de marche prolongée, pas de marche sans cannes à l'extérieur et avec une canne à l'intérieur, pas de position statique debout prolongée, pas d'activités accroupies ou à genoux et pas de port de charges (à cause des cannes). Elles sont ainsi toutes liées à une restriction de mouvement des membres inférieurs, mais elles imposent en définitive une activité sédentaire théorique stricte ; en effet, l'assuré dispose d'une liberté de mouvement grandement restreinte en termes de périmètre de marche et son état entrave par ailleurs tout port de charges à la mobilité en raison de la nécessité de se déplacer avec deux cannes. Il n'est pas adéquat de retenir un abattement de 5 % dans cette circonstance, dès lors qu'il ne tient pas suffisamment compte de l'impact global des atteintes à la santé.

En outre, le facteur de l'âge de l'assuré s'avère pertinent puisqu'il s'agit manifestement d'un âge avancé au sens de la jurisprudence (ATF 122 V 418 consid. 1b ; 426 consid. 2 ; TF 8C_37/2017 du 15 septembre 2017 consid. 6), soit 63 ans, le 30 septembre 2019, au moment déterminant de l'ouverture du droit à la rente correspondant à la

stabilisation de l'état de santé (art. 19 al. 1 LAA). Cela étant, prescrivant de faire abstraction de cet âge dans l'assurance-accidents, l'art. 28 al. 4 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202) ne trouve en l'occurrence pas application. En effet, l'âge avancé du recourant ne constitue pas, comme au sens de cette disposition, la cause essentielle de la diminution de la capacité de gain ou de l'empêchement d'exercer une activité professionnelle qui aurait permis de conserver cette capacité. Ce sont en l'espèce les séquelles de l'accident et les limitations fonctionnelles induites par les atteintes à la santé qui s'avèrent grever au premier plan la capacité de gain de l'intéressé. Or, le Tribunal fédéral semble s'être dispensé à ce jour encore de trancher la question de savoir si, dans le cadre de l'assurance-accidents, l'âge avancé constitue un critère d'abattement en soi ou s'il ne doit être pris en considération que dans le cadre de la réglementation particulière de l'art. 28 al. 4 OLAA. Néanmoins, la jurisprudence retient qu'il peut être tenu compte de ce critère en ce sens que l'effet de l'âge, combiné avec un handicap, doit faire l'objet d'une analyse dans le cas concrètement soulevé, singulièrement en procédant à l'examen de la persistance ou non d'une capacité d'adaptation sur le plan professionnel, susceptible de compenser les désavantages compétitifs induits par l'âge, au regard de l'ensemble des facteurs que l'on prend en considération sur le marché équilibré du travail (TF 8C_175/2020 du 22 septembre 2020 consid. 3.3 ; TF 8C_766/2017 et 8C_773/2017 du 30 juillet 2018 consid. 8.6).

Or, en l'espèce, à l'âge avancé de l'assuré s'ajoutent, non seulement la persistance d'atteintes à la santé évolutives avec leurs limitations fonctionnelles manifestement lourdes, mais également l'absence d'une formation reconnue et d'une expérience professionnelle utile autre que celle exercée et qui ne peut plus être reprise, ainsi que le permis C donc il bénéficie depuis août 2017 seulement, puis les difficultés de l'assuré de s'exprimer et de comprendre la langue française. Il s'agit ainsi d'autant de facteurs pénalisants, dressant un tableau global sombre, ce qui permet de conclure que l'intéressé ne bénéficie concrètement plus d'une capacité d'adaptation professionnelle susceptible de compenser les

désavantages compétitifs liés à son âge, ceci sur le marché équilibré du travail, et même dans le secteur des emplois non qualifiés qui est le sien.

Il convient en conséquence, dans une approche globale du cas, de prendre en considération l'âge avancé du recourant comme facteur d'abattement supplémentaire.

dd) Ainsi, un taux d'abattement global de 15 % s'avère approprié pour fonder le revenu avec invalidité du recourant.

d) Invoquant les ATF 134 V 322 et 135 V 297, le recourant considère que le revenu hypothétique sans invalidité (68'725 fr.) devrait être augmenté de 8 % car son dernier salaire était inférieur de 13 % à la moyenne perçue dans la branche (78'984 fr.). Or, il perd de vue qu'il n'était au bénéfice d'aucune formation professionnelle et qu'il était employé en qualité d'aide-électricien et non pas d'électricien. Il n'établit nullement qu'il pouvait prétendre au salaire qu'il indique. En l'occurrence, le revenu sans invalidité de 68'725 fr. a été calculé selon les données fournies par l'ex-employeur, à savoir qu'en 2019 le salaire horaire de l'assuré se monterait à 30 fr. 50 (pièce 210). Le montant retenu par l'intimée est conforme aux salaires minimums pour collaborateurs sans titre professionnel de la branche à partir de 20 ans de l'art. 17 de la Convention collective de travail 2020 - 2023 de la branche suisse de l'électricité.

e) Compte tenu du taux d'abattement, le revenu d'invalidé sera donc de 57'581 fr. 55 (67'743 fr. - 15 %). Après comparaison avec le revenu hypothétique sans invalidité (68'725 fr.), il en résulte un préjudice financier de 11'143 fr. 45 (68'725 fr. - 57'581 fr. 55) qui correspond à une perte de gain de 16,21 % ($[11'143 \text{ fr. } 45 / 68'725 \text{ fr.}] \times 100$), arrondie à 16 % (ATF 130 V 121), ce qui conduit à l'admission du recours sur ce point.

6. a) Le recourant reproche également 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 30 % au moins au lieu des 20 % retenus.

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, 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 21 août 2019 (pièce 204), la Dre X._____ a proposé de fixer à 20 % le taux d'atteinte à l'intégrité en tenant compte de l'ensemble des séquelles au niveau des membres inférieurs et plus particulièrement du membre inférieur gauche (séquelles de fracture du calcaneum, séquelles de thrombose et séquelles d'algoneurodystrophie), ce taux étant équivalent par analogie à une amputation de l'articulation du Chopart. Elle a indiqué qu'une gêne fonctionnelle dans les articulations sous-astragaliennes, par exemple après une fracture du calcaneum (arthrose), correspond à un taux d'IPAI entre 5 et 30 % d'après la table 2 d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA (Atteinte à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres inférieurs), éditée par la CNA. Aucune constatation médicale au dossier ne justifie de s'en écarter. En effet, le Dr C._____ concède pour sa part ne pas pouvoir se prononcer sur la

problématique du taux d'atteinte à l'intégrité de 20 % qui a été retenu par la CNA (rapport du 6 janvier 2020 Rép. 6).

d) Aux termes de l'art. 36 al. 4 OLAA, il sera équitablement tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité ; une révision n'est possible qu'en cas exceptionnel, si l'aggravation est importante et n'était pas prévisible. Cette règle ne vise toutefois que les aggravations dont la survenance est vraisemblable et l'importance quantifiable (RAMA 1998 no U 320 p. 602 consid. 3b et la référence). Dès lors, à supposer que la survenance d'une future aggravation de l'atteinte à la santé puisse être considérée comme une circonstance établie, cette aggravation n'en est pour autant pas quantifiable, si bien qu'elle ne peut être prise en considération (TFA U 173/00 du 22 septembre 2000 consid. 2).

L'estimation faite dans le cas d'espèce n'exclut donc pas une indemnité complémentaire à celle de 20 % allouée si, à l'avenir, les atteintes au niveau des membres inférieurs venaient à s'aggraver de façon importante et durable.

7. Le dossier est complet, permettant ainsi à la Cour de statuer en connaissance de cause. Un complément d'instruction apparaît inutile et les requêtes formulées en ce sens par le recourant dans ses écritures – notamment son audition personnelle et la réalisation d'une expertise médicale judiciaire pluridisciplinaire – doivent dès lors être rejetées. 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 et 130 II 425 consid. 2.1).

8. **a)** En définitive, il y a lieu d'admettre partiellement le recours en ce sens que la décision sur opposition du 20 mai 2020 refusant le droit à la rente d'invalidité de l'assurance-accidents au recourant est réformée

en ce sens qu'une rente de 16 % est due dès le 1^{er} octobre 2019. Le recours est rejeté pour le surplus.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020, applicable conformément à l'art. 83 LPGA).

Le recourant, 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 1'500 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) Par décision du 1^{er} juillet 2020, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 22 juin 2020 et a obtenu à ce titre la commission d'un avocat d'office en la personne de Me Alexandre Lehmann. Sur la base de la liste des opérations produite le 4 mai 2021, il convient d'arrêter à 2'385 fr. l'indemnité de Me Lehmann, correspondant à treize heures et quinze minutes de travail, au tarif horaire de 180 fr., somme à laquelle il y a lieu d'ajouter la TVA au taux de 7,7 %, soit un total de 2'568 fr. 65.

A ce montant, il convient d'ajouter les débours fixés forfaitairement à 5 % du défraiement hors taxe (art. 3bis al. 1 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]), avec TVA au taux de 7,7 % en sus, soit 128 fr. 45.

L'indemnité totale sera donc arrêtée à 2'697 fr. 10 (2'568 fr. 65 + 128 fr. 45).

d) L'indemnité d'office n'étant que partiellement couverte par les dépens, le solde, soit 1'197 fr. 10 (2'697 fr. 10 - 1'500 fr.), sera provisoirement supporté par le canton. Le recourant étant rendu attentif

au fait qu'il est tenu d'en rembourser le montant dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I. Le recours est partiellement admis.

- II. La décision sur opposition rendue le 20 mai 2020 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents de mettre fin aux indemnités journalières est confirmée.

- III. La décision sur opposition rendue le 20 mai 2020 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents fixant un taux de 20 % à la base de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est confirmée.

- IV. La décision sur opposition rendue le 20 mai 2020 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents refusant à S._____ le droit à la rente d'invalidité de l'assurance-accidents est réformée en ce sens qu'une rente de 16 % est due dès le 1^{er} octobre 2019.

- V. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

- VI. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents versera à S._____ une indemnité de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.

VII. L'indemnité d'office de Me Alexandre Lehmann, conseil de S._____, est fixée, après déduction des dépens précités, à 1'197 fr. 10 (mille cent nonante-sept francs et dix centimes), débours et TVA compris.

VIII. 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 mis 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 Alexandre Lehmann (pour S._____),
- 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 :