

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 6 juin 2016

Composition : Mme THALMANN, président
M. Métral et Mme Brélaz Braillard, juges
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

A. _____, à Lausanne, recourant, représenté par Me Gilles-Antoine Hofstetter, avocat-conseil de l'Association suisse des assuré(e)s (ASSUAS), à Lausanne,

et

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

Art. 6 al. 1 et 36 LAA ; 11 OLAA

E n f a i t :

A. A. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1989, ressortissant portugais, était assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée) pour les suites des accidents professionnels et non professionnels en raison de son emploi d'aide monteur-électricien, depuis le 8 mars 2010, auprès de M. _____ SA à [...]. L'employeur a indiqué à la CNA lors d'un entretien téléphonique du 7 février 2014 qu'en 2013 et 2014, le salaire de l'assuré aurait été de 21 fr. l'heure plus 8.33% pour le treizième salaire, à raison de 40 heures par semaine. Lors d'un entretien avec un inspecteur de la CNA le 30 août 2012, l'assuré a notamment déclaré ne pas avoir terminé son apprentissage.

B. Par déclaration d'accident LAA du 16 juin 2010, cet employeur a annoncé un événement survenu le lundi 7 juin 2010 à 09h.00 sur le lieu de travail de l'assuré (chantier Collège de [...] à [...]), dont le déroulement était décrit en ces termes :

“En descendant précipitamment du pont roulant qui s'effondrait. S'est enfoncé le talon droit mais n'a pas senti la douleur sur le moment et a continué à travailler jusqu'au mardi 8 juin au soir puis est allé chez le médecin car [il] avait mal.”

La partie du corps atteinte était le pied droit.

Selon des certificats des médecins du Centre de Médecine [...] à [...], l'assuré était en incapacité de travail à 100% du 9 juin 2010 au 2 août 2010.

Le 30 juin 2010, l'assuré a répondu en ces termes au questionnaire que lui avait entre-temps adressé la CNA en relation avec l'événement précité :

“[1. A quelle activité ou circonstances attribuez-vous les douleurs (lieu, date et description détaillée de l'événement) ?]”

J'ai des douleurs en dessous du talon droit et sous les chevilles. Ça s'est passé lundi 7 juin 2010 pendant que je posais les luminaires dans la salle du collège de [...]. J'ai commencé à descendre du pont roulant et il a commencé à se dresser et je suis tombé du pont roulant et la douleur je l'ai ressentie fortement que 3-4 heures après.

[2. Témoins (noms, adresses) ?]

Z._____, rue de [...].

[3. S'agissait-il pour vous d'une activité habituelle ?
S'est-elle déroulée dans des conditions normales ?]

Oui, il s'agissait d'une activité habituelle et ça s'est déroulé dans des conditions normales.

[4. S'est-il produit quelque chose de particulier (chute, glissade, etc.) ?]

Oui, j'ai fait une chute de 5 mètres et le pont roulant m'est ensuite tombé dessus.

[5. Quand avez-vous ressenti pour la première fois les douleurs ?]

J'ai ressenti les douleurs 1 heure après et 4-5 heures après j'ai ressenti de très fortes douleurs.

[6. Etes-vous de nouveau capable de travailler ?
Depuis quand et dans quelle mesure ?]

Non je ne suis toujours pas capable de travailler car je ressens encore des douleurs et mon talon est toujours déplacé.

[7. Le traitement médical est-il terminé ?]

Non le traitement médical n'est pas terminé.

[8. Vous êtes-vous procuré des médicaments dans une pharmacie ?
Si oui, dans laquelle ?]

Non je ne me suis pas procuré des médicaments."

A la suite d'une IRM de la cheville droite pratiquée le 29 juin 2010, le Dr T._____, radiologue au Centre [...] ([...]) à [...] a conclu à une fracture extra-articulaire bi-fragmentaire du calcanéum, à l'absence de lésion de l'articulation sous-astragaliennne et à une élongation du faisceau talo-fibulaire postérieur du ligament latéral externe.

Dans un rapport médical LAA complété le 7 juillet 2010, le Dr V._____, spécialiste en anesthésiologie, du Centre de Médecine [...] a

posé le diagnostic de fracture du calcanéum en lien de causalité avec la chute de l'assuré d'une hauteur de 6 mètres avec réception sur les talons le 7 juin 2010.

Le 4 août 2010, l'assuré a répondu à la CNA qu'il se trouvait toujours en incapacité de travailler et que le traitement médical n'était pas terminé, la prochaine consultation étant fixée au 2 septembre 2010.

A teneur de certificats établis les 26 août et 2 septembre 2010 par le Dr V._____, l'assuré était en incapacité de travail à 100% jusqu'au 26 septembre 2010, puis à 50% du 27 septembre au 10 octobre 2010, le travail pouvant ensuite être repris en plein dès le 11 octobre 2010.

Dans un rapport intermédiaire complété le 4 septembre 2010, le Dr V._____ a posé les diagnostics de fracture du calcanéum droit ainsi que de contusion et entorse de la main droite. Le traitement consistait en le port d'une semelle orthopédique au pied droit et en la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS). Il indiquait que le traitement devait normalement se terminer à la fin septembre. S'agissant de la reprise du travail, ce médecin confirmait les dates figurant dans son dernier certificat du 2 septembre 2010. Il précisait en particulier qu'il ne fallait pas s'attendre à la persistance d'un dommage permanent.

Par lettre du 15 octobre 2010, la CNA a invité l'assuré à lui faire savoir si le traitement médical était achevé et dans la négative de lui indiquer la date de la prochaine consultation. Elle lui a adressé la même demande le 30 novembre 2010.

Le 4 janvier 2011, la CNA a écrit à l'assuré que sa demande du 15 octobre 2010 étant restée sans réponse et en se fondant sur le dernier rapport médical, elle partait de l'idée qu'il était guéri et qu'elle considérait en conséquence son cas comme liquidé. Elle ajoutait que si l'assuré était toujours en traitement, il était invité à le lui faire savoir dans les deux semaines.

C. Par déclaration LAA du 1^{er} mai 2012, E. _____ Sàrl à [...], nouvel employeur de l'assuré depuis le 1^{er} décembre 2011, a annoncé un cas de rechute de l'accident du 7 juin 2010. Le type de lésion décrite était une inflammation du pied droit.

Le 25 avril 2012, le Dr V. _____ a prescrit un bon pour une analyse de la marche ainsi qu'une semelle orthopédique compte tenu de douleurs persistantes de la fracture du calcaneum de l'assuré en 2010.

Dans un rapport médical du 21 mai 2012, le Dr V. _____ a posé le diagnostic de fracture du calcaneum et mentionnait une incapacité de travail de l'assuré à 100% dès le 11 avril 2012. Il a constaté un accroissement des douleurs au fur et à mesure de l'augmentation des charges, l'assuré ne parvenant plus à poser le pied sans douleurs. Le traitement prodigué consistait en du repos, de la physiothérapie et le port d'une semelle orthopédique.

A teneur d'un certificat du 6 juin 2012, le Dr V. _____ a attesté la reprise probable du travail à 100% dès le 13 juin 2012.

Le 21 juin 2012, la CNA a informé l'assuré de l'octroi de ses prestations d'assurance pour les suites de l'accident professionnel du 7 juin 2010 à savoir le versement de l'indemnité journalière (IJ) ainsi que la prise en charge des coûts relatifs au traitement médical.

Le 4 juillet 2012, la société E. _____ Sàrl a fait part à la CNA du licenciement de l'assuré le même jour avec effet au 31 août 2012.

Dans six certificats établis entre le 29 juin et le 1^{er} novembre 2012, le Dr V. _____ a attesté une incapacité de travail totale de l'assuré.

Dans un rapport du 26 octobre 2012, les Drs H. _____, chef de clinique, et F. _____, médecin-assistant du Service d'orthopédie et traumatologie au CHUV ont posé les diagnostics de status post-fracture du

calcanéus droit et de talalgies droites. Ils ont en outre indiqué notamment ce qui suit :

“Discussion :

Monsieur A. _____ âgé de 23 ans, victime d'un accident de travail en 2010 avec chute de 7 mètres occasionnant une fracture du calcanéus, qui présente actuellement des talalgies ainsi que des douleurs au niveau de la sous-talienne à droite, où une infiltration a été effectuée n'apportant qu'une amélioration transitoire de la symptomatologie. Dans un premier temps, nous organisons une nouvelle infiltration sous guidage scopique de la sous-talienne ainsi qu'un début de physiothérapie sous forme de stretching des chaînes postérieures. Nous reverrons le patient par la suite pour évaluer le résultat de l'infiltration et de la physiothérapie. En cas de doute de l'origine des gênes douloureuses, nous effectuerons un Spect-ct à la recherche d'une arthrose débutante de la sous-talienne du pied droit.

L'infiltration sera effectuée le 19.10.2012.”

Le 14 décembre 2012, le Dr V. _____ a certifié que le travail pouvait être repris à 100% le 7 janvier 2013.

Selon le compte rendu d'un entretien téléphonique du 18 décembre 2012 entre l'assuré et l'un des collaborateurs de la CNA, l'assuré a déclaré que les médecins avaient trouvé l'origine de ses douleurs, à savoir une artère coincée sous son pied empêchant une bonne circulation sanguine génératrice de douleurs. La dernière infiltration pratiquée au CHUV avait diminué, voire éliminé, ses douleurs au pied. Il disait attendre de voir si cette infiltration allait toujours être efficace deux mois après avoir été pratiquée et que si tel était le cas, la reprise du travail se ferait comme prévu.

Le 19 décembre 2012, le Dr R. _____, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement a indiqué que les douleurs actuelles étaient toujours en relation de causalité pour le moins probable avec l'accident du 7 juin 2010. Il proposait d'attendre la reprise de travail prévue en janvier 2013 puis de demander un nouveau rapport aux spécialistes du CHUV. Le Dr R. _____ estimait en outre que la reprise de l'activité antérieure de monteur-électricien n'était pas nécessairement compromise à terme.

Dans des certificats des 9 et 23 janvier 2013, le Dr V._____ a attesté une incapacité de travail à 100% dès le 7 janvier 2013.

A la suite d'un examen scintigraphique osseux partiel avec complément tomoscintigraphique du 11 février 2013, le Dr D._____, spécialiste en médecine nucléaire de la Clinique [...] à [...] a constaté dans son rapport du 15 février 2013 l'absence d'anomalie scintigraphique dans le sens d'une lésion osseuse ou ostéoarticulaire évolutive à l'origine de la symptomatologie clinique. Ce radiologue relevait en particulier l'absence d'argument pouvant faire suspecter la présence de remaniements arthrosiques post-traumatiques évolutifs des articulations sous-taliennes du pied droit de l'assuré.

Dans un rapport du 18 mars 2013, les Drs H._____ et L._____, respectivement chef de clinique et médecin-assistant au Service d'orthopédie et traumatologie du CHUV, ont posé le diagnostic de douleurs sur fracture du calcanéum droit le 6 juin 2010 traitée conservativement. Ils ont indiqué que l'assuré présentait des douleurs fluctuantes en relation avec une ancienne fracture du calcanéus droit consolidée. Ils ne proposaient pas de geste chirurgical pour l'instant étant précisé qu'en cas de persistance de la symptomatologie, une nouvelle infiltration pouvait être envisagée. L'assuré était en arrêt de travail à 100% jusqu'au 31 mars 2013, la situation devant ensuite être réévaluée.

Dans son rapport du 18 avril 2013, le Dr R._____ a notamment relevé ce qui suit :

"5. Appréciation

Nous nous trouvons à pratiquement 3 ans d'une fracture extra-articulaire bi-fragmentaire du calcanéum traitée conservativement. Le patient est en incapacité de travail depuis plus d'une année. Une scintigraphie osseuse avec complément tomoscintigraphique de février 2013 ne montrait pas d'anomalie et, en particulier, pas de remaniement arthrosique post-traumatique de l'articulation sous-talienne du pied D.

Subjectivement, le patient se plaint de douleurs de type pré-crampes selon les jours au repos avec, en moyenne, une fois par semaine, difficultés d'endormissement ou réveils la nuit à cause de

ses douleurs et de douleurs toujours de type pré-crampes du pied D, après environ une heure de marche en terrain plat, mais plus rapidement lors de marche en portant des charges ou lors de marche en pente ou lors d'escaliers, particulièrement à la montée.

Objectivement, à l'examen clinique, légères douleurs à la palpation du calcanéum D, légères douleurs aux mouvements extrêmes de l'articulation sous-astragaliennne D, très légère amyotrophie de la cuisse D et du mollet G.

Dans ces conditions, hospitalisation à la CRR avec phase I avec l'entier aval de l'assuré (le patient est déjà inscrit à l'AI)."

Le 26 avril 2013, l'assuré a déposé une demande de prestations pour adultes auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'Office AI). S'agissant du genre de l'atteinte à la santé, il indiquait souffrir du talon droit depuis le 7 juin 2010.

Dans un rapport du 29 mai 2013, le Dr V._____ a posé le diagnostic de syndrome douloureux post-fracture astragale droit. Il mentionnait la persistance d'une douleur importante dès que l'assuré chargeait sur sa cheville droite. Il a en outre indiqué que personne n'avait trouvé une solution et une étiologie aux douleurs mécaniques dont souffrait le recourant. Il mentionnait que la capacité de travail était nulle dans l'activité de monteur électricien, et entière dans une activité adaptée sans charge sur la cheville et sans longue marche.

Le 13 juin 2013, l'OAI a accordé des mesures d'intervention précoce à l'assuré sous la forme d'un accompagnement intensif auprès d'O._____ à [...], du 24 juin au 20 septembre 2013.

Dans un avis de sortie du 17 juin 2013, consécutif à l'hospitalisation de l'assuré du 15 mai au 18 juin 2013 auprès de la Clinique Romande de Réadaptation (CRR) de la SUVA à Sion, le Dr K._____, médecin-assistant a posé les diagnostics de douleurs du talon et de la cheville droits persistantes et de fracture bi-fragmentaire du calcanéum droit, extra-articulaire (le 7 juin 2010) traitée conservativement, le traitement consistant en la prise de Dafalgan® (trois fois par jour maximum).

Dans un rapport du 24 juin 2013, les Drs I._____, chef de clinique, et K._____ de la CRR ont posé le diagnostic principal de thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs persistantes du talon droit et celui supplémentaire de fracture bi-fragmentaire du calcanéum droit, extra-articulaire (le 7 juin 2010), traitée conservativement, consolidée avec persistance d'une hyperactivité au Spect-CT et à l'IRM. Ces spécialistes ont estimé la situation comme stabilisée du point de vue médical, aucune nouvelle intervention n'étant proposée. Les limitations fonctionnelles définitives étaient les suivantes : restrictions à la montée-descente répétée d'escaliers, pas de ports de charges répétés de plus de 15 à 20 kilos et restrictions dans le maintien des positions prolongées accroupies et à genoux. Concernant la réinsertion professionnelle de l'assuré, les Drs I._____ et K._____ observaient ce qui suit :

“Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité est défavorable (facteurs médicaux retenus après l'accident).

Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles ci-dessus est favorable. Le patient a été évalué dans nos ateliers pour des périodes de 4 heures consécutives. Il a fait preuve de bonnes capacités adaptatives. L'engagement lors des activités pratiquées hors de son champ de compétences s'est avéré satisfaisant. Il est disposé à entreprendre une réflexion quant à un changement d'orientation professionnelle mais un soutien avec un encadrement nous paraît nécessaire pour l'accompagner dans son processus, ce qui a motivé une proposition de phase I de réorientation professionnelle. Suite aux explications données lors de la séance de présentation de l'AI, le patient ne considère pas que la phase d'orientation (phase 1) pourra l'aider. M. A._____ peut compter sur des personnes qui l'ont déjà aidé par le passé. Il souhaite reprendre contact avec une connaissance qui l'avait suivi en fin de parcours scolaire.”

En annexe, figurait notamment un rapport d'électroneuromyogramme (ENMG) du 27 mai 2013 de la Dresse B._____, chef de clinique à la CRR qui était normal, sans aucune anomalie focale de la conduction des nerfs examinés du membre inférieur droit.

Dans son rapport médical final du 2 octobre 2013, le Dr S._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement remplaçant, a notamment indiqué ce qui suit :

“5. Appréciation

[...] Objectivement, la marche s’effectue sans boiterie. Le pied et la cheville D ne sont le siège d’aucune tuméfaction. Les articulations sous-taliennes et du médiotarse du pied D sont parfaitement souples.

Aucune amyotrophie n’est retrouvée au niveau du MID [membre inférieur droit].

Subjectivement, l’assuré annonce des douleurs sous-malléolaires externes et parfois sous-malléolaires internes, sans réelle limitation du périmètre de marche. Des difficultés sont signalées sur terrain irrégulier ainsi qu’à la montée. Aucune prise antalgique n’est à signaler et tout traitement de physiothérapie est terminé depuis longtemps.

Les derniers documents radiologiques en notre possession ne font état d’aucun trouble dégénératif de l’articulation sous-talienne D.

Aucune IPAI [indemnité pour atteinte à l’intégrité] n’est donc due.

En ce qui concerne les limitations, on peut reconnaître des limitations fonctionnelles concernant la montée et la descente répétée d’escaliers, le port de charges supérieures à 20 kg, la marche prolongée en terrains irréguliers, le maintien prolongé de la position accroupie ou à genoux.”

Par lettre du 8 octobre 2013, la CNA a écrit à l’assuré notamment ce qui suit :

“L’examen médical que vous avez subi récemment a révélé qu’il n’y a plus lieu d’attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de votre état de santé.

Par conséquent, nous mettons fin au paiement des soins médicaux et de l’indemnité journalière avec effet au 31.10.2013 au soir.

Nous examinons actuellement si nous pouvons encore vous allouer d’autres prestations d’assurance. Nous vous renseignerons sur ce point dès que possible.”

Par décision du 11 novembre 2013, l’Office AI a rejeté la demande de prestations de l’assuré (refus de reclassement professionnel et de rente) dès lors que suite au séjour de réadaptation à la CRR, une capacité de travail à 100% avait pu être mise en évidence dès le 19 juin 2013 dans l’exercice d’une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Il a en outre considéré ce qui suit :

“Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), lorsque l'assuré n'a pas — comme c'est votre cas — repris d'activité professionnelle, on peut se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, pour estimer le revenu d'invalidé (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale.

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2010, CHF 4'901.00 par mois, part au 13ème salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2010, TA1; niveau de qualification 4).

Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2010 (41,7 heures ; La Vie économique, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 5'109.29 (CHF 4'901.00 x 41,7 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 61'311.51. Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2010 à 2013 (+ 1.00 % + 0.80 % et 0 %; La Vie économique; tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de CHF 62'420.02 (année d'ouverture du droit à la rente ATF 128 V 174 consid. 4a).

Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré à savoir les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité, la catégorie de permis de séjour et le taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 80 consid.5b/cc). Compte tenu des limitations fonctionnelles citées plus haut, un abattement de 5 % sur le revenu d'invalidé est justifié.

Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 59'299.02. Afin de déterminer le préjudice économique, le revenu invalide ci-dessus doit être comparé au revenu sans atteinte à la santé, soit CHF 55'277.00, selon rapport employeur.

Au vu de ce qui précède, le revenu d'invalidé auquel vous pouvez raisonnablement prétendre est aussi élevé que celui que vous avez réalisé avant votre atteinte à la santé.”

A la demande de la CNA, le Dr X. _____ lui a transmis la copie des pièces médicales suivantes :

- un rapport d'une IRM de la cheville et du pied droits du 18 novembre 2013 établi par le Dr T. _____ dont il résulte ce qui suit :

“IRM de la cheville et du pied droits du 18.11.13

Indication : Douleurs persistantes sous-malléolaires externes suite à un accident en juin 2010 avec fracture du calcanéum.

Technique : [...]

Description :

L'examen des structures osseuses montre une lésion ovoïde hyperintense en

Stir au niveau du tiers moyen à inférieur de la diaphyse du péroné pouvant correspondre à un kyste.

Pas de signe de fracture actuellement visible du calcanéum.

Formation kystique visible au niveau du col du calcanéum. Foyer d'œdème médullaire mal délimité au niveau du tiers proximal de la diaphyse du 5ème métatarsien se rehaussant après injection de Gadolinium qui pourrait correspondre à une fracture de fatigue. Lésion semblables mais moins intenses en regard des diaphyses proximales des 2ème, 3ème et 4ème métatarsiens.

Pas de lésion ostéo-chondrale ni de signe de chondropathie au niveau des articulations tibio-astragaliennes et sous-astragaliennes.

Pas de lésion décelée au niveau du sinus du tarse.

Pas de signe d'arthropathie décelée au niveau du pied droit.

Pas de lésion visible du ligament latéral externe ni du ligament deltoïde.

Pas de signe de tendinopathie des fléchisseurs, des extenseurs, des péroniers latéraux ainsi que du tendon d'Achille.

CONCLUSION :

Aspects compatibles avec un status après fracture de fatigue de la diaphyse proximale du 5ème métatarsien et de fractures plus anciennes des métatarsiens 2 à 4.

Lésion kystique de la diaphyse moyenne du péroné.

Pas de lésion ostéo-chondrale ni de signe d'arthropathie de la cheville et du pied droits.” ;

- un rapport d'une IRM de la cheville et du pied gauches du 19 novembre 2013 du Dr T. _____, à la teneur suivante :

“Indication : Douleurs persistantes de la suite à un accident en juin 2010.

Technique : [...]

Description :

Pas de lésion visible au niveau du tibia distal ainsi que du péroné distal.

Pas de lésion ostéo-chondrale ni de signe de chondropathie des articulations tibio-astragaliennes et sous-astragaliennes. Pas de lésion décelée au niveau du sinus du tarse.

Amincissement et irrégularité des cartillages de l'articulation talo-naviculaire avec kyste osseux sous-chondral de la berge astragalienne.

Pas d'autre signe d'arthropathie au niveau du pied gauche.

On note la présence d'un foyer d'œdème médullaire en regard de la diaphyse proximale des 3ème, 4ème et 5ème métatarsiens sans lésion corticale associée.

Pas de signe de tendinopathie des fléchisseurs, des extenseurs, des péroniers latéraux ainsi que du tendon d'Achille.

Pas d'autre lésion à signaler.

CONCLUSION :

Aspects compatibles avec un status après fracture de fatigue des trois derniers métatarsiens.

Discrets remaniements dégénératifs de l'articulation talo-naviculaire."

Le 6 janvier 2014, le Dr S. _____ a indiqué que ces deux IRM ne modifiaient pas son appréciation du 2 octobre 2013 et précisé que la bilatéralité des lésions parlait contre une rechute de cet accident.

Le 9 janvier 2014, la CNA a fait part à l'assuré de son intention de nier l'existence d'un lien de causalité certain, ou à tout le moins vraisemblable, entre les troubles au pied gauche et l'événement du 7 juin 2010 et de lui refuser le droit à ses prestations. Elle précisait en outre prendre en charge à bien plaisir et sans engagement futur, la facture des examens IRM précités.

Le 30 janvier 2014, l'assuré a fait savoir à la CNA que son pied droit n'était pas encore guéri de sorte qu'il en subissait quotidiennement les conséquences. S'agissant des lésions au pied gauche, il réfutait l'absence d'un lien de causalité dès lors que depuis son accident, ce membre servait d'appoint au pied droit, voire de béquille et qu'à force de « peser de tout son poids » son pied en avait subi les conséquences.

Dans son rapport du 6 février 2014, le Dr S. _____ a notamment indiqué ce qui suit :

"3. Appréciation

Notre assuré est victime d'un traumatisme du talon D le 07.06.2010 se soldant par une fracture extra-articulaire du calcaneus D qui sera traitée de manière conservatrice.

L'examen clinique final du 02.10.2013 montre une marche sans boiterie, aucune tuméfaction du pied ou de la cheville D ainsi qu'une

parfaite souplesse des articulations sous-taliennes et du médio-tarse du pied D.

On peut admettre que les lésions constatées à l'IRM du pied D sont en relation avec l'accident du 07.06.2010. En effet, la décharge prolongée consécutive à la fracture a pu engendrer une certaine déminéralisation de la structure osseuse du pied D et peut être à l'origine des fractures de fatigue constatées au niveau des métatarsiens du pied D sur l'IRM du 18.11.2013.

En ce qui concerne les lésions du pied G, on doit nier le lien de causalité avec l'accident du 07.06.2010. En effet, l'assuré a marché sur son MIG [membre inférieur gauche] en déchargeant le MID [membre inférieur droit] et, dès lors, les résultats de l'IRM du 19.11.2013 entrent dans le cadre d'un possible trouble du métabolisme phosphocalcique mais ne peuvent pas être expliqués par une décharge du MIG puisque c'est précisément sur ce membre que le patient a marché durant la période de décharge du MID."

Par décision du 13 mars 2014, la CNA a refusé le versement de ses prestations au motif que les troubles au pied droit n'avaient pas changé depuis l'examen final du 2 octobre 2013 du Dr S._____ et que s'agissant du pied gauche, il n'existait aucun lien de causalité certain ou vraisemblable entre l'événement du 7 juin 2010 et les troubles affectant ce membre.

Le 25 avril 2014, la CNA a rejeté l'opposition du 17 avril 2014 de l'assuré et confirmé la décision rendue le 13 mars 2014. Elle considérait qu'en l'absence d'élément contraire, le Dr S._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, expliquait de manière claire et convaincante les motifs pour lesquels les lésions du pied gauche n'engageaient pas l'assurance-accidents. Quant aux fractures de fatigue constatées au pied droit, elles concernaient bien la CNA, cette dernière contestait cependant une rechute ou des séquelles tardives vu l'absence de traitement prescrit. Une copie de cette décision sur opposition a notamment été adressée à l'assureur-maladie de l'assuré. S'agissant d'éventuelles prestations, elle indiquait se déterminer dès que possible comme préconisé dans son courrier du 8 octobre 2013.

D. Par acte du 27 mai 2014, A._____, représenté par Me Gilles-Antoine Hofstetter, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision sur opposition précitée en

concluant avec dépens principalement à sa réforme en ce sens que la CNA est tenue de prendre en charge les suites de l'accident du 7 juin 2010 pour ce qui concerne les chevilles et pieds droits et gauches du recourant et subsidiairement, à son annulation et au renvoi du dossier de la cause à l'intimée pour complément d'instruction puis nouvelle décision. Le recourant allègue que si le rapport du médecin-conseil de la CNA du 6 février 2014 n'est pas compréhensible, la seule pièce médicale probante au dossier serait le rapport d'IRM du 19 novembre 2013 du Dr T._____, qui atteste des lésions à la cheville et au pied gauches compatibles avec une fracture de fatigue des trois derniers métatarsiens. Cela étant, l'intimée serait tenue à prendre en charge les suites de l'événement du 7 juin 2010 pour ce qui a trait aux pieds droit et gauche. Il requiert, à titre de mesures d'instruction, la mise en œuvre d'une expertise orthopédique ayant pour finalité de déterminer le lien de causalité ainsi que la date du *statu quo sine* entre les lésions observées aux IRM et l'accident antérieur du 7 juin 2010. Le recourant a produit une attestation du 13 mai 2014 de son médecin traitant, le Dr X._____, ainsi libellée :

“Le médecin soussigné certifie que le patient sus-nommé présente un status après fracture de fatigue de la diaphyse proximale de 5^{ème} métatarsien et d'une fracture plus ancienne des métatarsiens 2 à 4, accompagnée par une lésion kystique de la diaphyse moyenne du péroné. L'IRM effectuée le 19.11.2013.”

Dans sa réponse du 3 novembre 2014, la CNA a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée. Elle a produit un rapport du 3 novembre 2014 du Dr Q._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, de la division médecine des assurances dont il ressort notamment ce qui suit :

“Cas de M. A._____ :

Dans le cas de M. A._____, on peut déjà sur base clinique et en considération des connaissances médicales relatives à ces fractures exclure ce diagnostic [à savoir celui de fracture de fatigue]. Il est en effet clair que M. A._____ n'a jamais présenté la plus minime symptomatologie douloureuse au niveau des bases métatarsiennes, ce qui correspond au médiopied (ou médiotarse). On rappellera que lors de l'examen effectué par le Dr S._____, six semaines avant les examens IRM ayant conclu à des fractures

multiples récentes et anciennes des métatarses, il était référé un médiotarse souple et aucune symptomatologie douloureuse n'était signalée. Dans ces conditions, des diagnostics de fracture de fatigue chez une personne ne présentant par ailleurs pas de trouble de la sensibilité objectivée (cf. examens cliniques répétés et examen neurophysiologique effectué à la CRR) apparaissent tout simplement exclus.

Ensuite, la multiplicité apparente des fractures et leur localisation proximale au niveau des métatarses II à IV constitueraient vraiment un cas digne d'être publié, puisqu'il n'existe à ma connaissance aucun correspondant dans la littérature médicale, même chez des personnes présentant une conjonction de facteurs de risque, alors même encore une fois que M. A. _____ ne présente aucun de ces facteurs de risque, étant plutôt en sous-poids qu'en surpoids, n'ayant effectué apparemment aucune activité susceptible de provoquer une surcharge et n'étant affecté d'aucune maladie susceptible d'entraîner une augmentation de la fragilité osseuse.

Mais en plus de tous ces éléments, c'est la lecture directe des examens IRM qui ne permet absolument pas de confirmer la suspicion diagnostique du radiologue. Cette nouvelle affirmation demande également quelques explications complémentaires.

Comme je l'ai dit, le diagnostic de fracture de fatigue peut être fait par IRM, en présence d'oedème et à visualisation d'une interruption corticale ou d'une réaction périostée (cal osseux). Afin de détecter l'oedème au niveau osseux, on peut jouer avec les séquences IRM.

Sur une séquence pondérée en T1, séquence qu'on appelait originellement anatomique, l'oedème se traduit par une hypointensité. En pondération T2, pondération originellement appelée aussi pathologique, l'oedème apparaît en revanche de manière hyperintense (pour quelques détails généralistes complémentaires sur l'IRM et sur les séquences, je prie le lecteur de bien vouloir se référer à la petite annexe explicative disponible en fin de cette appréciation).

Afin de renforcer le signal de l'oedème, qui correspond le plus souvent à un processus inflammatoire, on peut ajouter un produit de contraste, à savoir généralement pour l'IRM du gadolinium, qui va aller se fixer sur les zones oedémateuses et renforcer leur visibilité, le gadolinium apparaissant de manière hyperintense marquée sur plusieurs types de séquences. Afin également d'éviter des confusions avec d'autres tissus et en particulier avec le tissu graisseux, il existe des séquences IRM où par de savantes manipulations le signal de la graisse est annulé, ou tout au moins estompé. Il existe différentes séquences visant à supprimer le signal de la graisse, de manière à ce qu'il devienne hypointense (noir), alors qu'il est normalement plutôt hyperintense. Ces séquences de soustraction du signal de la graisse sont souvent employées en combinaison avec l'injection du gadolinium. Les paramètres pour établir ces séquences étant extrêmement fins, il arrive parfois que la soustraction du signal de la graisse ne se fasse pas tout à fait parfaitement.

Chez M. A. _____, on note en effet sur les séquences ad hoc et comme l'a décrit le radiologue, une prise de contraste au niveau

diaphyso-métaphysaire proximal de la plupart des métatarses, respectivement II à V à gauche et au moins III à V à droite. Ce qu'il faut encore préciser, c'est que les deux examens IRM n'ont pas été faits initialement pour explorer l'avant-pied et le médio-pied mais la cheville, siège des symptômes référés par l'assuré. Les images concernant les métatarses sont donc la plupart tronquées.

S'il est vrai qu'il existe une prise de contraste au niveau décrit, on notera dans le même temps, que sur les séquences sans contraste mais avec également suppression de graisse, on voit encore un hypersignal au même niveau (jonction métaphyso-diaphysaire proximale). En fait, les séquences avec soustraction de graisse effectuées ne sont pas de qualité optimale, avec pour conséquence des résidus de signal graisseux. Ceci peut être démontré par le fait que la sole plantaire, tissu exclusivement adipeux, ne ressort pas en noir mais en gris. Une partie du signal visualisé au niveau métaphyso-diaphysaire correspond donc aux classiques zones de dégénérescence graisseuse de la moelle osseuse.

De plus, il est clair que sur la séquence avec contraste, ce qui est visualisé au niveau métaphyso-diaphysaire proximal de pratiquement tous les métatarses, ce sont les vaisseaux de l'os. En effet, l'artère nourricière et la veine de drainage de cette artère se situent au niveau des métatarses à la jonction métaphyso-diaphysaire proximale. Sur la séquence avec gadolinium, tous les vaisseaux et en particulier tout le réseau veineux est bien visible (cf. vaisseau sous-cutané de fort calibre, donc veineux, visible au niveau de la jambe). De plus, la prise de contraste décrite au niveau des métatarses proximaux en zone métaphyso-diaphysaire n'est pas diffuse et homogène, comme on la retrouve dans un oedème, mais est dessinée et circonscrite, ce qui parle très clairement en faveur de contraste au niveau de la veine drainante des métatarses II à V des deux côtés.

Sur l'examen de la cheville gauche, on retrouve également une prise de contraste similaire au niveau du premier métatarses en zone diaphyso-métaphysaire distale, sans que le radiologue en ait fait cette fois une fracture de fatigue. A cela j'ajouterais encore l'absence d'interruption de corticale osseuse visible, l'absence de réaction périostée et surtout un aspect tout à fait similaire de la prise de contraste au niveau des différents métatarses.

Tout ceci mis ensemble fait que le diagnostic posé uniquement sur base d'un examen IRM, qui plus est non centré sur les lésions diagnostiquées, de fractures métatarsiennes de fatigue multiples ne peut en aucun cas être validé.

Il est dès lors évident, s'il n'y a pas de fracture de fatigue chez M. A. _____, que l'analyse du lien de causalité est superflue, respectivement qu'elle n'a pas lieu d'être.

S'il n'y a pas lieu de discuter d'un éventuel lien de causalité entre des antécédents de fracture du calcaneum droit en 2010 et des fractures de fatigue des métatarses, puisque celles-ci n'existent pas, il m'apparaît toutefois opportun d'émettre quelques remarques complémentaires sur ladite fracture calcanéenne et ses suites.

Selon la dernière déclaration de M. A. _____, il a donc été victime d'une fracture calcanéenne droite en conséquence d'une chute de sept mètres de hauteur. Selon les premières déclarations, l'assuré avait enfoncé le pied droit en descendant précipitamment d'un pont roulant qui basculait. Par la suite, il expliquera qu'il avait, à cause de cela fait une chute de trois mètres, avec en plus chute du pont roulant sur l'assuré, puis il sera référé une chute de six mètres. Finalement, et comme déjà dit, la chute aurait finalement été de sept mètres.

Dans les suites immédiates de cette chute, l'assuré n'avait d'autre part pas ressenti de douleurs. Il avait commencé à ressentir des douleurs une heure après, puis de nouveau trois, quatre ou cinq heures après de manière intense. Dans le même temps il est clair que l'assuré a repris son travail le lendemain et que ce n'est que le surlendemain de l'accident qu'il s'est rendu chez son médecin traitant.

On notera également que dans les suites de cette chute, apparemment si importante, il n'a été fait aucune investigation radiologique initialement et ce n'est qu'à trois semaines de l'accident qu'a été directement demandée une IRM de la cheville droite.

Ces données objectives suscitent quand même quelques interrogations.

Premièrement, on peut s'interroger sur la dynamique exacte de l'accident, en présence de la version pour le moins variable, puisqu'on passe d'un enfoncement d'un talon à une chute de sept mètres. On peut se demander également dans quelle mesure il n'existait pas une grave lacune de sécurité sur le chantier, si le pont roulant était ainsi disposé qu'on risquait en l'empruntant de chuter d'une hauteur de sept mètres.

On est ensuite en droit de se demander pourquoi après un traumatisme unique clair d'une dynamique pleinement compatible et même classique pour une fracture du calcaneum, on n'a pas commencé par pratiquer des examens radiologiques standards, examens qui ont en l'occurrence peut-être été effectués mais dont je n'ai trouvé aucune trace dans le dossier.

On est finalement en droit de se demander comment une fracture provoquée par un mécanisme aigu chez une personne sans aucune altération de la conscience concomitante ni trouble de la sensibilité a provoqué seulement de manière différée des douleurs.

Si dans ma fonction de médecin d'assurance la réserve due me fait m'interroger sur ces éléments non congruents, en tant que traumatologue, j'estime de manière plus tranchée qu'il existe des éléments qui ne cadrent franchement pas dans le cas de M. A. _____.

Premièrement, s'il est comme je l'ai déjà dit, classique suite à une chute avec réception sur les talons de se procurer une fracture du calcaneum, ces fractures sont en principe disloquées, respectivement déplacées. En particulier, une chute d'une hauteur de sept mètres (ce qui correspond à une hauteur égale ou supérieure à un deuxième étage) se solde dans la plupart des cas par des fractures extrêmement comminutives (plurifragmentaires)

et intraarticulaires. A ces fractures du calcaneum par choc axial peuvent s'associer suivant la hauteur de chute des fractures du bassin ou de la colonne, classiquement au niveau des vertèbres de la transition thoracolombaire.

D'un point de vue traumatologique, en revanche, une fracture calcaneenne non déplacée suite à un mécanisme traumatique axial (chute) apparaît tout à fait incongrue. Sans vouloir prétendre que cela n'existe pas, puisqu'en traumatologie on estime que tout ce qu'on a jamais vu sera malgré tout décrit un jour, en tant que traumatologue et muni de quinze ans d'expérience hospitalière dans ce domaine spécifique, je reste assez perplexe, que ce soit pour le type de fracture présentée en conséquence de la dynamique référée, pour le fait que les douleurs soient arrivées secondairement, pour le fait qu'il n'ait pas été référées d'importantes tuméfactions dans la phase aiguë (alors que les importants hématomes sur fracture calcaneenne sont la règle) et finalement pour l'absence apparente d'investigations radiologiques standards dans les suites immédiates de l'accident.

On aura peut-être noté que dans mon bref résumé du cas en début de la discussion, j'ai parlé de fractures calcaneennes bilatérales. Il ne s'agit pas d'une erreur. Il s'agit simplement d'une lecture attentive de l'examen IRM du 29 mai 2010. En effet, si cet examen a été fait pour la cheville droite, on distingue malgré tout sur les images également partiellement la partie gauche. De manière très intéressante, on constate exactement la même fracture postéro-médiale du calcaneum non déplacée du côté gauche. A droite, il y a en plus de cette fracture parcellaire postéro-médiale un trait de fracture oblique se dirigeant vers le sinus du tarse. D'autre part, l'oedème est plus marqué à droite qu'à gauche, mais il ne fait aucun doute qu'il existait également une fracture calcaneenne gauche postéro-médiale *in situ* au moment de l'exécution de l'examen IRM du 29 juin 2010.

On notera également que sur cet examen, la direction de l'oedème et l'orientation des traits de fracture, indépendamment du fait surprenant que la fracture n'est pas déplacée, ne correspondent pas à ce que l'on pourrait s'attendre lors d'un traumatisme axial sur chute. A vrai dire, en l'absence d'anamnèse relative, j'aurais selon toute probabilité interprété ces images comme une double fracture de fatigue du calcaneum, plus marquée à droite et je n'aurais que très subsidiairement évoqué la possibilité d'un mécanisme traumatique à l'origine des lésions mises en évidence par l'IRM. Les fractures de fatigue calcaneennes ne sont en effet, comme je l'ai déjà dit, pas une rareté et, selon les données de la littérature médicale, la bilatéralité n'est de loin pas exceptionnelle (cf. Rosted & al, merci & al.).

Quelle que fût l'étiologie exacte de ces fractures mises en évidence sur l'examen IRM du 29 juin 2010, une chose qui est en revanche certaine, c'est que celles-ci ont guéri parfaitement, comme tous les examens successifs effectués l'ont démontré. S'agissant de fractures non déplacées, extra-articulaires, ceci n'est pas une surprise.

Dans ces conditions cependant, je n'ai strictement aucune explication valable d'un point de vue traumatologique pour donner un substrat aux plaintes présentées par la suite par M. A._____.

On se souviendra qu'à la reprise du travail, M. A. _____ a déclaré qu'il ne sentait plus rien et que la situation était comme avant. C'est en effet ce à quoi on était en droit de s'attendre en status après une fracture bilatérale des calcanéums non déplacée extra-articulaire ayant parfaitement guéri.

En fait, la reprise des actes du dossier nous montre bien qu'il n'a jamais été mis en évidence ni une quelconque atteinte fonctionnelle ni une anomalie sur les examens complémentaires capables d'expliquer les troubles référés par l'assuré. On est ensuite en droit de s'interroger grandement sur l'intensité des troubles, si l'on pense qu'il n'a pratiquement jamais été constaté la moindre boiterie, qu'il n'a jamais été référé une déambulation avec des cannes et surtout qu'il n'a jamais été considéré la prise d'une thérapie antalgique régulière, même mineure.

Dans ces conditions, on est plus qu'en droit de se demander ce qui a justifié des longues périodes d'incapacité de travail, octroyées par un médecin traitant qui parle d'abord de fracture du calcanéum puis de fracture de l'astragale.

Très clairement et sans ambages, en considération des examens complémentaires effectués chez M. A. _____ confirmant de manière indubitable une consolidation sans séquelle de ses fractures calcanéennes, il est clair qu'un *statu quo sine* peut être défini pour les suites de l'accident du 7 juin 2010 et qu'il n'y a pas lieu de considérer la possibilité d'une récurrence, respectivement, la présence de troubles résiduels invalidants. Ce *statu quo sine* aurait pu être déjà défini à la reprise du travail en 2010.

Puisque je ne trouvais pas d'explication post-traumatique aux plaintes référées par M. A. _____, j'ai encore procédé à une analyse approfondie de ses examens d'imagerie à la recherche d'une éventuelle pathologie morbide capable d'expliquer ses troubles.

En analysant la structure interne du calcanéum sur le CT, on peut noter une zone de raréfaction trabéculaire au centre de celui-ci. Il s'agit d'une raréfaction tout à fait physiologique et connue au niveau du calcanéum, où les zones osseuses hors contraintes présentent souvent une raréfaction de la trabéculatation osseuse. L'espace laissé est le plus souvent rempli par du tissu adipeux. On retrouve du reste à ce niveau sur l'examen IRM un hypersignal compatible avec cette occupation de tissus adipeux au niveau de la zone de raréfaction trabéculaire. Autour de cette zone, on note classiquement des lignes de renforcement correspondant au maximum de contraintes, lesquelles sont toutefois modérément marquées chez M. A. _____. Cette zone de lacune trabéculaire ne correspond donc pas à une tumeur bénigne, susceptible d'expliquer une symptomatologie un peu vague comme chez M. A. _____.

L'unique diagnostic, de nature strictement malade, respectivement non traumatologique, que l'on pourrait encore évoquer chez M. A. _____ pour expliquer ses douleurs persistantes serait un ostéome ostéoïde. La présence d'une hypercaptation localisée au niveau du calcanéum serait compatible avec un tel diagnostic. Cependant, sur les coupes de CT en fenêtres osseuses, je ne

retrouve rien en correspondance avec une telle pathologie, rappelant brièvement que l'ostéome ostéoïde est une tumeur osseuse bénigne sclérosante, généralement juxta corticale, qui provoque principalement des douleurs.

Toutefois et un peu en désespoir de cause vue que personne n'a réussi à soulager M. A. _____ jusqu'ici, on pourrait considérer dans le cadre de l'assurance-maladie d'effectuer un test diagnostico-thérapeutique avec acide acétylsalicylique (Aspirine®), tel traitement permettant généralement la disparition des douleurs liées à l'ostéome ostéoïde (cf. Boscainos & al.).

Cette hypothèse diagnostique est posée afin de ne rien exclure et parce qu'il existe malgré tout cette hypercaptation localisée dans le calcanéum au Spect-CT. Toutefois, la nature partiellement mécanique des douleurs (augmentation avec la marche), l'absence de douleurs nocturnes et encore une fois l'absence d'images typiques décelées sur le CT parlent plutôt contre une telle éventualité diagnostique. Il s'agit toutefois à mon avis du dernier diagnostic qui reste à exclure chez M. A. _____ du point de vue maladif, étant encore une fois clair que celui-ci ne présente plus de séquelles de son accident du 7 juin 2010.

Conclusions

Il n'existe pas de lien de causalité entre les fractures métatarsiennes diagnostiquées aux deux pieds chez M. A. _____ et le status après fracture du calcanéum droit le 7 juin 2010, pour le simple fait que ce diagnostic de fractures de fatigue des métatarsiens bilatéralement apparaît erroné, après relecture des images de l'examen et intégration des éléments anamnestic-cliniques spécifiques.

En status après fracture du calcanéum droit diagnostiqué dans les suites d'un accident déclaré le 7 juin 2010 et fracture calcanéenne gauche également non déplacée mais non diagnostiquée, il n'existe aucun état séquellaire susceptible d'expliquer une quelconque limitation fonctionnelle ou correspondant à une atteinte à l'intégrité, même minime.

Pour les suites de ces fractures calcanéennes, un *statu quo sine* aurait pu être aisément à la reprise de l'activité professionnelle en 2010, étant donné clairement qu'après quatre mois déjà, ces fractures devaient être parfaitement guéries."

Lors d'un second échange d'écritures, les parties ont chacune maintenu leurs positions respectives.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981, RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 LPGA). Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) La LPA-VD (loi vaudoise sur la procédure administrative du 28 octobre 2008, RSV 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).

En l'espèce, le recourant est domicilié dans le canton de Vaud, son recours a été interjeté en temps utile, compte tenu des fêtes pascales 2014 (cf. art. 38 al. 4 let. a LPGA), auprès du tribunal compétent et il satisfait aux autres conditions de forme ; il est donc recevable.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

b) Le 4 janvier 2011, la CNA a considéré que le recourant était guéri et son cas liquidé. Celui-ci n'a pas contesté cette prise de position non formelle dans le délai d'une année conformément à la jurisprudence (ATF 134 V 145 consid. 5), de sorte que celle-ci a acquis force de chose décidée (ATF 8C_397/2014 du 27 avril 2015). En revanche, tel n'est pas le cas de la prise de position du 8 octobre 2013 notamment parce que le recourant a contesté être guéri le 30 janvier 2014.

Le litige porte sur la question de savoir si le recourant a droit à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 31 octobre 2013, en lien avec la rechute annoncée le 1^{er} mai 2012 et l'accident du 7 juin 2010.

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. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose notamment entre l'évènement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle. Cette condition est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet évènement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 129 V 402 consid. 4.3.1, 119 V 335 consid. 1 et 118 V 286 consid. 1b et les références citées; TF 8C_377/2009 du 18 février 2010, consid. 5.1). Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé: il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 129 V 402 consid. 4.3.1 et 119 V 335 consid. 1).

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement "post hoc, ergo propter hoc"; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'évènement assuré. Il ne suffit pas que

l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 119 V 335 consid. 1; TF 8C_1025/2008 du 19 octobre 2009, consid. 3.2 et 8C_377/2009 du 18 février 2010, consid. 5.1).

Le juge tranche cette question de fait en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, en les appréciant selon la règle du degré de la vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références citées; 119 V 338 consid. 1). Si l'accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état de l'assuré est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine) (TF 8C_354/2007 du 4 août 2008, consid. 2.2; TF 8C_414/2011 du 2 avril 2012, consid. 3.2 et les références citées).

Le droit à des prestations découlant d'un accident suppose en outre un lien de causalité adéquate entre l'évènement dommageable et l'atteinte à la santé. Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, cependant, en cas d'atteinte à la santé physique, la causalité adéquate se recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb, 118 V 286 consid. 3a et 117 V 359 consid. 5d/bb; TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009, consid. 2.1).

b) En vertu de l'art. 36 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident (al. 1). La jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances a souligné à cet égard que, lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents

d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine ou ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (TFA U 239/2005 du 31 mai 2006, consid. 2.3 et U 149/2004 du 6 septembre 2004, consid. 2.3).

c) La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même maladie qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a et les références citées; TF 8C_533/2013 du 28 avril 2014, consid. 3.2 et 8C_596/2007 du 4 février 2008, consid. 3). Il y a également rechute ou séquelle tardive si, auparavant, le traitement médical avait permis d'obtenir une relative stabilisation de l'état de santé, au point qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de ce traitement une amélioration sensible de cet état de santé (TF 8C_1023/2008 du 1^{er} décembre 2009, consid. 6.1).

Il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'accident (TF 8C_895/2011 du

7 janvier 2013, consid. 5.1). Plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve d'un rapport de causalité doivent être sévères (TF 8C_456/2010 du 19 avril 2011, consid. 2.2 et 8C_535/2008 du 2 février 2009, consid. 2.1; RAMA 1997 no U 275 p.191 consid. 1c). 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 ou, 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 l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 119 V 335 consid. 1, 117 V 359 et les références citées).

4. a) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, 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. 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 (ATF 126 V 353 consid. 5b ; TF 9C_137/2013 du 22 juillet 2013, consid. 3.1, 9C_1001/2012 du 29 mai 2013, consid. 2.2 et 9C_418/2007 du 8 avril 2008, consid. 2.1). 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 circonstanciée, 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 de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin, que les conclusions de l'expert soient

dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a et la référence citée; TF 9C_205/2013 du 1^{er} octobre 2013, consid. 3.2, 9C_137/2013 du 22 juillet 2013, op. cit., 9C_66/2013 du 1^{er} juillet 2013, consid. 4, 9C_603/2009 du 2 février 2010, consid. 3.1, 8C_658/2008 et 8C_662/2008 du 23 mars 2009, consid. 3.3.1).

b) Selon la jurisprudence, les rapports des médecins des assureurs peuvent également se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permette de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et les références citées ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2 et 8C_565/2008 du 27 janvier 2009, consid. 3.3.2).

Par ailleurs, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve ; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; 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 et les références citées ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2 ; Pratique VSI 2/2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc).

5. En l'espèce, le Dr V._____ a retenu une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle mais entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles du recourant. Le 24 juin 2013, les Drs I._____ et K._____ ont estimé la situation comme stabilisée du point de vue médical, aucune nouvelle intervention n'étant proposée. Ils ont retenu comme limitations fonctionnelles d'éviter la montée-descente répétée d'escaliers, les ports de charges répétés de plus de 15 à 20 kilos et le maintien des positions prolongées accroupies et à genoux. Le 2 octobre 2013, le Dr S._____, après avoir constaté que, la marche s'effectuait sans boiterie, le pied et la cheville droits n'étant le siège

d'aucune tuméfaction et les articulations sous-taliennes et du médiotarse du pied droit étant parfaitement souples, a retenu les mêmes limitations fonctionnelles et une capacité de travail entière dans une activité adaptée.

Certes, dans ses rapports des 18 et 19 novembre 2013, le Dr T._____ a mentionné s'agissant du pied droit que les aspects étaient compatibles avec un status après fracture de fatigue de la diaphyse proximale du 5^{ème} métatarsien et de fractures plus anciennes des métatarsiens 2 à 4 et concernant le pied gauche, avec un status après fracture de fatigue des trois derniers métatarsiens. Il s'est toutefois limité à suspecter l'existence de ces fractures sans les démontrer.

Le 6 janvier 2014, le Dr S._____ a indiqué que ces deux IRM ne modifiaient pas son appréciation du 2 octobre 2013 et précisé que la bilatéralité des lésions parlait contre une rechute de l'accident. S'il a estimé possible le 6 février 2014 que les lésions constatées à l'IRM du pied droit étaient en relation avec l'accident, il a exclu que tel soit le cas du pied gauche. Quant au Dr X._____, il a uniquement repris les rapports du Dr T._____ sans donner de motivation.

Le Dr Q._____ a examiné de façon approfondie le dossier du recourant. Ce spécialiste a exclu tout lien de causalité entre les fractures métatarsiennes diagnostiquées aux deux pieds et le status après fracture du calcanéum droit le 7 juin 2010. Il a notamment rappelé que lors de l'examen effectué par le Dr S._____, six semaines avant les examens IRM ayant conclu à des fractures multiples récentes et anciennes des métatarses, il était référé un médiotarse souple et aucune symptomatologie douloureuse n'étant signalée. Il a expliqué que dans ces conditions, des diagnostics de fracture de fatigue chez une personne ne présentant par ailleurs pas de trouble de la sensibilité objectivée - comme cela résulte des examens cliniques répétés et de l'examen neurophysiologique effectué à la CRR - étaient exclus. Le Dr Q._____ a ainsi indiqué de façon détaillée les raisons pour lesquelles après relecture des images de l'examen et l'intégration des éléments anamnestic-

cliniques spécifiques, le diagnostic de fractures de fatigue des métatarsiens bilatéralement était erroné.

Ainsi, que l'on retienne ou pas l'existence de fractures de fatigue, aucun lien de causalité n'est établi entre une telle fracture et le pied gauche du recourant. Quant à son pied droit, il n'est pas établi non plus. D'ailleurs même si tel était le cas, le Dr S._____ a clairement exposé que cela ne modifiait pas ses conclusions du 2 octobre 2013.

Force est dès lors de constater que l'état de santé du recourant était stabilisé au plus tard à cette date, ceci dans l'hypothèse la plus favorable au recourant, le Dr Q._____ ayant d'ailleurs estimé que le statu quo sine était intervenu quelques mois seulement après l'accident, les troubles allégués par la suite n'étant plus en relation avec cet événement. Ainsi que l'on privilégie l'un ou l'autre avis, cela n'a aucune incidence sur l'issue du litige.

Au demeurant, le droit à la rente n'est pas ouvert même si l'on retient l'hypothèse la plus favorable à l'assuré soit une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle due à l'accident et entière dans une activité adaptée comme le retiennent les Drs V._____, I._____, K._____ et S._____ au contraire du Dr Q._____. En effet, selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4 et 128 V 29 consid. 1; TF 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1). L'année déterminante est celle de l'ouverture du droit à la rente (ATF 128 V 174 consid. 4a), soit 2013 en l'espèce.

En ce qui concerne le salaire sans invalidité, l'employeur du recourant au moment de l'accident a déclaré que le revenu de celui-ci aurait été en 2013 et 2014 de 21 fr. l'heure plus 8.33% pour le treizième salaire, à raison de 40 heures par semaine, ce qui équivaut à un salaire annuel de 47'300 francs. Si l'on se réfère à la Convention collective de travail de la branche suisse de l'installation électrique et de l'installation de télécommunication (art. 35.4 et annexe 8) concernant les personnes sans titre professionnel dans la branche mais travaillant depuis cinq ans et plus, le salaire s'élève à 4'320 fr. par mois 13 fois l'an en 2012 (56'160 fr.), soit (compte tenu d'un taux d'indexation de 0.7% [tableau B 10.2 de la Vie économique, n° 10-2014]) à 56'553 fr. 10 en 2013.

En l'absence, comme en l'espèce, d'un revenu effectivement réalisé le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1; TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 323 consid. 3b/bb; TF I 7/2006 du 12 janvier 2007 consid. 5.2; VSI 1999 p. 182). Vu le large éventail d'activités simples et répétitives (qui correspondent à un emploi léger respectant les limitations fonctionnelles observées) que recouvre le marché du travail en général - et le marché du travail équilibré en particulier - (cf. TFA I 383/06 du 5 avril 2005 consid. 4.4), il appert qu'un nombre significatif d'entre elles, ne nécessitant aucune formation spécifique, sont raisonnablement exigibles de la part du recourant.

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2012, un salaire de 5'210 fr. par mois, part au 13ème salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2012, TA 1, niveau de compétences 1). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2013 (41,7 heures; Statistique de

la durée normale du travail dans les entreprises, Office fédéral de la statistique, Neuchâtel 2016), le revenu mensuel s'élève à 5'431 fr. 43 (5'210 fr. x 41,7 / 40), ce qui donne un salaire annuel de 65'177 fr. 10, soit après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires de 2012 à 2013 (0.7%), on obtient un revenu annuel de 65'633 fr. 35.

Le montant résultant des statistiques peut faire l'objet d'une déduction, laquelle ne peut excéder 25% (ATF 126 V 80 consid.5b/cc). Compte tenu des limitations fonctionnelles citées plus haut, un abattement de 5 % sur le revenu d'invalidé comme l'a retenu l'OAI apparaît justifié. Le salaire avec invalidité est ainsi de 62'351 fr. 70.

Le salaire sans invalidité étant inférieur à ce montant, le recourant ne subit aucune perte de gain.

C'est dès lors à juste titre que l'intimée a mis fin au versement de ses prestations au 31 octobre 2013.

6. Le dossier est complet, permettant ainsi à la Cour de statuer en pleine connaissance de cause. Un complément d'instruction apparaît inutile et la requête d'expertise du recourant doit dès lors être rejetée. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 134 I 140 consid. 5.3, 131 I 153 consid. 3 et 130 II 425 consid. 2 ; cf. TF 9C_748/2013 du 10 février 2014, consid. 4.2.1).

7. Vu ce qui précède, le recours mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition rendue par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents le 25 avril 2014 confirmée.

Conformément à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations

en matière d'assurance-accidents devant le tribunal cantonal des assurances est gratuite. En outre, il n'y a pas lieu, en l'espèce, d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et art. 55 LPA-VD).

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

- I. Le recours déposé par A. _____ est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue le 25 avril 2014 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Gilles-Antoine Hofstetter (pour A. _____),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,

- Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP),

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral, RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :