

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 18 juin 2014

Présidence de M. MÉTRAL
Juges : Mmes Thalmann et Röthenbacher
Greffière : Mme Preti

Cause pendante entre :

Z. _____, à Lausanne, recourant,

et

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

Art. 6, 7, 8 et 37 al. 4 LPGA ; 16 ss LAA

E n f a i t :

A. Z._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], travaillait, depuis le 1^{er} juillet 2002, comme machiniste pour l'entreprise H._____SA, à [...]. A ce titre, il était assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 18 novembre 2008, il a glissé sur une route et s'est fracturé la malléole externe de la cheville gauche. Il s'est rendu le jour même au Centre universitaire L._____ (ci-après : Centre universitaire L._____), où les médecins ont posé le diagnostic de fracture de la malléole externe gauche de type Weber B. Ils ont dans un premier temps immobilisé la jambe et la cheville par un plâtre, puis ont procédé à une réduction ouverte de la fracture et à une ostéosynthèse par la pose d'une plaque, le 24 novembre 2008. Le patient est resté hospitalisé du 24 au 27 novembre 2008. Il a conservé un plâtre sur le bas de sa jambe gauche jusqu'au 8 janvier 2009, puis on lui a posé une botte de marche pour trois semaines. La suite du traitement a consisté, pour l'essentiel, en physiothérapie.

La CNA a pris en charge le traitement médical et alloué des indemnités journalières pour une incapacité de travail totale dès le jour de l'accident.

Dans deux rapports des 20 février 2009 et 8 avril 2009, le docteur B._____, chef de clinique au Service d'orthopédie et de traumatologie du Centre universitaire L._____, a fait état d'une évolution lentement favorable, la patient éprouvant encore des douleurs au niveau de l'articulation tibio-astragalienne. Il a attesté une incapacité de travail totale et suggéré un séjour à la Clinique P._____. Le docteur C._____, médecin d'arrondissement de la CNA, a examiné l'assuré le 13 mai 2009 et s'est rallié à cette proposition, après avoir notamment constaté une ostéopénie compatible avec une algoneurodystrophie (Complex regional pain syndrom [CRPS]). Aucune médication n'était en cours, seuls des

contrôles au Centre universitaire L._____ étant prévus (rapport du 13 mai 2009).

Z._____ a séjourné du 3 juin au 1^{er} juillet 2009 à la Clinique P._____. Dans le rapport de sortie du 14 juillet 2009, les docteurs F._____, rhumatologue et spécialiste en médecine physique et réadaptation, et V._____, médecin assistante, ont posé les diagnostics de fracture de la malléole externe de type Weber B gauche le 18 novembre 2008, réduction ouverte et ostéosynthèse de la malléole externe par plaque et vis le 24 novembre 2008, algoneurodystrophie du genou, de la cheville et du pied gauches, ébauche d'un éperon calcanéen avec enthésopathie gauche, et coxa vara profunda modérée. Ils ont notamment exposé ce qui suit, sous «appréciation et discussion» :

«[...]»

APPRECIATION ET DISCUSSION

Concernant le membre inférieur gauche

A l'entrée, Monsieur Z._____ se plaint de douleurs comme des piqûres au niveau de la malléole interne lorsqu'il met le pied en inversion ainsi que de douleurs de la malléole externe et du pourtour de la cheville. Elles sont fluctuantes d'un jour à l'autre, d'intensité supportable, mais d'un caractère gênant. S'y associe une enflure importante de la cheville surtout après la marche. Le patient se promène avec une canne environ sur 2 km 3x/jour avec son chien. Il décrit une transpiration plus importante ainsi que parfois un changement de couleur.

Au status, on observe une tuméfaction de la cheville gauche et de la jambe gauche. La mobilité de la cheville est légèrement diminuée à gauche. La marche se fait sans canne avec une légère boiterie d'épargne et une légère instabilité lors de la phase d'appui.

Sur les radiographies de la cheville de février, on voit une déminéralisation sous-chondrale au niveau de l'astragale, qui devient plus marquée sur les radiographies de mai. S'y rajoute une ostéopénie mouchetée du péroné et du tibia.

La scintigraphie osseuse triphasique montre une forte hypercaptation du radiotracer au niveau du genou, des os de la cheville et du tarse et modérée au niveau de la tubérosité tibiale antérieure et des articulations métatarso-phalangiennes aux 3 temps. Cette représentation est compatible avec une algoneurodystrophie de stade I du genou, cheville et pied gauches.

Concernant les hanches

Le status montre une légère raideur en flexion des hanches ddc. Les rotations internes et externes sont équilibrées. Radiologiquement, il y a une coxa vara profunda modérée sans signe de coxarthrose.

Sur le plan psychique

Le consilium psychiatrique ne relève pas de psychopathologie notoire. Le patient apparaît comme personnalité affirmée et stable psychiquement, malgré la présence d'une attitude parfois défensive, voire revendicatrice. Il s'inquiète de son problème d'algoneurodystrophie et des conséquences sur la reprise de son activité professionnelle. Il mentionne subir très péniblement l'inactivité.

Traitement

Nous effectuons 2 perfusions de pamidronate 60 mg et introduisons une antalgie par AINS et paracétamol. En raison de l'œdème, un bas de contention est fourni au patient.

En physiothérapie, le patient a eu des thérapies avec mobilisation, drainage lymphatique, entraînement de l'équilibre sur plan instable et renforcement des MI [membres inférieurs] et exercices de reconditionnement global.

En fin de séjour, le patient dit percevoir une diminution des douleurs et une augmentation de la force et de l'équilibre. Il a abandonné[...] les cannes sur terrain régulier. Objectivement, on observe une mobilité conservée de la cheville, du pied et du genou. L'œdème persiste.

A la sortie, le patient poursuivra la physiothérapie 2x/semaine.

Sur le plan professionnel

Monsieur Z. _____ travaille comme machiniste et manœuvre de chantier dans le génie civile. Actuellement, le patient est limité pour les déplacements et les travaux lourds, raison pour laquelle nous maintenons une incapacité de travail totale. Si lors de l'évaluation dans 1 mois, il y a une amélioration sur le plan des douleurs et de la marche, une reprise de travail à 50%, journée pleine et demi-rendement, avec limitation pour les longs déplacements et les travaux lourds, pourrait être envisagée. Afin de faciliter une telle reprise, l'intervention d'un inspecteur SUVA auprès de l'employeur serait souhaitable pour définir les modalités de la reprise et les activités que le patient pourra faire.

INCAPACITE DE TRAVAIL DANS LA PROFESSION ACTUELLE DE MACHINISTE ET MANŒUVRE DE CHANTIER

100 % du 03.06.2009 au 31.07.2009

[...]»

A la suite de cette hospitalisation, l'arrêt de travail de Z._____ a été prolongé par son médecin traitant, pour trois mois. Lors d'un entretien du 27 août 2009 chez son employeur, avec un inspecteur de sinistre de la CNA, l'assuré a exposé avoir repris un traitement anti-inflammatoire, qui venait de s'achever. Il ne prenait plus qu' «un Dafalgan ici ou là». Il suivait également une physiothérapie, deux à trois fois par semaine. Le matin, il se sentait assez bien et en profitait pour faire une longue promenade avec son chien. L'après-midi, en revanche, sa jambe commençait à enfler, avec des douleurs dans le mollet. Il devait alors la surélever. Dans ces conditions, il estimait qu'une reprise du travail était prématurée. Le chef d'exploitation de son employeur a ajouté qu'il pouvait travailler sur n'importe quel engin car il possédait différents permis. En principe, toutefois, il travaillait toujours sur une pelle de 18 tonnes. S'il pouvait reprendre le travail, il était indispensable qu'il soit présent à la journée entière. A cette exigence près, l'employeur était disposé à aider l'assuré et à le mettre exclusivement sur la pelle, avec un rendement de 50% sur la journée entière dès qu'il s'en sentirait capable.

Le 24 septembre 2009, le docteur K._____, remplaçant du médecin d'arrondissement de la CNA, a examiné l'assuré et constaté une mobilité de la cheville encore réduite, avec un œdème du membre inférieur dans sa partie distale. Il mentionnait que faute de possibilité d'aménager son poste de travail et malgré le désir de l'assuré de reprendre son travail, l'état actuel de sa cheville ne permettrait pas une sollicitation requise par l'activité de machiniste sur une journée complète. Dans cette activité, une activité à mi-temps serait sans doute possible (rapport du 24 septembre 2009).

Z._____ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité, le 25 septembre 2009.

Le 9 novembre 2009, lors d'un nouvel entretien avec l'inspecteur de sinistre de la CNA, l'assuré a exposé ressentir depuis deux mois des douleurs sous forme de lancées dans la fesse gauche. Le docteur B._____ suspectait une hernie discale et une imagerie par résonance

magnétique (ci-après : IRM) était prévue pour le 18 novembre 2009. En l'état, une reprise du travail à la journée entière était exclue, d'autant que pour le reste, l'assuré ne voyait guère d'amélioration par rapport au dernier entretien. L'employeur a exposé qu'il envisageait un licenciement dès que la convention collective de la branche le permettrait, compte tenu de l'incapacité de travail persistante.

Dans un rapport médical du 2 décembre 2009 à l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Vaud (ci-après : OAI), les docteurs B._____ et T._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, ont posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, de status post réduction ouverte et ostéosynthèse d'une fracture de la malléole externe de type Weber B à gauche, le 24 novembre 2008, avec algoneurodystrophie du genou, de la cheville et du pied gauches, ainsi que d'«arthrose facettaire postérieure pluriétagée au niveau lombaire avec étalement discal L2-L3-L4-L5 avec une saillie discale discrète para-médiane gauche sans conflit radiculaire». Les symptômes se présentaient sous forme de douleurs lombaires et de douleurs au niveau de la cheville gauche à la mobilisation lors de la marche. Le traitement consistait en de la physiothérapie. L'incapacité de travail était totale dans la profession de machiniste depuis le 18 novembre 2008 et il n'y avait pas lieu d'attendre une amélioration de la capacité de travail. L'assuré pouvait cependant exercer des activités professionnelles en position assise uniquement ou en position debout uniquement, mais dans cette seconde hypothèse pas plus de deux heures. Il ne pouvait pas travailler dans un emploi exercé principalement en marchant. Il pouvait se pencher, travailler avec les bras au-dessus de la tête, se mettre accroupi ou à genoux, ou encore effectuer des rotations en position assise ou debout, soulever et porter des charges inférieures à 10 kg, monter sur une échelle ou un échafaudage, monter les escaliers, sans limitation de sa capacité de concentration, de compréhension ni de sa résistance.

Le docteur C._____ a procédé à un nouvel examen clinique de l'assuré, le 19 janvier 2010. Il a constaté que d'un point de vue assécurologique, la situation était bien stabilisée pour ce qui concernait

les séquelles de l'accident du 18 novembre 2008, c'est-à-dire pour ce qui concernait exclusivement les atteintes à la cheville gauche. Il n'y avait aucun rapport de causalité entre cet accident et les pathologies de la colonne lombaire et des hanches, ainsi que l'enthésopathie et l'éperon calcanéen, notamment. Si l'on éliminait les activités impliquant des déplacements sur terrain inégal, sur des échelles ou des échafaudages, ou encore de longs déplacements à plat, en particulier avec charges, ainsi que les activités en position accroupie, la capacité de travail de l'assuré était entière compte tenu des seules séquelles de l'accident. Le docteur C. _____ a proposé d'allouer une indemnité pour une atteinte à l'intégrité de 15% compte tenu de la gêne fonctionnelle dans l'articulation sous-astragalienne (rapport du 19 janvier 2010).

Le 16 mars 2010, la CNA a informé l'assuré du fait qu'elle mettrait fin à la prise en charge du traitement médical et au paiement de l'indemnité journalière avec effet dès le 30 avril 2010 et qu'elle statuerait prochainement sur le droit à la rente pour la période postérieure, ainsi qu'à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Par décision du 2 juillet 2010, elle a alloué une rente fondée sur un taux d'invalidité de 29% ainsi qu'une indemnité pour une atteinte à l'intégrité de 15%. Elle a considéré que l'assuré pouvait encore exercer une activité lucrative à 100% dans une activité n'imposant pas de travaux en position accroupie, ni de monter sur des échelles ou des échafaudages, ou encore de se déplacer en terrain plat sur de longues distances ou en terrain inégal.

Les 8 et 17 juin 2010, Z. _____ s'est présenté à la consultation de traumatologie ambulatoire du Centre universitaire L. _____. Dans un rapport du 22 juin 2010 à la CNA, le docteur S. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a constaté que la fracture subie par l'assuré à la cheville gauche avait évolué défavorablement avec développement d'un probable CRPS au décours. Il a en outre décrit ce qui suit, sous «discussion» :

«Evolution objectivement favorable mais subjectivement défavorable une année et demi après fracture type Weber B de la malléole externe gauche chez un patient ayant depuis lors perdu

son travail. Tableau compliqué par des lombo-sciatalgies chroniques non déficitaires et traitées conservativement suite à une évaluation par l'équipe du rachis de l'Hôpital Orthopédique.

Le patient étant en cessation de paiement et dans l'incapacité, selon ses dires, de reprendre un travail, nous vous remercions de l'évaluer pour une reconversion ou une reprise de travail dans son domaine. Pour notre part, nous n'avons plus d'alternative à proposer en traumatologie, mais nous proposons néanmoins de faire convoquer le patient par le Dr [...] à l'Hôpital Orthopédique pour confirmer notre impression.»

Le 1^{er} juillet 2010, Me Duc, pour Z._____, a annoncé à la CNA une péjoration de l'état de santé de l'assuré et a requis la mise en œuvre d'une expertise médicale. Le 9 juillet 2010, H._____SA a annoncé une rechute à la CNA.

Le 27 août 2010, Me Duc, toujours au nom de Z._____, s'est opposé à la décision rendue le 2 juillet 2010 par la CNA, en concluant à l'annulation de cette décision, au paiement d'une rente fondée sur un taux d'invalidité supérieur à 66% et à l'octroi d'une indemnité pour une atteinte à l'intégrité supérieure à 25%. A titre préalable, il a requis une expertise en vue de déterminer «le statut médical, le diagnostic, la capacité de travail et les traitements à entreprendre en faveur de Z._____». Il a également demandé sa désignation comme avocat d'office pour la procédure administrative.

Le 13 octobre 2010, l'assuré a téléphoné à la CNA pour annoncer une opération d'ablation du matériel d'ostéosynthèse de sa cheville gauche, au Centre universitaire L._____, le 12 novembre 2010. Le 20 octobre 2010, la CNA l'a informé du fait qu'elle prendrait en charge cette intervention.

Par décision du 6 janvier 2011, la CNA a levé l'opposition de l'assuré à sa décision du 2 juillet 2010 et a confirmé la suppression des indemnités journalières au 30 avril 2010, ainsi que l'octroi d'une rente fondée sur un taux d'invalidité de 29% et d'une indemnité pour une atteinte à l'intégrité de 15%. Elle a invité Me Duc à remplir un formulaire de demande d'assistance administrative et à présenter une note de frais,

en précisant que la demande d'assistance administrative ferait ensuite l'objet d'une décision séparée.

Entre-temps, le 21 décembre 2010, le docteur S._____ a communiqué à la CNA une lettre qu'il avait adressée le 8 décembre 2010 au docteur Q._____, neurologue. Il y expose que les suites de l'ostéosynthèse pratiquée le 24 novembre 2008 avaient été compliquées par le développement d'un Sudeck, puis de lombalgies importantes qui avaient nécessité des investigations à l'Hôpital Orthopédique. Les médecins avaient mis en évidence des discopathies pluri-étagées au niveau lombaire et des cervico-brachialgies gauches dans la zone C6 et C7. Aucune proposition thérapeutique n'avait été faite à l'époque. Par la suite, sur recommandation de l'équipe spécialisée du pied de l'Hôpital Orthopédique, le docteur S._____ avait pratiqué une opération d'ablation du matériel d'ostéosynthèse. Au contrôle du jour, il était évident que la situation ne s'était pas améliorée après cette intervention. Le status local était calme et sans particularité. On notait à l'examen neurologique grossier une hypoesthésie globale du côté gauche qui allait de la région faciale jusqu'aux membres inférieurs, avec une différence de sensibilité entre la gauche et la droite au froid et à la chaleur. De toute évidence, le patient présentait une symptomatologie qui allait bien au-delà de la fracture de cheville de type Weber B qui avait été ostéosynthétisée selon les règles en 2008. Une convocation pour une évaluation neurologique était donc requise, de même qu'une nouvelle convocation par la CNA pour réévaluation de la situation, étant donné que d'un point de vue orthopédique, on se trouvait dans une voie sans issue, le patient allant certainement vers de gros problèmes assécurologiques.

Le 13 janvier 2011, le docteur N._____, médecin d'arrondissement de la CNA, a pris position sur le dossier et considéré que la CNA répondait de l'incapacité de travail totale qui avait suivi l'opération d'ablation du matériel d'ostéosynthèse, pour une durée limitée à la période du 12 novembre au 8 décembre 2010.

Le 17 janvier 2011, la CNA a informé Me Duc qu'elle prendrait en charge l'incapacité de travail pour les seules suites de l'opération du 12 novembre 2010, c'est-à-dire pour la période du 12 novembre au 8 décembre 2010. Elle mettrait un terme à ses prestations dès le 9 décembre 2010.

Le 18 janvier 2011, Me Duc a produit le formulaire de requête d'assistance administrative gratuite, complété et signé, ainsi que diverses pièces justificatives relatives à la situation financière de son mandant. Le 25 janvier 2011, toutefois, la CNA l'a informé qu'elle n'allouerait pas l'assistance administrative, car les revenus cumulés de l'assuré et de son épouse s'élevaient à 90'000 francs. Par ailleurs, le fils aîné de l'assuré, né le 17 janvier 1991, vivait en ménage commun avec ses parents et devait contribuer, par les revenus tirés de son activité de mécanicien, à couvrir le loyer.

B. Le 4 février 2011, Me Duc, pour Z._____, a interjeté un recours de droit administratif contre la décision sur opposition du 6 janvier 2011 (cause AA 14/11). En substance, il a conclu, principalement, au maintien du paiement des indemnités journalières et au versement d'une indemnité pour une atteinte à l'intégrité d'au moins 30%, ainsi qu'à sa désignation d'office pour la procédure administrative, sous suite de frais et dépens. A titre subsidiaire, il a conclu à l'octroi d'une rente fondée sur un taux d'invalidité de 80% au moins, sous suite de frais et dépens. Le recourant a également requis le bénéfice de l'assistance judiciaire pour la procédure de recours.

Le 11 mars 2011, le tribunal a alloué l'assistance judiciaire au recourant et désigné d'office Me Duc, avec effet dès le 4 février 2011.

Le 11 avril 2011, la CNA a conclu au rejet du recours, sous suite de frais et dépens. A l'appui de ses conclusions, elle a produit une appréciation sur dossier établie le 9 mars 2011 par le docteur D._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil

locomoteur, et membre du centre de compétence de médecine des assurances de la CNA.

Le recourant a déposé encore deux déterminations les 20 juin et 19 juillet 2011, l'intimée s'étant pour sa part déterminée le 11 juillet 2011. Chacune des parties a maintenu ses conclusions.

C. Parallèlement à la procédure de recours contre la décision sur opposition du 6 janvier 2011, Me Duc a allégué, par lettre du 13 avril 2011, une péjoration de l'état de santé de l'assuré à la suite de l'ablation du matériel d'ostéosynthèse pratiquée le 12 novembre 2010. Il a produit un certificat d'incapacité de travail à 100% établi le 11 avril 2011 par le docteur R._____, médecin praticien, ainsi qu'un rapport d'IRM de la cheville gauche du 9 février 2011. Le docteur X._____, radiologue, y constate un remodellement post-traumatique essentiellement localisé dans la région de la malléole externe, associé à un important remaniement cicatriciel à caractère peu actif des structures ligamentaires tibio-péronières distales et péronéo-astragaliennes. Il y constate également une déformation du tendon du muscle court péronier latéral et une infiltration liquidienne de la gaine des deux tendons péroniers évoquant une ténosynovite de ces derniers, ainsi qu'un remodellement dégénératif de part et d'autre de l'articulation entre le naviculaire et les cunéiformes.

La docteur C._____ a demandé un rapport médical au docteur R._____, qui lui a répondu ce qui suit, le 17 mai 2011 :

«[...]

J'ai revu en consultation votre assuré, Monsieur Z._____, le 16.05.2011.

[...]

Même si la fracture est bien consolidée, le patient continue à avoir des douleurs rétro malléolaires externes, au niveau du LLE et sur le cou du pied.

Une IRM de la cheville gauche a été effectuée le 09.02.2011 [...]. Cet examen a mis en évidence un remaniement cicatriciel des structures ligamentaires externes, une déformation du muscle court péronier latéral associé à une ténosynovite des deux tendons, ainsi qu'un

remodèlement dégénératif de part et d'autre de l'articulation entre le naviculaire et les cunéiformes.

Du point de vue clinique, il présente en plus un syndrome d'impingement antérieur.

Malgré les nombreuses séances de physiothérapie et une immobilisation par Aircast, les douleurs persistent.

Du point de vue théorique, je pense qu'une arthroscopie antérieure associée à une révision des péroniers et du LLE pourrait, peut-être, diminuer les douleurs.

C'est pour ces raisons que je vous propose de voir le patient à l'agence afin de vous faire une idée le concernant.

[...]»

Le 26 juillet 2011, le docteur N._____ a pris position sur le dossier, notamment sur les rapports du 9 février 2011 du docteur X._____ et du 17 mai 2011 du docteur R._____. Il a considéré que ces rapports ne décrivaient rien de nouveau et ne justifiaient pas une nouvelle convocation à l'agence, compte tenu des examens déjà pratiqués auparavant. Dans le contexte dans lequel se présentait la symptomatologie douloureuse stable de la cheville gauche, toute nouvelle intervention paraissait contre-indiquée. Les conclusions du docteur C._____ lors de son examen du 19 janvier 2010 restaient d'actualité.

Par décision du 28 juillet 2011, la CNA a refusé d'allouer d'autres prestations que la rente et l'indemnité pour atteinte à l'intégrité déjà allouées par décision sur opposition du 6 janvier 2011. Elle considérait que les séquelles de l'accident ne s'étaient pas aggravées et que la reprise d'un traitement médical n'était pas justifiée.

Me Duc, agissant pour l'assuré, s'est opposé à cette décision, le 3 août 2011, puis le 28 octobre 2011, en concluant «à la prise en charge de la rechute, à la prise en charge des frais de traitement et au versement des indemnités journalières sur la base d'une incapacité de travail à 100%». Il a également requis le bénéfice de l'assistance juridique gratuite pour la procédure administrative.

Le 26 septembre 2011, le docteur G._____, neurologue, a procédé à un examen clinique de l'assuré. Dans un rapport du même jour au docteur M._____, médecin généraliste traitant de l'assuré, il a exposé ce qui suit :

« **RAPPEL ANAMNESTIQUE :**

[...]

[Depuis l'accident, le patient] se plaint de douleurs occupant la cheville et l'ensemble du pied gauche. Les douleurs sont décrites comme des brûlures diffuses avec parfois des fourmillements, le tout ayant un caractère insomniant. Il décrit une hypersensibilité au niveau du pied. La motilité fine est un peu ralentie. La force est subjectivement un peu diminuée. Il ne marche guère plus de 20 minutes d'affilée et ne reste pas plus de 2 heures debout en position stationnaire. Il y aurait eu anamnestiquement une alogneurodystrophie traitée légers sans modification des symptômes douloureux. Il n'y a pas d'altération des fonctions sphinctériennes. Il aurait reçu du Lyrica, mal toléré. Il a fait 2 ans de physiothérapie, sans bénéfice. Il est actuellement au bénéfice d'une médication d'Irfen, Dafalgan et parfois Tramal retard.

STATUS NEUROLOGIQUE PARTIEL :

Status lombovertébral : pas de douleurs à la percussion des apophyses épineuses dorso-lombaires. Mouvement d'inflexion latérale du rachis discrètement sensible bilatéralement. Pas de nette contracture paralombaire. DDS : 25 cm.

Extrémités inférieures : manœuvre de Lasègue indolore jusqu'à 90° ddc. Manœuvre de Lasègue inversée indolore bilatéralement. Tonus fessier symétriquement conservé. Points de Valleix négatifs. Cutanés abdominaux présents dans tous les quadrants. Réflexes tendineux des adducteurs, rotuliens et achilléens normovifs symétriquement. Plantaires en flexion ddc. Discrète hyperesthésie diffuse sur les faces dorsale et plantaire du pied, mais sans troubles de la discrimination tactile ou algique. Pallesthésie à 8/8 aux 2 malléoles. Pas de troubles trophiques objectifs. Pas de déficit moteur significatif. Discret Tinel pour le nerf tibial postérieur au niveau du tunnel tarsien gauche.

[...]

APPRECIATION :

Sur la base de l'ensemble de ces éléments, je retiens un bilan clinique et neurographique que l'on peut considérer comme physiologique à bientôt 3 ans de cet accident. Je n'ai aucune explication neurologique permettant de rendre compte de la sémiologie actuelle. Peut-être faut-il refaire une fois un bilan radiologique au niveau de la cheville si cela n'a pas été fait depuis une année. Il m'a signalé qu'un bilan par IRM au niveau lombaire

était également prévu. Je n'ai en tout cas à ce jour aucun indice clinique qui puisse faire penser à une souffrance radriculaire.

[...]»

Le 9 décembre 2011, la CNA a levé l'opposition formée par l'assuré contre sa décision du 28 juillet 2011 et a maintenu son refus d'allouer d'autres prestations que la rente et l'indemnité pour atteinte à l'intégrité déjà allouées par décision sur opposition du 6 janvier 2011. Elle a rejeté la demande d'assistance juridique gratuite pour la procédure administrative.

D. Le 27 janvier 2012, Me Duc, pour l'assuré, a interjeté un recours de droit administratif contre la décision sur opposition du 9 décembre 2011 (cause AA 7/12). Il a conclu, sous suite de frais et dépens, principalement à ce que soit reconnu son «droit aux prestations légales de l'assurance-accidents obligatoire au-delà du 12 novembre 2010», et subsidiairement au renvoi de la cause pour instruction complémentaire, sous la forme d'une expertise, et nouvelle décision.

Le recourant a également requis l'assistance judiciaire pour la procédure de recours. Le 3 février 2012, le tribunal a alloué l'assistance judiciaire pour cette nouvelle procédure de recours et désigné d'office Me Duc, avec effet dès le 27 janvier 2012.

Le 14 février 2012, le docteur M._____ a établi un rapport médical intermédiaire pour la CNA, dans lequel il a fait état de l'évolution suivante :

«Le patient a une limitation nette du périmètre de marche en raison de douleurs gênantes au niveau de la cheville associées avec des douleurs [tant] en station debout qu'en position assise associée à une tuméfaction. Les douleurs sont décrites d'intensité de 4 à 8/10.»

Le docteur M._____ a proposé la poursuite d'un traitement anti-inflammatoire et antalgique, et a répondu négativement à la question d'une éventuelle reprise d'un travail.

Le 18 juin 2012, l'intimée a conclu au rejet du recours et a produit une appréciation établie sur dossier par le docteur D._____, le 11 mai 2012. Le recourant ne s'est pas déterminé sur la réponse de l'intimée dans le délai qui lui a été imparti à cet effet.

E. Le 22 juin 2012, le tribunal a levé le mandat d'office de Me Duc, sur demande conjointe de ce dernier et de Z._____, dans les deux causes AA 14/11 et AA 7/12. Le tribunal a fixé, simultanément, l'indemnité d'office de Me Duc pour son activité d'office dans ces deux procédures.

E n d r o i t :

1. Les deux procédures de recours dans la cause AA 14/11 et 7/12 opposent les mêmes parties et portent sur des faits étroitement connexes. Il convient par conséquent de joindre les causes et de statuer par un seul jugement.

2. a) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36). Cette loi attribue à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal la compétence pour statuer sur les recours interjetés conformément aux art. 56 ss LPGA (cf. art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

b) Les deux recours ont été déposés dans les trente jours dès la notification de la décision litigieuse (art. 60 al. 1 LPGA) et respectent les autres conditions de recevabilité. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

3. Le litige porte, d'abord, sur le droit du recourant à des indemnités journalières de la CNA pour la période postérieure au 30 avril 2010, ainsi qu'à la prise en charge des frais de traitement ensuite de l'intervention d'ablation du matériel d'ostéosynthèse le 12 novembre 2010 et de la péjoration de l'état de santé alléguée par Me Duc dans sa lettre du 13 avril 2011 à la CNA. Le recourant ne soutient pas que des frais médicaux seraient restés impayés pour la période antérieure et ne prend aucune conclusion dans ce sens dans son recours contre la décision sur opposition du 6 janvier 2011. Par ailleurs, il ressort de la lettre du 17 janvier 2011 de la CNA à Me Duc qu'elle a accepté de prendre en charge l'intervention d'ablation du matériel d'ostéosynthèse du 12 novembre 2010 et d'allouer des indemnités journalières pour la période du 12 novembre au 8 décembre 2010. Le litige porte donc, s'agissant des indemnités journalières, sur le droit du recourant à des indemnités journalières pour la période du 1^{er} mai 2010 au 11 novembre 2010, puis pour la période postérieure au 8 décembre 2010. En ce qui concerne le droit au traitement médical, il porte sur le droit à la prise en charge de ce traitement pour la période postérieure au 8 décembre 2010.

4. a) aa) Selon l'art. 16 al. 1 LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accident; RS 832.20), l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGa) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière. L'indemnité journalière correspond, en cas d'incapacité totale de travail (art. 6 LPGa), à 80% du gain assuré. Si l'incapacité de travail n'est que partielle, l'indemnité journalière est réduite en conséquence.

bb) Le degré de l'incapacité de travail doit être fixé sur la base de la profession exercée jusqu'alors, aussi longtemps qu'on ne peut raisonnablement exiger de l'assuré qu'il mette à profit sa capacité de travail résiduelle dans une autre branche professionnelle (obligation de diminuer le dommage; cf. ATF 129 V 460 consid. 4.2, 114 V 281 consid. 1d; voir également l'art. 6, deuxième phrase, LPGa). Si une activité de substitution est exigible, un laps de temps suffisant compris entre trois et cinq mois doit alors être imparti à l'assuré pour lui permettre de retrouver

un emploi adapté à son état de santé (SJ 2000 II consid. 2b p. 440). A l'issue de ce délai, le droit à l'indemnité journalière dépend de l'existence d'une perte de gain éventuelle imputable au risque assuré. Celle-ci se détermine par la différence entre le revenu qui pourrait être obtenu sans la survenance de l'éventualité assurée dans la profession exercée jusqu'ici et le revenu qui est obtenu ou pourrait raisonnablement être réalisé dans la nouvelle profession (ATF 114 V 281 consid. 3c in fine; Ueli KIESER, ATSG-Kommentar, 2^{ème} éd., 2009, n° 26 ad art. 6). La perte de gain chiffrée en pour cent donne ainsi le taux de l'incapacité de travail résiduelle (TF 8C_251/2012 du 27 août 2012 consid. 2).

b) aa) L'art. 18 al. 1 LAA prévoit que si l'assuré est invalide (art. 8 LPGGA) à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. La rente d'invalidité s'élève à 80% du gain assuré. Si l'invalidité n'est que partielle, la rente est diminuée en conséquence (art. 20 al. 1 LAA).

bb) L'art. 8 LPGGA définit l'invalidité comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée dans la profession ou le domaine d'activité d'un assuré, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGGA).

c) 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; le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente. (art. 19 al. 1 LAA).

Par ailleurs, aux termes de l'art. 21 al. 1 LAA, lorsque la rente a été fixée, les prestations pour soins et remboursement de frais (art. 10 à 13) sont accordées à son bénéficiaire dans les cas suivants :

- a. lorsqu'il souffre d'une maladie professionnelle;
- b. 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;
- c. lorsqu'il a besoin de manière durable d'un traitement et de soins pour conserver sa capacité résiduelle de gain;
- d. 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.

L'assureur peut ordonner la reprise du traitement médical (art. 21 al. 2 LAA).

En cas de rechute et de séquelles tardives et, de même, si l'assureur ordonne la reprise du traitement médical, le bénéficiaire de la rente peut prétendre, outre la rente, les prestations pour soins et remboursement de frais (art. 10 à 13). Si le gain de l'intéressé diminue pendant cette période, celui-ci a droit à une indemnité journalière dont le montant est calculé sur la base du dernier gain réalisé avant le nouveau traitement médical (art. 21 al. 3 LAA).

5. a) La CNA a considéré qu'au 30 avril 2010 au plus tard, l'état de santé du recourant était stabilisé et qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une amélioration notable des séquelles accidentelles. Le recourant disposait depuis lors d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, telle que décrite par le docteur C._____.

Pour sa part, le recourant soutient qu'il présentait à l'époque une algoneurodystrophie et que son état de santé pouvait être encore

sensiblement amélioré par un traitement médical. Cette atteinte est encore présente à ce jour, mais négligée par l'intimée et ses médecins d'arrondissement. Toujours selon le recourant, une expertise pluridisciplinaire est nécessaire pour établir cette atteinte ainsi que l'incapacité de travail qui en résulte. Dans ce contexte, le recourant souligne que les médecins d'arrondissement de la CNA n'ont pas l'indépendance nécessaire et qu'ils sont à la fois «juges et parties».

b) aa) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions soient bien motivées (ATF 125 V 351 ss consid. 3; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

bb) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, la jurisprudence a posé quelques principes relatifs à la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Le Tribunal fédéral a notamment précisé qu'il n'y avait pas lieu de mettre en doute la valeur probante d'une expertise réalisée dans un Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI), conformément à l'art. 44 LPGA, au seul motif que celui-ci était lié par un contrat-cadre avec l'Office fédéral des assurances sociales et fréquemment mandaté par les

offices de l'assurance-invalidité (ATF 137 V 210 consid. 1.3.3, 2.3, 3.4.2.7; cf. également ATF 136 V 376). Il a par ailleurs considéré que la valeur probante d'un rapport d'examen établi par un Service médical régional de l'assurance-invalidité ou par un médecin d'arrondissement de la CNA était en principe comparable à celle d'une expertise réalisée par un spécialiste externe, étant toutefois précisé qu'en cas de divergence avec les autres avis médicaux probants figurant au dossier, une expertise externe devait être mise en œuvre conformément à l'art. 44 LPGA (cf. ATF 137 V 210 consid. 1.2.1 in fine, avec les références, ainsi que l'ATF 135 V 465 consid. 4.4). Enfin, il convient de prendre en considération, pour apprécier la valeur probante d'un rapport établi par un médecin traitant de l'assuré, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui le lient à ce dernier et qui le placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique; les constatations d'un expert revêtent donc en principe plus de poids (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références).

cc) En ce qui concerne l'administration de nouveaux moyens de preuve en procédure de recours, l'art. 61 let. c LPGA prescrit au juge d'établir les faits avec la collaboration des parties et d'administrer les preuves nécessaires. Par ailleurs, la jurisprudence a déduit de l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999; RS 101), notamment, le droit pour le justiciable d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuves pertinentes (ATF 132 V 368 consid. 3.1). Ces dispositions ne confèrent cependant pas au justiciable un droit absolu à ce qu'un témoin soit entendu ou une expertise judiciaire effectuée. Le juge peut mettre un terme à l'instruction lorsqu'en se fondant sur une appréciation anticipée des preuves qui lui sont proposées, il parvient à la conclusion que celles-ci ne portent pas sur les faits pertinents ou ne seraient pas déterminantes, selon toute vraisemblance, pour constater ces faits (cf. ATF 134 I 140 consid. 5.3; TF 8C_118/2011 du 9 novembre 2011 consid. 4.2.1, 9C_66/2011 du 4 octobre 2011 consid. 3.3). Dans un ATF 137 V 210, le Tribunal fédéral a, par ailleurs, considéré que le droit à un procès équitable garanti par l'art. 29 al. 1 Cst. n'impose pas l'administration systématique d'une expertise judiciaire. Le juge peut et doit se fonder sur les expertises médicales ordonnées par l'administration

lorsque celles-ci répondent aux critères permettant de leur reconnaître une pleine valeur probante. Toutefois, en cas de divergences avec d'autres rapports médicaux probants figurant au dossier, justifiant un complément d'instruction, le Tribunal fédéral a considéré qu'il convenait en principe de mettre en oeuvre une expertise judiciaire, puis de statuer sur le droit aux prestations litigieuses, plutôt que de renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction et nouvelle décision (cf. consid. 4.2 et 4.4.1 de l'arrêt cité). Un renvoi reste possible dans certains cas, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert, ou encore lorsqu'un aspect essentiel de l'état de fait n'a pas été traité dans l'expertise réalisée en procédure administrative (cf. consid. 4.4.1.4 de l'arrêt cité).

c) En l'espèce, contrairement à ce que soutient le recourant, les médecins de l'intimée n'ont pas négligé le diagnostic d'algoneurodystrophie de Leriche-Sudeck (ou syndrome loco-régional douloureux complexe [SRDC, en anglais : complex regional pain syndrom [CRPS]). Dans un rapport du 13 mai 2009 déjà, le docteur C._____ a constaté une ostéopénie compatible avec une telle atteinte. Par la suite, les médecins de la Clinique P._____ ont expressément posé ce diagnostic. Le 19 janvier 2010, le docteur C._____ n'a pas nié la survenance de cette atteinte, mais a considéré qu'elle n'empêchait plus, désormais, la reprise d'une activité lucrative dans une activité physiquement adaptée. Les 8 et 17 juin 2010, le docteur S._____ a pour sa part constaté que le recourant avait développé «un probable CRPS qui est maintenant au décours». Enfin, le docteur D._____ a exposé, dans son appréciation du 9 mars 2011, qu'une algoneurodystrophie évolue en trois phases, à savoir une phase aiguë, une phase de résolution et une phase de stabilisation, correspondant à un état non évolutif, séquellaire ou non. La première phase n'excède pas trois mois; la seconde phase dure souvent plusieurs mois et une persistance des troubles jusqu'à deux ans n'est pas exceptionnelle; un état séquellaire final est rare, bien que souvent évoqué dans les douleurs chroniques post-traumatiques sans substrat organique. Selon le docteur D._____, au moment du séjour à la

Clinique P._____, l'état constaté correspond vraisemblablement à la première phase. Par la suite, les évaluations des docteurs C._____ et S._____ parlent en faveur d'une algoneurodystrophie en phase deux, autrement dit en phase résolutive, voire en phase trois, c'est-à-dire en phase de stabilisation, sans que des éléments cliniques constatés évoquent un état séquellaire marqué. Le docteur D._____ ajoute qu'au moment où le docteur C._____ a établi son rapport du 19 janvier 2010, le cas n'était pas stabilisé d'un point de vue strictement médical, mais qu'il était en cours de stabilisation. D'un point de vue «asséculoologique» toutefois, le docteur D._____ considère que l'état de santé du recourant était effectivement stabilisé en janvier 2010, en ce sens que l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative pouvait être fixée et que la poursuite du traitement médical n'entraînerait plus de modification de cette exigibilité. Le seul risque en admettant une telle stabilisation du point de vue «asséculoologique» était «de surestimer l'état séquellaire, puisqu'une algoneurodystrophie en phase de résolution est encore susceptible de s'améliorer, voire de guérir sans aucune séquelle». En résumé, le docteur D._____ a conclu que «si la situation était asséculoologiquement suffisamment stabilisée au 19 janvier 2010, médicalement, on ne pouvait pas stricto sensu parler à cette date d'état stabilisé mais seulement d'état peu susceptible d'évoluer.»

Dans son rapport du 11 mai 2012, le docteur D._____ a maintenu ces constatations, en précisant qu'en mars 2011, au moment de la rédaction de sa précédente appréciation, l'état de la jambe et de la cheville gauche du recourant était clairement stabilisé d'un point de vue médical. Aucun des rapports médicaux établis par les docteurs X._____, G._____ ou R._____ en 2011 ne permettait de constater une algoneurodystrophie en phase active ou un état séquellaire marqué. Il était donc faux de prétendre que l'algoneurodystrophie était à nouveau en phase active après l'opération, ou que cette intervention aurait aggravé les séquelles de cette atteinte. D'ailleurs, toujours selon le docteur D._____, le docteur R._____ n'aurait jamais envisagé, même sur le plan théorique, une nouvelle intervention chirurgicale s'il avait «ne serait-ce que suspecté la présence d'un Südeck». Enfin, en ce qui concernait

cette proposition d'intervention chirurgicale, le docteur R._____ s'était montré très prudent et réfléchi puisqu'il avait «tutellé la confirmation de l'indication à la décision du médecin d'arrondissement, après examen clinique». On pouvait certes regretter, d'un point de vue déontologique, que le service médical d'agence n'ait pas répondu à cette demande collégiale en convoquant le recourant pour un examen. Mais compte tenu «des éléments du cas antérieurs à l'évaluation du Dr R._____, une chirurgie apparaît effectivement contre-indiquée chez cet assuré, en particulier si la chirurgie considérée n'offre comme pronostic qu'une possible amélioration. Partant, il n'existait pas de nécessité de convoquer l'assuré à un examen médical à l'agence.»

En ce qui concerne le traitement médical, le docteur [...] admet, en se référant à une détermination du médecin d'arrondissement établie pendant la procédure de recours contre la décision du 9 décembre 2011 - détermination que l'intimée n'a toutefois pas produite -, que l'état séquellaire à l'accident justifie annuellement une consultation spécialisée et une consultation par le généraliste, ainsi que le remboursement, sur prescription médicale, de médicaments anti-inflammatoires et antalgiques, deux cycles maximum de physiothérapie par an et des chaussures adaptées ou des supports plantaires.

d) Les rapports établis par les docteurs C._____, N._____ et D._____ ont été établis en connaissance de l'anamnèse et des plaintes du recourant, ainsi que du dossier médical. Le docteur D._____ n'a pas procédé lui-même à un examen clinique, mais a donné des explications claires sur les motifs pour lesquels il considérait, notamment, qu'il n'y avait pas d'aggravation de l'algoneurodystrophie après l'opération d'ablation du matériel d'ostéosynthèse; il a également expliqué que les atteintes accidentelles à la santé du recourant n'étaient plus susceptible d'une amélioration pouvant avoir des répercussion notable sur sa capacité de travail, depuis janvier 2010 et que, dans ce sens, on pouvait considérer l'état de santé comme stabilisé d'un point de vue médical. Aucun rapport médical au dossier n'appuie les allégations du recourant sur la réactivation d'une algoneurodystrophie après

l'intervention du 12 novembre 2010. Par ailleurs, le Tribunal fédéral a déjà réfuté l'argumentation relative à l'absence de valeur probante des rapports médicaux sur lesquels s'appuie l'intimée, du seul fait qu'ils auraient été établis par ses services médicaux (cf. consid. 5b/bb). En l'absence de divergence sérieuse entre ces rapports et les autres documents probants figurant au dossier, il n'y a pas lieu de s'en écarter, ni d'ordonner une expertise judiciaire. Il n'est pas davantage nécessaire d'entendre les parties en audience ou les médecins traitants du recourant, à titre de moyens de preuve. Dans ce contexte, on soulignera que si le docteur M. _____ a attesté une incapacité de travail totale, dans son rapport du 14 février 2012, il n'a pas précisé que cette incapacité de travail était constatée non seulement pour l'activité professionnelle habituelle, mais également dans toute autre activité mieux adaptée; quant aux motifs de cette incapacité, ils sont décrits trop succinctement pour contredire sérieusement les constatations détaillées des docteurs C. _____, N. _____ et D. _____. Le recourant a annoncé qu'il demanderait un nouveau rapport médical au docteur R. _____ pour appuyer son recours, rapport qu'il n'a finalement jamais produit. Enfin, contrairement à ce que soutient le recourant dans son mémoire du 4 février 2011 dans la cause AA 14/11, le docteur K. _____ ne constate pas une incapacité de travail de 50% dans une activité physiquement adaptée; quant aux docteurs T. _____ et B. _____, leurs constatations relatives aux limitations fonctionnelles présentées par le recourant se recourent très largement avec celles du docteur C. _____.

Sur la base des rapports des docteurs C. _____, N. _____ et D. _____, on doit constater qu'au 1^{er} mai 2010, les atteintes à la santé d'origine accidentelle dont souffrait le recourant étaient encore susceptibles d'amélioration. En particulier, l'algoneurodystrophie qui s'était développée dans le courant de l'année 2009 était, le plus probablement, en phase résolutive, ce qui a été confirmé par la suite par le docteur S. _____, en juin 2010. Toutefois, si l'état de la cheville et de la jambe du recourant était encore médicalement en voie d'amélioration entre janvier et juin 2010, il n'y avait pas à attendre de la poursuite du traitement une amélioration notable de la capacité de travail constatée

par le docteur C. _____ le 19 janvier 2010. Les séquelles accidentelles constatées à l'époque n'empêchaient plus le recourant d'exercer à 100% une activité n'impliquant pas de déplacements en terrain inégal, sur des échelles ou des échafaudages, ou encore de longs déplacements à plat, en particulier avec des charges, et n'imposant pas de travailler en position accroupie. Une amélioration déterminante de la capacité de travail dans l'activité habituelle n'était pas davantage probable.

Par la suite, l'intervention d'ablation du matériel d'ostéosynthèse a entraîné une incapacité de travail totale du 12 novembre au 8 décembre 2010. Depuis lors, les séquelles accidentelles n'empêchent plus le recourant de travailler à 100% dans une activité adaptée, telle que décrite précédemment. En ce qui concerne le traitement médical, ces séquelles nécessitent un suivi sous la forme d'une consultation spécialisée et d'une consultation chez le généraliste chaque année, ainsi qu'une médication anti-inflammatoire et antalgique, deux cycles maximum de physiothérapie par an et des chaussures adaptées ou des supports plantaires, de manière à éviter une péjoration de l'état de santé.

e) Dès lors qu'il n'y avait plus à attendre de la poursuite du traitement médical une amélioration notable de la capacité de travail résiduelle du recourant, l'intimée était en droit, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, de considérer l'état de santé comme stabilisé au sens de l'art. 19 al. 1 LAA (ATF 134 V 109 consid. 4.3; TF 8C_735/2010 du 10 août 2011 consid. 2.2). On peut se demander, certes, si le texte de l'art. 19 al. 1 LAA, ainsi que le but de l'assurance-accidents, qui est non seulement de couvrir la perte de gain des assurés, mais également de leur garantir un traitement adéquat des atteintes accidentelles à la santé, ne justifieraient pas plutôt d'attendre, avant de passer au régime de la rente et à la fixation de l'atteinte à l'intégrité, que le processus de guérison soit à son terme, indépendamment de l'amélioration de la capacité de travail que l'on peut en attendre. Cela serait également plus adéquat pour fixer l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Il convient néanmoins d'appliquer la jurisprudence du Tribunal fédéral, qui lie la Cour de céans sur ce point. Au

demeurant, on observera que dans le cas du recourant, cela ne changerait rien aux prestations qui lui ont été allouées. En effet, il aurait pu prétendre des indemnités journalières pendant quelques mois supplémentaires, en lieu et place d'une rente, ce qui ne changerait toutefois rien, concrètement, aux montants alloués (cf. 6d ci-après).

f) Compte tenu de ce qui précède, l'intimée était effectivement en droit de mettre fin au paiement des indemnités journalières au 30 avril 2010 et de statuer sur le droit à la rente et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité dès le 1^{er} mai 2010. L'intimée était également en droit de limiter l'octroi d'indemnités journalières, après l'ablation du matériel d'ostéosynthèse, à la période du 12 novembre au 8 décembre 2010. Sur ces points, les deux recours sont mal fondés. En revanche, il convient d'admettre le recours dans la cause AA 7/12 en tant qu'il porte sur le droit au traitement médical pour la période postérieure au 8 décembre 2010. En effet, la CNA, au vue de la position du docteur D._____, ne semble pas contester, à juste titre, le droit du recourant à la prise en charge d'une séance annuelle chez un spécialiste et chez un généraliste, ainsi que d'une médication anti-inflammatoire et antalgique, de même que de deux cycles de physiothérapie par an, et de chaussures adaptées ou de supports plantaires. La prise en charge d'un tel traitement se justifie au titre de l'art. 21 al. 1 let. c LAA, en vue d'éviter une nouvelle péjoration de l'état de santé et de la capacité de gain du recourant. Il convient de réformer dans ce sens la décision sur opposition du 9 décembre 2011.

6. Le litige porte encore sur le droit à la rente. En effet, le recourant conteste le taux de la rente d'invalidité fixé par l'intimée.

a) La CNA a considéré que sans atteinte à la santé, le recourant aurait réalisé, en 2010, un revenu mensuel de 6'522 fr. chez son ancien employeur. Cette constatation ne prête pas flanc à la critique, compte tenu des pièces au dossier. Le recourant ne la conteste d'ailleurs pas, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'y revenir plus en détail.

b) En ce qui concerne le revenu que le recourant pourrait réaliser malgré les atteintes accidentelles à sa santé, il convient de considérer que dans sa profession de machiniste, celui-ci présentait une capacité résiduelle de travail théorique de 50%. Il n'avait toutefois pas été possible, après discussion avec son employeur, de mettre cette capacité de travail à profit, en raison des réalités pratiques sur le chantier (procès-verbal d'entretien du 27 août 2009 chez l'employeur et rapport du docteur K. _____ du 24 septembre 2009; pour leur part, les docteurs B. _____ et T. _____ ont attesté, en décembre 2009, une incapacité de travail totale dans la profession de machiniste). Compte tenu de la capacité résiduelle de travail du recourant dans une activité adaptée, il était raisonnablement exigible qu'il cherche un emploi mieux adapté que celui qu'il exerçait chez H. _____ SA. La CNA aurait toutefois dû le rendre attentif à cette obligation et lui impartir un délai de trois à cinq mois pour chercher un tel emploi. Elle ne l'a pas fait avant le 16 mars 2010, date à laquelle elle a annoncé au recourant son intention de mettre fin aux indemnités journalières avec effet au 30 avril 2010, en attirant son attention sur son obligation de mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée. Le délai d'un mois et demi laissé au recourant était insuffisant, quand bien même son employeur avait déjà évoqué la probabilité d'un prochain licenciement. Dans ces circonstances, un délai de trois mois, soit jusqu'à la fin du mois de juin 2010, aurait été approprié. Dès le 24 mars 2010, le recourant avait consulté un avocat qui était à même de lui expliquer clairement les conséquences de la lettre que lui avait adressée la CNA le 16 mars 2010, en particulier en terme de recherches d'emploi, quand bien même une véritable sommation n'avait pas été notifiée. Il s'ensuit que pour la période du 1^{er} mai au 30 juin 2010, le droit à la rente doit être fixé en prenant en considération une incapacité de travail et de gain totale du recourant, dans son ancienne activité professionnelle. Cela lui ouvre droit à une rente fondée sur un taux d'invalidité de 100% du 1^{er} mai au 30 juin 2010.

Pour la période postérieure, la capacité résiduelle de travail et de gain du recourant, dans une activité adaptée, doit être prise en considération pour fixer son taux d'invalidité et, par conséquent, pour fixer

le taux de la rente d'invalidité. A cet égard, on peut se référer au revenu d'invalidé établi par l'intimée sur la base de descriptions de postes de travail tirées de sa base de données interne. Contrairement à ce que soutient le recourant, l'utilisation de ces descriptions de poste de travail ne viole pas son droit d'être entendu, dès lors qu'elles figurent au dossier de l'intimée, que le recourant pouvait consulter en tout temps. Les exigences spécifiques posées par la jurisprudence en la matière ont été respectées et la prise en considération du revenu moyen tiré des descriptions auxquelles s'est référée la CNA est également conforme à la jurisprudence. Par ailleurs, le recourant ne peut pas prétendre une déduction supplémentaire pour tenir compte de facteurs personnels, contrairement à ce qui est d'usage lorsque l'on se réfère aux données de l'Enquête suisse sur la structure des salaires, publiée par l'Office fédéral de la statistique (cf. ATF 129 V 472). Le recourant ne soulève aucun argument concret en vue d'établir que les postes de travail pris en considération ne seraient pas adaptés, mais se limite à alléguer de manière générale que les limitations fonctionnelles constatées par l'intimée conduiraient à limiter «toutes actions propres à une activité professionnelle». On ne saurait le suivre sur ce point.

c) Indépendamment de ce qui précède, une évaluation du revenu d'invalidé fondée sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2010 (ci-après : ESS), publiée par l'Office fédéral de la statistique (ci-après : OFS), comme l'admet la jurisprudence (ATF 126 V 75), confirme le bien fondé des constatations de l'intimée. En effet, il convient dans ce cas de se référer au revenu mensuel brut (valeur centrale) pour une activité simple et répétitive dans l'économie privée, tous secteurs confondus (RAMA 2001 no U 439 p. 347), soit 4'901 francs. Les salaires bruts standardisés mentionnés dans l'ESS correspondent à une semaine de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée du travail hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération, soit en 2010 une durée de 41.6 heures (source : OFS, Durée normale du travail dans les entreprises, que l'on peut consulter sur le site internet de l'OFS à l'adresse www.bfs.admin.ch). Par ailleurs, l'assuré peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives

salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, la catégorie d'autorisation de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25% au maximum pour en tenir compte. En l'espèce, une déduction de 10% est adéquate pour tenir compte des limitations fonctionnelles liées à l'atteinte à la cheville, ainsi que de l'âge de l'assuré, plus précisément du fait qu'en changeant d'activité professionnelle, il ne pourra plus se prévaloir de son expérience professionnelle ni d'un grand nombre d'années au service du même employeur (ancienneté). En procédant aux adaptations requises, on constate un revenu d'invalidité de 4'587 fr. et à un taux d'invalidité de 29%, identique à celui fixé par la CNA. Le recourant peut donc prétendre, dès le 1^{er} juillet 2010, une rente fondée sur un taux d'invalidité de 29%.

d) On observera que le maintien d'un régime d'indemnités journalières en 2010, plutôt que le passage à un régime de rente, n'aurait pas conduit à l'allocation de prestations plus élevées pour le recourant. En effet, ces indemnités auraient été de 80% du gain assuré jusqu'au 31 mai 2010, puis réduites pour tenir compte d'une perte de gain de 29% - et non plus de 100% - dès le 1^{er} juillet 2010 (cf. consid. 4a ci-avant).

7. Le recourant conteste le taux d'atteinte à l'intégrité de 15%, fixé par l'intimée. Il fonde toutefois toute son argumentation sur l'absence de prise en considération, par l'intimée, d'une péjoration de son état de santé en raison d'une algoneurodystrophie. Or, comme on l'a déjà vu, cette évolution algoneurodystrophique s'est stabilisée pendant l'année 2010 et ne s'est pas aggravée ensuite de l'ablation du matériel d'ostéosynthèse. Sur ce point, comme l'observe à juste titre le docteur D._____, les allégations du recourant reposent exclusivement sur la conviction de son mandataire qu'une algoneurodystrophie s'est développée après l'intervention du 12 novembre 2010, ce qui ne correspond pas aux constatations médicales figurant au dossier. Sur ce point, le recours est mal fondé.

8. Le requérant conteste, enfin, le refus de l'assistance administrative gratuite par la CNA, pour les procédures d'opposition contre les deux décisions des 2 juillet 2010 et 28 juillet 2011.

a) Dans la procédure administrative en matière d'assurances sociales, l'assistance gratuite d'un conseil juridique est accordée au demandeur lorsque les circonstances l'exigent (art. 37 al. 4 LPGA). La LPGA a ainsi introduit une réglementation légale de l'assistance juridique dans la procédure administrative (ATF 131 V 153 consid. 3.1). La jurisprudence admet que cette assistance n'est allouée que si la partie qui la requiert est dans le besoin, si ses conclusions ne sont pas dépourvues de chances de succès et si l'assistance est objectivement indiquée d'après les circonstances concrètes (ATF 132 V 200 consid. 4.1, 125 V 32 consid. 2). Le point de savoir si les conditions de l'assistance sont réalisées doit être examiné sur la base de critères plus sévères en procédure administrative qu'en procédure judiciaire. En effet, l'art. 61 let. f LPGA, applicable à la procédure judiciaire, prévoit l'octroi de l'assistance judiciaire lorsque les circonstances le justifient, alors que l'art. 37 al. 4 LPGA ne prévoit d'accorder l'assistance juridique que lorsque les circonstances l'exigent (TFA I 676/2004 du 30 mars 2006 consid. 6.2 et les références; KIESER, ATSG-Kommentar, 2^{ème} éd., Zurich/Bâle/Genève 2009, no 22 ad art. 37). L'assistance d'un avocat en procédure d'opposition s'impose uniquement dans les cas exceptionnels où des questions de fait ou de droit difficiles rendent son assistance nécessaire et qu'une assistance par le représentant d'une association, par un assistant social ou d'autres professionnels ou personnes de confiance d'institutions sociales n'entre pas en considération (ATF 132 V 200 consid. 4.1).

b) En l'espèce, il ressort de la déclaration d'impôt du requérant pour l'année 2010 que celui-ci disposait en 2010, avec son épouse, d'un revenu annuel de 102'094 fr. après déduction des frais professionnels (35'837 fr. + 66'257 fr.), soit un revenu mensuel de 8'507 fr. 80. Il devait faire face à des dépenses de loyer de 1'520 fr. par mois, aux paiements d'impôts à raison de 1'060 fr. 80 par mois, ainsi qu'à des primes d'assurance-maladie d'un montant total de 1'117 fr. 90 par mois (selon les

renseignements communiqués avec la demande d'assistance administrative). Il avait également deux enfants de plus de 10 ans à charge, de sorte que le minimum vital du droit des poursuites doit être fixé à 2'900 fr. pour la famille (1'700 fr. pour le couple Z._____ et 1'200 fr. pour les deux enfants à charge; cf. Lignes directrices pour le calcul du minimum d'existence en matière de poursuite selon l'art. 93 LP, établies par la Conférence des préposés aux poursuites et faillites de Suisse). Ce minimum vital peut être élargi de 25%, ce qui le porte à 3'625 fr., pour tenir compte du fait que les conditions de l'assistance administrative sont moins strictes que celles du droit des poursuites. Une fois les charges déduites des revenus, le recourant disposait d'un montant mensuel suffisant pour assumer ses frais d'avocat pour la procédure d'opposition à la décision du 2 juillet 2010. Il est vrai qu'il a disposé, dès la fin du versement des indemnités journalières de la CNA en mai 2010, d'un revenu moindre. Il a néanmoins perçu une rente correspondant à un taux d'invalidité de 29% dès le 1^{er} mai 2010 (1'668 fr. par mois), à laquelle s'ajoutaient les revenus de son épouse, de 5'521 fr. (66'257 fr. / 12), soit 7'189 fr. par mois au total. Il faut également prendre en considération que son fils aîné, né le [...] 1991 et exerçant la profession de mécanicien, pouvait participer au paiement d'une partie du loyer, à raison d'un montant de l'ordre de 250 à 300 fr. par mois pour une chambre, de sorte que de ce point de vue également, le recourant pouvait avancer ses frais d'avocat. On retiendra, enfin, que ces frais devaient de toute façon rester limités pour une procédure d'opposition, ce que confirment d'ailleurs les écritures figurant au dossier.

En ce qui concerne la procédure d'opposition à la décision du 28 juillet 2011, la situation financière du recourant avait changé, notamment dans le contexte d'une procédure de séparation d'avec son épouse. Toutefois, l'assistance d'un mandataire professionnel n'était pas nécessaire pour contester le refus de la CNA d'admettre une rechute après l'ablation du matériel d'ostéosynthèse, sous la forme d'une brève opposition motivée en onze lignes le 3 août 2011, puis d'un complément d'opposition d'une page le 28 octobre 2011.

Il s'ensuit que le recours est mal fondé en tant qu'il porte sur le refus, par la CNA, d'accorder l'assistance juridique gratuite au recourant, pour la procédure administrative.

9. Vu ce qui précède, les recours sont partiellement admis et le recourant peut prétendre une indemnité de dépens à la charge de l'intimée (art. 61 let. g LPGA), indemnité que l'on peut fixer à 4'100 fr. pour l'ensemble des deux procédures AA 14/11 et AA 7/12. La procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

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

- I. Les causes AA 14/11 et AA 7/12 sont jointes.
- II. Le recours contre la décision sur opposition rendue le 6 janvier 2011 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (cause AA 14/11) est partiellement admis et cette décision est réformée en ce sens que le recourant a droit à une rente fondée sur un taux d'invalidité de 100% pour la période du 1^{er} mai au 30 juin 2010, puis à une rente fondée sur un taux d'invalidité de 29% dès le 1^{er} juillet 2010. Le recours est rejeté pour le surplus.
- III. Le recours contre la décision sur opposition rendue le 9 décembre 2011 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (cause AA 7/12) est partiellement admis et cette décision est réformée en ce sens que le recourant a droit à la poursuite du traitement médical des atteintes à sa cheville gauche postérieurement au 8 décembre 2010, sous la forme une séance annuelle chez un spécialiste et chez un généraliste, d'une médication anti-inflammatoire et antalgique sur prescription médicale, de deux cycles de physiothérapie

par an au maximum et de chaussures adaptées ou de supports plantaires. Le recours est rejeté pour le surplus.

IV. L'intimée versera au recourant un montant de 4'100 fr. (quatre mille cent francs) à titre de dépens.

V. Il n'est pas perçu de frais de justice.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Z. _____,
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- 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).

La greffière :