

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 18 décembre 2019

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
Mme Pasche, juge, et M. Bonard, assesseur
Greffier : M. Favez

Cause pendante entre :

A. _____, à [...], recourant, représenté par Me Rachel Cavargna-Debluë,
avocate à Lausanne,

et

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

Art. 4 LPGA ; art. 9, 16, 18 et 24 LAA

E n f a i t :

A. A._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant) travaillait comme monteur de voies pour le compte de la société B._____ AG. Il était à ce titre assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA, ou l'intimée) contre les accidents professionnels et non professionnels, lorsqu'un rail est tombé sur son talon droit le 21 avril 2015.

L'examen clinique et radiologique pratiqué aux urgences des Etablissements hospitaliers C._____ [...] a montré un hématome débutant au niveau du talon. Le tendon d'Achille était indolore, compétent ; le rapport a précisé qu'il a été palpé sur toute sa longueur. La palpation de la cheville et de l'avant-pied s'est aussi révélée indolore et aucun trouble neurovasculaire n'a été décelé. Les radiographies de la cheville et du calcanéum ont permis d'exclure une fracture. Les diagnostics de « plaie simple » (1 cm, médialement au talon d'Achille) et de « contusion au talon » ont été retenus (cf. rapports des 21 avril et 13 juillet 2015). L'assuré s'est trouvé en arrêt de travail à 100 %, initialement jusqu'au 30 avril 2015 (rapport du 13 juillet 2015).

Le cas a été pris en charge par la CNA (décision du 28 mai 2015).

A la suite de l'accident, le Dr D._____, spécialiste en médecine interne générale, médecin traitant, a prolongé régulièrement les arrêts de travail jusqu'au 31 mai 2019. Il a adressé l'assuré au Dr E._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

Dans son rapport du 1^{er} octobre 2015, le Dr E._____ a posé le diagnostic d'écrasement du talon droit avec une hyperalgie persistante. Il a prescrit des chaussures orthopédiques, un traitement antalgique et de la physiothérapie. Il a ensuite renvoyé l'assuré auprès du Dr F._____,

spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique (courrier du 16 septembre 2016 à la CNA).

Par rapport du 22 septembre 2016, le Dr F._____ a exposé avoir effectué des blocs des nerfs sural, péronier superficiel et tibial. Il a estimé que la persistance de certaines douleurs pouvait être expliquée par la présence d'un syndrome du tunnel tarsien chronique. La diminution était significative, raison pour laquelle ce spécialiste a posé une indication chirurgicale (neurolyse des nerfs sural et péronier superficiel avec éventuelle dénervation sélective du nerf sural et neurolyse du nerf tibial en particulier de la branche calcanéenne avec éventuelle reconstruction/névrectomie sélective si indiquée pendant l'opération).

L'assuré a été examiné le 20 octobre 2016 par le Dr G._____, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement à la CNA ; ce dernier a préconisé, plutôt qu'un geste invasif, un séjour à la Clinique de réadaptation H._____ [...] en vue d'un traitement de désensibilisation.

L'assuré a séjourné à la Clinique de réadaptation H._____ du 14 décembre 2016 au 17 janvier 2017. Dans leur rapport du 1^{er} février 2017, les Dres I._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et J._____, médecin-assistante, ont posé le diagnostic de traumatisme direct du talon droit avec plaie superficielle du talon, enthésopathie discrète du tendon Achille, aponévrosite plantaire et neuropathie du nerf calcanéen médial, branche sensitive distale du nerf tibial droite. Les médecins de la Clinique de réadaptation H._____ ont estimé que les plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquaient partiellement par les lésions objectives. Elles ont relevé que des facteurs contextuels pourraient influencer négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par le patient (dépression, anxiété, kinésiophobie, catastrophisation élevés associés à une perception de handicap fonctionnel très élevée) et que celui-ci était focalisé sur la douleur et ses auto-limitations. L'évolution subjective et objective était

défavorable et la participation du patient aux thérapies considérée comme faible. Les médecins de la Clinique de réadaptation H. _____ ont observé des discordances. Elles ont retenu à titre de limitations fonctionnelles provisoires sur le plan orthopédique les longs déplacements sur terrain irrégulier et la montée et descente de manière répétitive d'escaliers et d'échelles. Sur le plan médical, elles ont estimé que la situation était pratiquement stabilisée avec stabilisation d'ici deux à quatre mois. Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité de monteur de voies ferrées, chef d'équipe, était défavorable en raison des limitations fonctionnelles et des facteurs non médicaux. Dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles, le pronostic était favorable. Un suivi antalgique était à prévoir.

Dans le cadre du séjour à la Clinique de réadaptation H. _____, l'assuré a bénéficié d'une électroneuromyographie (ENMG). Dans son rapport du 19 janvier 2017, le Dr N. _____, spécialiste en neurologie, a relevé la présence d'une hypoesthésie tactile du talon droit évoquant une atteinte du nerf calcanéomédial. L'examen électrophysiologique montrait des conceptions sensitivo-motrices normales des nerfs suraux et péroniers superficiels et motrices des nerfs tibial et péronier droits. L'examen apportait des éléments cliniques en faveur d'une neuropathie du nerf calcanéen médial, branche sensitive distale du nerf tibial à droite, ce qui pouvait expliquer une partie des doléances de l'assuré. En revanche, il n'y avait pas d'argument ni sur le plan de la clinique, ni sur le plan électrophysiologique, en faveur d'une atteinte des nerfs sural ou péronier superficiel droits, ni en faveur d'une neuropathie du nerf tibial droit au niveau du tunnel tarsien.

Dans le cadre du séjour à la Clinique de réadaptation H. _____, une imagerie par résonance magnétique (IRM) a été réalisée (cf. rapport du 17 janvier 2017 du Dr O. _____, spécialiste en radiologie). Cet examen a révélé un discret hypersignal T2 Tirm et un rehaussement modéré du nerf plantaire médial en dessous du canal tibial, sans tuméfaction, un saut de calibre ou lésion compressive ce qui devait être

corrélé à la clinique, une enthésopathie focale du tendon d'Achille avec un discret hypersignal T2 et un rehaussement des parties molles adjacentes.

Par rapport du 6 avril 2017, le Dr F._____ a maintenu l'indication à un traitement chirurgical, proposant dans un premier temps une neurolyse du nerf tibial en particulier de la branche calcanéenne avec une éventuelle reconstruction/névrectomie sélective si celle-ci était indiquée pendant l'opération, dans un deuxième temps une neurolyse du nerf sural et péronier superficiel avec éventuelle dénervation sélective du nerf sural, et éventuellement une neurolyse du nerf péronier commun selon l'évolution clinique.

Le 17 juillet 2017, l'assuré a été opéré par Dr F._____ du nerf tibial au tunnel tarsien à droite (neurolyse branches calcanéenne médiale et latérale plantaire, plastie musculaire profonde, fasciotomie de la jambe droite, dénervation sélective branche calcanéenne médial du nerf tibial, micro-suture nerf périphérique) (protocole opératoire du 17 juillet 2017 et lettre de sortie du 23 juillet 2017). Ce médecin a prolongé l'arrêt de travail jusqu'au 6 décembre 2017 en raison d'une évolution défavorable. Dans son rapport du 6 décembre 2017, le Dr F._____, interpellé par le Dr G._____, a convenu qu'une nouvelle intervention chirurgicale n'était pas indiquée et qu'un nouveau séjour à la Clinique de réadaptation H._____ se justifiait, ce que l'assuré a accepté. Il a ensuite prolongé l'arrêt de travail jusqu'au 30 juin 2018.

L'assuré a séjourné à la Clinique de réadaptation H._____ du 3 au 24 janvier 2018. Les Drs K._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et L._____, médecin-assistante, n'ont pas établi de nouveau diagnostic et en particulier aucune psychopathologie (rapport du 1^{er} février 2018). Ils ont fait les mêmes constatations que lors du premier séjour à la Clinique de réadaptation H._____ du 14 décembre 2016 au 17 janvier 2017 au sujet des facteurs contextuels, de la focalisation sur la douleur, des discordances et des auto-limitations, relevant que les plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquaient partiellement par les lésions objectives. Les médecins de la Clinique de réadaptation H._____ ont

retenu les mêmes limitations fonctionnelles provisoires que lors du premier séjour. Le pronostic était identique et une stabilisation espérée entre deux et quatre mois après la sortie de la Clinique de réadaptation H._____. Un suivi antalgique au Centre hospitalier M._____. [...] était à nouveau préconisé.

Dans le cadre du séjour à la Clinique de réadaptation H._____, l'assuré a bénéficié d'une seconde ENMG. Dans son rapport du 22 janvier 2018, le Dr N._____ a estimé que l'évaluation axée sur le nerf tibial droit ne révélait à nouveau aucun signe, notamment électrophysiologique, en faveur d'une atteinte de ce nerf, particulièrement à la localisation de ce tunnel tarsien. L'examen clinique révélait la persistance de troubles sensitifs au niveau du talon, compatibles avec une atteinte du nerf calcanééo-médial. Ce spécialiste a recommandé de la circonspection quant à tout nouveau geste invasif vu l'absence de toute amélioration clinique après différents gestes invasifs.

Le physiothérapeute et l'ergothérapeute de la Clinique de réadaptation H._____ n'ont pas proposé de poursuite des traitements dans leur domaine de spécialité respectif (rapports des 22 et 24 janvier 2018).

Le 16 mai 2018, le Centre hospitalier M._____ a envoyé son rapport de consultation ambulatoire du 30 avril 2018. La Dre P._____, spécialiste en anesthésiologie, a proposé la mise en place d'un traitement antalgique.

Il ressort d'une notice d'entretien de la CNA du 23 août 2018, que le Dr G._____ a considéré que la mesure d'orientation professionnelle proposée par l'OAI (cf. B. ci-dessous) était et demeurerait exigible. Quant à l'assuré, il a déclaré à l'agence que le suivi antalgique au Centre hospitalier M._____ n'apportait aucune amélioration et qu'aucune indication chirurgicale n'avait été posée. S'agissant de la mesure d'orientation professionnelle, il a déclaré ne pas s'estimer capable d'y participer en raison des douleurs qu'il ressentait.

Le même jour, le Dr G. _____ a procédé à l'examen final de l'assuré. Dans son rapport du 24 août 2018, il a rédigé l'appréciation suivante du cas :

« (...)

S'il y a chez ce patient de discrètes séquelles objectivables d'un écrasement du talon D, l'impression qui prévaut est quand même celle d'un trouble fonctionnel avec une épargne plus ou moins délibérée de l'arrière-pied D, qui est finalement assez variable, et on ne serait pas étonné d'apprendre que ce patient marche tout à fait normalement lorsqu'il n'est pas observé au vu d'un tannage plantaire qui reste étonnamment très marqué à plus de 3 ans de l'accident.

Ce qui est sûr, c'est que l'abandon immédiat de la mesure professionnelle, mise en œuvre par l'AI en juin 2018, ne se justifiait pas du point de vue médical.

Sur le plan thérapeutique, il n'y a aucune mesure susceptible d'améliorer notablement la situation chez un patient qui ne voit pas lui-même l'intérêt de poursuivre un traitement médical puisqu'on ne peut manifestement rien faire pour lui...

Les limitations fonctionnelles ont été précisées lors du dernier séjour à la Clinique de réadaptation H. _____.

Si le patient ne peut plus travailler comme monteur de voies, il ne fait aucun doute qu'il a une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

Si on se réfère à la table 5 du barème de l'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA, détail N°2870/5.f-2000, un taux de 5 % peut être retenu par analogie à une arthrose toute débutante de la cheville D. »

L'assuré a été licencié avec effet au 31 octobre 2018.

A la suite d'un entretien à l'Office régional de placement le 7 novembre 2018, l'assuré a vu son dossier transmis à l'Instance juridique chômage en vue d'examiner son aptitude au placement compte tenu d'un « certificat médical accident 100 % ».

Le 25 janvier 2019, le Dr Q. _____, médecin-assistant au Centre hospitalier M. _____, a posé le diagnostic de neuropathie du nerf tibial droit. Il a relaté une section partielle du tendon d'Achille droit suturé aux urgences sans fracture associée. Il a suspecté une neuropathie du nerf tibial et adressé l'assuré au Dr R. _____, spécialiste en chirurgie

plastique, reconstructive et esthétique et en chirurgie de la main. Les autres diagnostics de tendinopathie insertionnelle du tendon d'Achille et les gastrocnémiens courts semblaient être au deuxième plan.

Par rapport du 18 février 2019, le Dr R._____ a posé les diagnostics de douleurs neuropathiques chroniques dans le territoire du nerf tibial postérieur droit et de maladie de Dupuytren palmaire du quatrième rayon droit. Il a relaté que l'assuré présentait de façon chronique des douleurs neuropathiques dans le territoire du nerf tibial postérieur droit faisant suite à un écrasement puis à une intervention chirurgicale. La situation lui a semblé stable depuis plusieurs mois, refusant de se prononcer *a posteriori* sur l'étiologie des douleurs initiales. Il a constaté l'échec des traitements tentés jusqu'alors. Sur le plan diagnostic, il a estimé que l'examen clinique était compatible avec une lésion de la branche calcanéenne du nerf tibial postérieur. Il a confirmé qu'il n'existait aucune indication à un nouveau geste chirurgical qui serait voué à l'échec, confirmant en cela l'appréciation neurologique de la Clinique de réadaptation H._____. Il a écrit craindre que la situation actuelle ne devienne définitive. La maladie de Dupuytren à la main droite n'appelait aucun traitement.

Par rapport du 6 mars 2019 au conseil de l'assuré, le Dr R._____ a confirmé son précédent rapport, décrivant une situation inchangée depuis plusieurs mois et déclarant ne pas avoir d'autre proposition à formuler. Il a précisé que l'assuré avait réalisé une IRM du pied et de la cheville droits en [...] le 15 octobre 2018. Dit rapport mentionnait la présence d'une lésion nodulaire qui pourrait être compatible avec un névrome dans la région du muscle long fléchisseur de l'hallux et des muscles interosseux. Le Dr R._____ a observé que cela ne correspondait pas à la localisation des douleurs et que si les douleurs devaient être attribuées à la persistance d'un névrome sur la branche calcanéenne du nerf tibial postérieur, cela ne serait pas visible sur l'IRM puisque de taille réduite.

Dans une appréciation médicale du 18 avril 2019, le Dr G. _____ a confirmé son rapport du 24 août 2018 en ces termes :

« Force est de relever que ces 2 examens récents [ndr. : les rapports du Dr R. _____ des 18 février et 6 mars 2019] n'apportent aucun élément nouveau dans cette affaire, ne faisant que confirmer les diagnostics précédemment retenus, étant une nouvelle fois précisé que ce patient n'a jamais présenté de section partielle du tendon d'Achille et qu'une simple plaie cutanée a été suturée le 21.04.2015. Ils confirment de surcroît, s'il en était besoin, qu'aucune mesure thérapeutique supplémentaire ne saurait être raisonnablement proposée au patient. »

B. Le 8 août 2017, l'assuré a adressé une demande de prestations AI à l'Office de l'assurance-invalidité pour le Canton de Vaud (ci-après : l'OAI) en raison de douleurs à la région tubérositaire postérieure du calcanéum suite à l'accident.

Dans le cadre de la procédure AI, l'OAI a alloué à l'assuré un stage d'observation auprès du Centre d'intégration professionnelle S. _____ [...] qui devait s'effectuer du 4 juin au 31 juillet 2018. Après une demi-journée de stage, l'assuré a communiqué à l'OAI un certificat médical attestant d'un arrêt de travail total.

Par projet d'acceptation de rente du 1^{er} novembre 2018, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait lui verser une rente entière du 1^{er} novembre 2016 au 30 novembre 2018. Le droit à une rente entière était basé sur un degré d'invalidité de 100 %. Estimant que l'assuré avait recouvré une entière capacité de travail dans une activité adaptée dès le 24 août 2018, l'OAI a calculé le degré d'invalidité compte tenu d'un gain annuel de valide de 72'700 fr. 60 et d'un revenu d'invalidé de 67'957 fr. 58 fondé sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS 2016 ; TA1 ; horaire hebdomadaire de 41,7 h ; évolution des salaires nominaux de 2016 à 2018). Le calcul aboutissait à un degré d'invalidité de 6,52 %, ce qui conduisait à une suppression de la rente trois mois après la date à laquelle l'assuré avait recouvré une entière capacité de travail.

C. Par décision du 27 septembre 2018, partiellement confirmée sur opposition le 18 décembre 2018, la CNA a mis fin à la prise en charge du traitement médical et au versement des indemnités journalières au 31 août 2018. Elle a versé à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 6'300 fr. correspondant à un taux de 5 %. Pour le surplus et dans le cadre de l'opposition, elle a renvoyé la cause à l'agence afin que celle-ci examine le droit à la rente d'invalidité de l'assurance-accidents, initialement refusée par l'agence en raison du refus injustifié de l'assuré de participer au stage auprès du Centre d'intégration professionnelle S._____. La CNA s'est fondée sur les appréciations médicales du Dr G._____ (rapport d'examen final du 23 août 2018) et de la Clinique de réadaptation H._____ (rapport du 1^{er} février 2018), reconnaissant leur valeur probante. Elle a considéré qu'il n'y avait plus à attendre du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé du recourant. S'agissant des mesures de réadaptation mises en œuvre par l'OAI, interrompues par l'assuré, celles-ci ne visaient pas à proprement parler à améliorer la capacité de gain de l'assuré, mais à définir les domaines professionnels pouvant entrer en ligne de compte au regard des limitations fonctionnelles retenues. Le droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents ne pouvait dès lors pas être nié au regard d'un refus de collaborer aux mesures de réadaptation auprès du Centre d'intégration professionnelle S._____, ce qui a entraîné le renvoi partiel du dossier à l'agence pour statuer sur la question de la rente.

D. **a)** Par acte du 31 janvier 2019, A._____, assisté de Me Rachel Cavargna-Debluë, a déféré la décision sur opposition rendue le 18 décembre 2018 par la CNA devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (cause AA 14/19). Il a préalablement conclu à ce que l'effet suspensif soit restitué. Principalement, il a conclu à la réforme de la décision sur opposition attaquée dans le sens d'une prise en charge des soins ainsi que du versement d'une indemnité journalière, d'une rente d'invalidité et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Subsidiairement, il a conclu à l'annulation de la décision sur opposition entreprise et à son renvoi à l'intimée pour nouvelle décision dans le sens des considérants. Il a requis la mise en œuvre d'une IRM et d'une expertise médicale, sa

propre audition et celles de témoins. Il a contesté la stabilisation de son état de santé, remettant en cause la valeur probante des appréciations médicales du Dr G._____ et reprochant à ce dernier de ne pas avoir interpellé la Dre P._____.

b) Par déterminations limitées à la question de l'effet suspensif du 18 février 2019, l'intimée a conclu au rejet de la requête de restitution de l'effet suspensif.

c) Par ordonnance du 25 février 2019, la juge instructrice a rejeté la requête de restitution de l'effet suspensif et dit que les dépens suivaient le sort de la cause au fond.

d) Par réponse sur le fond du 4 avril 2019, l'intimée a conclu au rejet du recours. En substance, elle a soutenu que le Dr G._____ avait tenu compte des plaintes du recourant et procédé à un examen clinique complet du recourant qu'il avait déjà reçu le recourant en consultation à deux reprises auparavant. Le médecin d'arrondissement s'était basé sur un dossier médical complet comprenant les imageries médicales réalisées. Ses conclusions étaient claires et motivées ; elles concordaient avec celles des médecins de la Clinique de réadaptation H._____ et du Centre hospitalier M._____. Pour l'intimée, aucun élément médical objectif ne permettait de douter du bien-fondé des conclusions du Dr G._____, notamment quant à la stabilisation de l'état de santé du recourant, qui revêtaient ainsi une pleine valeur probante. En particulier, aucun médecin ne préconisait de mesure médicale permettant d'escompter une sensible amélioration de l'état de santé. Dès lors, la clôture du cas, l'arrêt du versement des indemnités journalières et de la prise en charge des soins étaient justifiés. Pour l'intimée, le taux de 5 % pour l'indemnité pour atteinte à l'intégrité avait été fixé de manière adéquate par analogie avec la table 5.2, détail no 2870/5.f-2000, du barème de l'Indemnisation des atteintes à l'intégrité résultant d'arthroses selon la LAA. Quant à la rente, l'intimée a rappelé que celle-ci faisait l'objet d'une décision séparée.

e) Par réplique du 24 mai 2019 et duplique du 18 juin 2019, les parties ont confirmé leurs conclusions respectives. A l'appui de sa duplique, l'intimée a produit une nouvelle appréciation médicale du Dr G._____, rédigée comme il suit :

« J'ai relu attentivement le rapport médical du Dr R._____ du 18.02.2019.

Ses constatations sont pratiquement superposables aux miennes.

Il conclut à la persistance de douleurs neuropathiques dans le territoire du nerf tibial postérieur D, plus particulièrement au niveau de la branche calcanéenne, relevant que celle-ci a déjà fait l'objet d'une révision chirurgicale, sans que le patient consente une amélioration, de sorte qu'il pense qu'il faut en rester là, attitude que j'ai également défendue. Comme je l'ai déjà dit, il n'y a rien de nouveau, tout cela figure dans les actes au dossier, étant précisé, comme le relève le Dr N._____, qu'une atteinte de ce nerf n'a pas formellement été prouvée bien que l'examen clinique la laisse suspecter.

En d'autres termes, nous sommes en présence de troubles avant tout subjectifs, faisant suite à un écrasement du talon D, troubles en lien avec une possible atteinte d'un rameau du nerf tibial et accessoirement peut-être aussi avec une tendinopathie insertionnelle du tendon d'Achille, visible sur l'imagerie médicale.

On peut donc se demander si l'atteinte à l'intégrité atteint réellement 5%, en présence de séquelles objectives qu'on est bien obligé de qualifier de minimales, même si elles débouchent sur un handicap subjectif apparemment majeur, mais qui ne trouve pas vraiment d'explication médicale.

Pour ma part, je compare quand même cette situation à une arthrose débutante de la cheville D qui serait responsable de douleurs résiduelles, ce qui permet de justifier le taux d'atteinte à l'intégrité précité et semble congruent avec le fait qu'on s'accorde pour reconnaître des limitations fonctionnelles au patient. »

E. Par décision du 29 janvier 2019, confirmée sur opposition le 30 avril 2019, la CNA a refusé au recourant une rente d'invalidité de l'assurance-accidents au motif qu'il n'y avait pas de diminution notable de sa capacité de gain due à l'accident. Fondée sur les appréciations médicales du Dr G._____ (rapport d'examen final du 23 août 2018) et de la Clinique de réadaptation H._____ (rapport du 1^{er} février 2018), elle a retenu que l'assuré était à même d'exercer une activité adaptée à la condition qu'il ne doive pas effectuer de longs déplacements sur un terrain irrégulier et des montées et descentes répétées d'escaliers ou d'échelle. Se fondant sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires (éd. 2016,

adaptée en 2018 et à l'horaire moyen en entreprise), la CNA a considéré que l'assuré pourrait réaliser, dans le secteur privé, un salaire annuel de 67'405 fr. 97 alors que son gain réalisable sans l'accident était de 73'740 fr. selon les indications fournies par son employeur le 16 janvier 2018. Il en résultait un degré d'invalidité de 8,13 % qui n'ouvrait pas le droit à la rente.

F. **a)** Par acte du 24 mai 2019, A._____, assisté de Me Rachel Cavargna-Debluë, a déféré la décision sur opposition du 30 avril 2019 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (cause AA 65/19). Il a préalablement requis la jonction des causes AA 14/19 et AA 65/19. Principalement, il a conclu à la réforme de la décision sur opposition entreprise et à l'octroi d'une rente invalidité de l'assurance-accidents dont le taux était à préciser en cours d'instance. Subsidiairement, il a conclu à l'annulation de la décision sur opposition entreprise et à son renvoi à l'intimée pour nouvelle décision dans le sens des considérants. Il a requis la mise en œuvre des mêmes mesures d'instructions que dans la cause AA 14/19, la production de son dossier auprès du Service de l'emploi ainsi que celle d'un rapport de cette autorité. Il a réitéré les mêmes arguments concernant la valeur probante des appréciations médicales que ceux figurant dans son recours du 31 janvier 2019 dirigé contre la décision du 18 décembre 2018, alléguant que le degré d'invalidité calculé par l'intimée ne reflétait pas la perte de gain résultant de sa situation médicale.

b) Par réponse du 4 avril 2019, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle a considéré que les éléments médicaux qui fondaient sa décision étaient probants.

c) Par réplique du 19 août 2019, le recourant a maintenu ses conclusions.

d) Par courrier du 30 août 2019, l'intimée a informé la Cour de céans qu'elle renonçait à dupliquer, formellement, s'en tenant à ses conclusions.

G. Par ordonnance du 11 septembre 2019, la juge instructrice a joint les causes AA 14/19 et AA 65/19 sous référence AA 14/19 pour faire l'objet d'une instruction commune et d'un jugement commun.

Par courrier du 26 septembre 2019, le recourant a requis son audition par la Cour de céans.

H. Par décision du 4 février 2019, la juge instructrice a octroyé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire dans la mesure de l'exonération d'avances, de celle des frais judiciaires et de l'assistance d'une avocate d'office en la personne de Me Rachel Cavargna-Debluë.

Me Rachel Cavargna-Debluë a produit sa liste des opérations le 26 septembre 2019.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, sous réserve de dérogations expresses (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).

La LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

b) En l'occurrence, déposés en temps utile auprès du tribunal compétent, compte tenu des fêtes de Noël pour ce qui concerne le

recours du 31 janvier 2019 (art. 38 al. 4 let. c LPGA), et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), les recours sont recevables.

2. a) Le litige porte sur le droit du recourant à la prise en charge des soins et au versement d'indemnités journalières au-delà du 31 août 2018, à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents et au versement d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité d'un taux supérieur à 5 %. Singulièrement, il porte sur la valeur probante de l'évaluation médicale de l'intéressé.

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. L'assuré a droit, notamment, au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA) et à une indemnité journalière s'il est totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident (art. 16 al. 1 LAA). Cette dernière s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique (première phrase). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (deuxième phrase).

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).

4. a) 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) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, 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 de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

Une valeur probante doit également être accordée aux appréciations émises par les médecins conseils de l'assurance, 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 l'assurance sociale, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb p. 353 et les références citées ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci. Il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

5. a) 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).

b) 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).

6. a) Dans un premier grief de nature formelle, le recourant semble se plaindre d'une violation de son droit d'être entendu du fait que l'intimé n'aurait pas procédé à un examen complet du cas.

b) Aux termes de l'art. 49 al. 3 LPGA, l'assureur doit motiver ses décisions si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. Cette obligation, qui découle également du droit d'être entendu, garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), a pour but que le destinataire de la décision puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et que l'instance de recours soit en mesure, si elle est saisie, d'exercer pleinement son contrôle. Pour répondre à ces exigences, l'autorité doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Elle n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et arguments invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue de la procédure (ATF 143 III 65 consid. 5.2 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 et les arrêts cités). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être

implicite et résulter des différents considérants de la décision (ATF 141 V 557 consid. 3.2). En revanche, une autorité se rend coupable d'un déni de justice formel prohibé par l'art. 29 al. 2 Cst. si elle omet de se prononcer sur des allégués et arguments qui présentent une certaine pertinence ou de prendre en considération des allégués et arguments importants pour la décision à rendre (ATF 142 III 360 consid. 4.1.1 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 ; 133 III 235 consid. 5.2).

c) Même à admettre une éventuelle violation et pour autant qu'il puisse être considéré comme suffisamment motivé, le grief de violation de l'art. 29 al. 2 Cst. devrait être considéré comme guéri devant la juridiction de céans, le recourant, comme l'intimée, ayant eu l'occasion de faire valoir leurs points de vue respectifs au cours de la présente procédure judiciaire, ouverte devant une instance jouissant d'un plein pouvoir d'examen pour statuer. En conséquence, l'argument tiré d'une hypothétique violation du droit d'être entendu doit être écarté. Au demeurant le moyen soulevé par le recourant se confond avec celui de violation du principe inquisitoire (art. 43 LPGA) et doit être examiné avec le fond du litige ci-dessous.

7. a) Dans ses écritures, le recourant remet en cause la valeur probante des rapports médicaux sur lesquels l'intimée s'est appuyée dans le cadre des décisions attaquées.

Il formule des critiques sur le déroulement de l'examen médical final auprès du médecin d'arrondissement, qu'il qualifie de succinct et négligé. Il allègue ne pas avoir été correctement examiné, notamment s'agissant d'une lésion alléguée au talon d'Achille. Il soutient que le Dr G. _____ aurait fait preuve de partialité en relevant les contradictions entre ses plaintes subjectives et les observations médicales, ainsi qu'en ayant écrit dans son rapport qu'il « *ne serait pas étonné d'apprendre que ce patient marche tout à fait normalement lorsqu'il n'est pas observé* ».

Le recourant fait pour le surplus grief au Dr G._____ de ne pas avoir tenu compte des rapports médicaux émanant du Dr R._____, de ne pas avoir pris contact avec les médecins du Centre hospitalier M._____ et souligne qu'il existerait de nombreux indices permettant de douter du bien-fondé du rapport d'examen final.

Pour pallier à ces inconsistances alléguées, le recourant requiert que l'instruction soit complétée par la mise en œuvre d'une IRM et d'une expertise médicale, par sa propre audition et celles de ses médecins traitants, ainsi que par la production de son dossier auprès du Service de l'emploi et d'un rapport de cette autorité.

b) Pour sa part, l'intimée rejette les griefs du recourant. Elle plaide que les rapports médicaux établis par la Clinique de réadaptation H._____ les 1^{er} février 2017 et 1^{er} février 2018, ainsi que par son médecin d'arrondissement, le Dr G._____, soit essentiellement son rapport d'examen final du recourant du 24 août 2018, présentent les critères requis par la jurisprudence pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Pour l'intimée, on ne peut pas reprocher au Dr G._____ la moindre prévention du fait que son rapport du 24 août 2018 parvient aux mêmes conclusions que la Clinique de réadaptation H._____ auprès de laquelle le recourant a séjourné à deux reprises et que les impressions médicales doivent figurer dans un rapport. Elle relève que le médecin d'arrondissement a procédé à un examen clinique complet dont il a retranscrit les constatations objectives dans son rapport. Selon l'intimée, le rapport final du Dr G._____ se base sur un dossier médical complet (y compris les imageries et les ENMG), prend en compte les plaintes du recourant et les avis de ses médecins traitants. Elle soutient que les conclusions médicales quant à la capacité de travail, notamment fondées sur les observations de la Clinique de réadaptation H._____, sont convaincantes.

En conséquence, l'intimée conclut au rejet de toute autre ou plus ample mesure d'instruction.

8. a) En l'occurrence, à la suite de l'événement accidentel du 21 avril 2015, le recourant a subi un traumatisme direct du talon droit avec plaie superficielle dudit talon, une enthésopathie discrète du tendon Achille, une aponévrosite plantaire et neuropathie du nerf calcanéen médial, branche sensitive distale du nerf tibial droite.

A l'issue de son examen final du 23 août 2018, le Dr G. _____ a estimé qu'il n'y avait aucune mesure susceptible d'améliorer notablement la situation sur le plan thérapeutique. Il a retenu que le recourant disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité légère adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir sans long déplacement sur terrain irrégulier et sans montées et descentes répétitives d'escaliers et d'échelles. S'agissant du reste des plaintes, l'impression qui prévalait était celle d'un trouble fonctionnel.

Le Dr G. _____ avait connaissance des avis médicaux des Drs P. _____, Q. _____ et R. _____ du Centre hospitalier M. _____ qui étaient au dossier. S'agissant du Dr T. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil-locomoteur au Centre hospitalier M. _____, celui-ci n'a semble-t-il pas répondu aux sollicitations du recourant. Le courrier de son conseil du 24 janvier 2019 est en effet resté sans réponse, étant précisé que l'assuré a été reçu au Département de l'appareil locomoteur du Centre hospitalier M. _____ par le Dr Q. _____ et non par le Dr T. _____ (cf. rapport du 25 janvier 2019). Le Dr G. _____ avait en outre connaissance des IRM et ENMG, tous accompagnés des avis médicaux explicitant leurs résultats. Le neurologue de la Clinique de réadaptation H. _____ n'a pas identifié d'opportunité chirurgicale et la neuropathie du nerf calcanéen médial n'expliquait qu'une partie des doléances de l'assuré. L'imagerie n'a rien révélé qui puisse expliquer entièrement les plaintes du recourant ni permettre d'indication à la poursuite d'un traitement.

Les remarques sur les éventuelles simulations du recourant font partie des éléments qui doivent être observés et relatés par le médecin dans le cadre d'une procédure d'assurances sociales. On ne

saurait ainsi reprocher au Dr G._____ d'avoir rapporté ces éléments. On doit d'ailleurs constater que les médecins de la Clinique de réadaptation H._____ ont également relevé les autolimitations du recourant, des discordances et un niveau de cohérence faible, ceci tant dans le rapport du 1^{er} février 2017 que dans celui du 1^{er} février 2018. Les discordances entre les éléments cliniques objectivables et les plaintes subjectives exprimées par le recourant montrent qu'il n'y a pas lieu de s'écarter de l'appréciation de la situation médicale faite par l'intimée. Au demeurant, les discordances et auto-limitations relevées renforcent l'impression de trouble fonctionnel.

Le recourant n'a pas rendu vraisemblable une possibilité d'amélioration sensible à la suite d'un traitement. Même le Dr F._____ a convenu qu'une nouvelle intervention chirurgicale n'était pas indiquée (rapport du 6 décembre 2017). L'avis du Dr F._____ ne présentait pas une situation médicale péjorée, mais plutôt une situation clinique stagnante et des résultats très fortement positifs aux tests. Il a ensuite relaté l'absence d'amélioration notable. La Clinique de réadaptation H._____ a recommandé la circonspection quant à tout nouveau geste invasif (rapport du Dr N._____ du 22 janvier 2018). Quant au physiothérapeute et à l'ergothérapeute de cette clinique, ils n'ont pas proposé de poursuite des traitements dans leur domaine de spécialité respectif (rapports des 22 et 24 janvier 2018). Le Dr Q._____ a aussi relevé que les suivis en antalgie n'avaient apporté aucune amélioration. Il n'a pas préconisé de traitement pour la tendinopathie du tendon d'Achille (rapport du 25 janvier 2019). S'agissant enfin du Dr R._____, il a refusé de se prononcer *a posteriori* sur l'étiologie des douleurs initiales, constatant l'échec des traitements tentés jusqu'alors. Il n'a pas retenu d'indication à un nouveau geste chirurgical qui serait voué à l'échec, confirmant en cela l'appréciation neurologique de la Clinique de réadaptation H._____. Dans son rapport du 6 mars 2019, le Dr R._____ a constaté que la situation était inchangée depuis plusieurs mois et a déclaré ne pas avoir d'autre proposition à formuler.

Le recourant allègue encore qu'un « nouveau » diagnostic de section du tendon d'Achille suturée aurait été posé par le Dr Q. _____ dans son rapport du 25 janvier 2019. On observe toutefois que ce diagnostic n'avait pas été posé en ces termes par les divers médecins malgré les multiples consultations, des IRM et deux séjours à la Clinique de réadaptation H. _____. Le rapport médical des urgences des Etablissements hospitaliers C. _____ du 21 avril 2015 indique même que le tendon d'Achille est « indolore et compétent, palpé sur toute sa longueur » et qu'il s'agissait d'une « contusion au talon » avec une « plaie superficielle » (rapports des 21 avril et 13 juillet 2015). Cependant, dans ses rapports des 22 septembre 2016, 6 avril 2017, dans le protocole opératoire du 17 juillet 2017 et la lettre de sortie du 23 juillet 2017, ainsi que dans son rapport du 6 décembre 2017, le Dr F. _____ mentionne la section partielle du tendon d'Achille, tout en posant le diagnostic de douleurs au pied et au talon droit. Il ne s'agit donc pas d'un nouveau diagnostic. Le Dr Q. _____ ne présente pas une situation différente de celle qui a été analysée par l'ensemble des médecins ; la section partielle étant suturée, selon son constat, on ne voit pas en quoi une légère différence d'appréciation sur ce point pourrait être déterminante.

Le Dr G. _____ a tenu compte du fait que la cheville du recourant était un peu plus froide même s'il n'a pas pris la température exacte. On ignore toutefois ce que le recourant entend conclure de cet argument puisqu'il ne tire aucune conclusion de la température ou de l'existence d'une boule fondée sur d'autres avis médicaux. A cet égard on relève que les considérations du recourant sur la manière dont le médecin devrait procéder pour faire son examen médical ne sont d'aucune pertinence, puisqu'il appartient au praticien, spécialiste, de déterminer quelles opérations sont utiles et nécessaires à son évaluation, notamment sur le plan clinique.

S'agissant des arrêts de travail signés par le Dr D. _____, au-delà du 23 août 2018, ceux-ci ne sont pas motivés par une appréciation médicale, étant précisé qu'il était loisible au recourant de produire un tel rapport de son médecin traitant.

Contrairement à ce que suggère le recourant, on ne voit pas en quoi la position du Service de l'emploi sur l'aptitude au placement pourrait être de nature à remettre en cause les évaluations médicales approfondies du dossier.

Le recourant se réfère encore à l'échec d'un stage effectué sous l'égide de l'Al. Cette assurance a toutefois reconnu une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès le 24 août 2018 en se fondant justement sur l'appréciation du Dr G._____, dont on a vu ci-dessus qu'elle échappe à la critique. Ce moyen n'est donc d'aucune aide au recourant.

Il n'y a pas davantage lieu de s'arrêter sur la terminologie administrative utilisée par l'intimée et mise en avant par le recourant lorsqu'elle se réfère à un « examen final » ou au fait de « clore le cas ». Ceci n'est pas déterminant et ne traduit pas de préjugé à l'égard du recourant. Il s'agit en effet de la terminologie usuelle utilisée par la CNA dans l'ensemble de ses dossiers et l'on ne voit pas quel moyen le recourant entend en tirer.

En définitive, l'appréciation du Dr G._____ n'est pas mise en doute par les pièces au dossier ; il n'y a pas de contradiction. C'est ainsi à juste titre que l'intimée a défini la stabilisation de l'état de santé du recourant et l'exigibilité d'une activité adaptée à temps complet sur la base du rapport du Dr G._____ du 24 août 2018, ceci quand bien même il manifeste un handicap subjectif important au niveau du pied droit. Les conclusions du rapport du Dr G._____ sont claires, convaincantes et bien motivées. Le rapport en question remplit tous les réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. Il y a dès lors lieu de s'y rallier.

Il convient ainsi de retenir que l'état de santé du recourant est stabilisé depuis le 23 août 2018 et que ce dernier a présenté depuis lors une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations

fonctionnelles, lesquelles ont été correctement évaluées par le Dr G._____, ainsi que par les médecins de la Clinique de réadaptation H._____.

b) Compte tenu de la stabilisation de l'état de santé du recourant au 23 août 2019, l'intimée était fondée à mettre un terme aux indemnités journalières et à la prise en charge des soins au 31 août 2018.

c) S'agissant de la rente, l'intimée a estimé, en se fondant notamment sur l'appréciation du Dr G._____, que le recourant disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. La valeur probante de l'appréciation du Dr G._____ doit être confirmée pour les motifs indiqués ci-dessus. Le revenu d'invalidé calculé sur la base de l'ESS et le revenu sans invalidité, à l'égard desquels le recourant ne soulève aucun grief, peuvent être confirmés. C'est dès lors à juste titre que la CNA a refusé de mettre le recourant au bénéfice d'une rente d'invalidité, puisque ce dernier subit un préjudice économique inférieur à 10 % à la suite de l'accident du 21 avril 2015.

d) Les décisions sur opposition rendues les 18 décembre 2018 et 30 avril 2019 par l'intimée doivent être confirmées en tant qu'elles concernent la prise en charge des soins et les indemnités journalières jusqu'au 31 août 2018, ainsi que le refus d'une rente d'invalidité de l'assurance-accidents.

9. Il reste encore à examiner la quotité de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

a) 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).

L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre à une rente, lorsque le traitement médical est terminé (art. 36 al. 2 OLAA). Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme (art. 19 al. 1, première phrase, LAA).]

b) S'agissant des critiques contre la fixation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, le recourant ne fait que contester la valeur probante de l'ensemble du rapport médical du 23 août 2018, sans formuler de griefs précis sur l'évaluation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, laquelle a été motivée et posée après un examen circonstancié. Or, il a été exposé ci-dessus que les avis médicaux au dossier sont probants, de sorte que l'appréciation médicale échappe à la critique.

Le recourant ne soulève aucun argument propre à remettre en cause l'analogie opérée par le Dr G. _____ entre sa situation médicale et une arthrose toute débutante de la cheville droite selon la table 5 du barème de l'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA, détail N°2870/5.f-2000. Dans son dernier rapport du 18 juin 2019, le Dr G. _____ laisse entendre que l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité est généreux et répond à une séquelle objective minime et à la reconnaissance de limitations fonctionnelles par la Clinique de réadaptation H. _____. Même minime, il n'en demeure pas moins que la Clinique de réadaptation H. _____ a bel et bien retenu que les plaintes avaient partiellement un fondement objectif, notamment identifié à l'ENMG (rapport du Dr N. _____ du 19 janvier 2017), et qu'elle a arrêté des limitations fonctionnelles (rapport du 1^{er} février 2018). Dans ces

circonstances, la Cour n'a pas de motifs de s'écarter de l'appréciation de l'intimée fixant l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à un taux de 5 %.

Pour le surplus, le calcul de l'indemnité de 6'300 fr., vérifié d'office, doit être confirmé.

La décision sur opposition du 18 décembre 2018 doit ainsi également être confirmée en tant qu'elle concerne l'indemnité pour atteinte à l'intégrité de 6'300 fr. correspondant à un taux de 5 %.

10. a) Au vu de ce qui précède, l'audition du recourant, la production du dossier complet du Centre hospitalier M._____, la mise en œuvre d'une expertise judiciaire et d'une IRM, la production d'un rapport et du dossier du SDE (courrier du 26 septembre 2019 ; réplique du 19 août 2019, p. 7 ; recours), ainsi que l'audition de témoins, n'apparaissent pas nécessaires puisque les éléments au dossier sont suffisants pour statuer (sur l'appréciation anticipée des preuves : ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

En particulier, les avis médicaux des Drs P._____, Q._____
(remplaçant apparemment le Dr T._____) et R._____ requis sous chiffre 3 des réquisitions de l'acte de recours du 31 janvier 2019 (p. 15) ont été produits au dossier et le Dr G._____ en a dûment tenu compte comme indiqué ci-dessus (cf. consid. 6a). Au surplus, il était loisible au recourant, assisté d'un conseil, de produire toute pièce médicale supplémentaire qu'il jugeait nécessaire. Le Dr G._____ s'est exprimé à ce sujet et a expliqué de manière convaincante que ces rapports médicaux ne changeaient pas son appréciation.

On rappelle que la question des activités et prestations de travail pouvant raisonnablement être exigées doit en premier lieu être tranchée par les médecins, et non par les experts en réadaptation (TF 8C_801/2018 du 13 février 2019 consid. 4.3), soit encore moins par l'autorité compétente en matière d'assurance-chômage.

Il est encore rappelé, s'agissant de l'audience, que les garanties minimales en matière de droit d'être entendu découlant de l'art. 29 al. 2 Cst. ne comprennent en principe pas le droit d'être entendu oralement (ATF 140 I 68 consid. 9.6.1).

b) Les requêtes du recourant doivent par conséquent être rejetées.

11. a) Compte tenu de ce qui précède, les recours doivent être rejetés et les décisions entreprises confirmées.

b) La procédure étant gratuite (cf. art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires. Le recourant, qui n'obtient pas gain de cause, n'a pas droit à des dépens, pas plus que l'intimée en sa qualité d'assureur social (cf. art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205).

c) Le recourant bénéficie en outre, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Rachel Cavargna-Debluë (art. 118 al. 1 let. c CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Le défenseur d'office a droit au remboursement forfaitaire de ses débours et à un défraiement équitable, qui est fixé en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps qu'il y a consacré. Le juge apprécie l'étendue des opérations nécessaires pour la conduite du procès et applique un tarif horaire de 180 fr. s'agissant d'un avocat (art. 2 al. 1 let. a [et b] RAJ [règlement sur l'assistance judiciaire en matière civile du 7 décembre 2010 ; BLV 211.02.3]).

Me Rachel Cavargna-Debluë a produit sa liste des opérations le 26 septembre 2019 ; celle-ci a été contrôlée au regard de la procédure et rentre globalement dans le cadre du bon accomplissement du mandat. Pour la période du 31 janvier au 26 septembre 2019, il convient ainsi de

retenir, comme demandé, 25 heures et 15 minutes rémunérées à un tarif horaire de 180 fr., ce qui correspond à un montant total d'honoraires s'élevant à 4'545 fr., auquel s'ajoutent des débours fixés forfaitairement à 5% du défraiement hors taxe conformément à l'art. 3bis al. 1 RAJ, soit 227 fr. 25, ce qui représente un montant de 4'772 fr. 25. A ce montant, il convient d'ajouter la TVA au taux de 7,7 %, soit 367 fr. 45.

Au final, le montant de l'indemnité de Me Rachel Cavargna-Debluë est arrêté à 5'139 fr. 70, débours et TVA compris.

La rémunération de l'avocat d'office est provisoirement supportée 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, 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
p r o n o n c e :**

- I. Les recours sont rejetés.

- II. Les décisions sur oppositions rendues les 18 décembre 2018 et 30 avril 2019 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents sont confirmées.

- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.

- IV. L'indemnité d'office de Me Rachel Cavargna-Debluë, conseil du recourant, est arrêtée à 5'139 fr. 70 (cinq mille cent trente-neuf francs et septante centimes), débours et TVA compris.

- V. 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 de l'indemnité du conseil d'office mise provisoirement 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 Rachel Cavargna-Debluë (pour le recourant),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (intimée),
- Office fédéral de la santé publique,

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 :