

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 20 juillet 2018

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente
Mmes Brélaz Braillard et Berberat, juges
Greffière : Mme Parel

Cause pendante entre :

S. _____, à [...], recourant, représenté par Me Muriel Vautier, avocate à Lausanne,

et

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

Art. 6 al. 1 LAA; 43 al. 1 LPGA

E n f a i t :

A. Le 6 mars 2011, S._____, né en [...] (ci-après : l'assuré ou le recourant), a chuté en sortant de son domicile à la suite d'une glissade. Le rapport d'entretien établi le 8 septembre 2011 par le conseiller de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA, la SUVA ou l'intimée) précise que, lors de sa chute, l'assuré s'est retrouvé avec la jambe droite repliée sous lui.

L'assuré a bénéficié de deux arthroscopies du genou droit, effectuées par le Dr M._____, spécialiste en chirurgie orthopédique. La première, le 20 avril 2011 (arthroscopie pour résection méniscale partielle interne et externe synovectomie). La deuxième, le 10 novembre 2011 (arthroscopie pour résection de la plica, complément de ménisectomie externe et synovectomie).

L'assuré a été hospitalisé à la Clinique romande de réadaptation du 25 janvier 2012 au 7 mars 2013. A notamment été retenu au titre de diagnostic une algodystrophie du genou droit. Dans l'appréciation du cas, les médecins ont relevé que le patient marchait en légère décharge antalgique, avec un flexum spontané du genou. La palpation et la mobilisation du genou étaient difficiles.

Le 22 mars 2012, 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'intimé).

Par la suite, l'assuré a subi plusieurs interventions effectuées par le K._____, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique depuis 2013, pour soulager les douleurs neuropathiques de l'assuré. La première intervention a eu lieu le 19 septembre 2013 (neurolyse du nerf saphène interne) et la deuxième le 18 février 2014 (résection des névromes et enfouissement intra-musculaire).

Dans un rapport du 31 juillet 2014 adressé au Dr K._____, le DrC._____, spécialiste en neurologie, relevait des douleurs occupant les faces interne et externe de la jambe droite, sous la forme de fourmillements, irradiant sous le pied droit.

Le Dr K._____ a opéré l'assuré une troisième fois, le 10 novembre 2014 (neurolyse du nerf péronier commun, neurolyse du nerf tibial de la cheville droite et névrectomie du nerf saphène droit). Le protocole opératoire établi par ce spécialiste le 17 novembre 2014 indiquait notamment ce qui suit :

"Il s'agit d'un patient qui suite à des interventions au genou droit, démontre des douleurs très importantes au niveau de la face médiale de celui-ci, avec des Tinel. On effectue d'abord une neurolyse, puis une névrectomie dans un 2^{ème} temps sur le nerf saphène, branche infrapatellaire, avec une diminution des douleurs. Plusieurs mois après les interventions et après plusieurs séances de physiothérapie les douleurs persistent à la face interne du genou. Un test positif à la Lydocaine au niveau du nerf saphène au niveau de la mi-cuisse cause une diminution quasi complète de douleurs. Nous posons l'indication à une névrectomie à ce niveau du nerf saphène droit. Le patient démontre également une faiblesse à M2-M3 des nerfs releveurs de la jambe avec un Tinel positif au niveau du nerf péronier commun et des paresthésies constantes nocturnes avec fourmillements et douleurs au niveau plantaire du pied et un Tinel positif au niveau du tunnel tarsien. L'indication est posée également à une neurolyse du nerf péronier commun et du nerf tibial de la jambe droite.

Interventions réalisées

- **Neurolyse du nerf péronier commun**
- **Neurolyse du nerf tibial à la cheville droite**
- **Névrectomie du nerf saphène**

(...)"

Dans le rapport d'examen du 11 juin 2015, le Dr X._____, médecin d'arrondissement de la CNA, spécialiste en chirurgie, a apprécié le cas de l'assuré en ces termes :

"(...)

A noter que le lien de causalité entre les interventions des 19.09.2013 (neurolyse du nerf saphène interne du genou D [réd. : droit]) et 18.02.2014 (résection des névromes sur la branche du nerf saphène interne) et l'accident nous concernant paraît clair. Ce lien de causalité entre l'intervention du 10.11.2014 (neurolyse du nerf péronier commun neurolyse du nerf tibial à la cheville D et

nevrectomie du nerf saphène), paraît également clair en ce qui concerne la nevrectomie du nerf saphène, mais il l'est nettement moins en ce qui concerne la neurolyse du nerf péronier commun, et je ne vois pas quel pourrait être le lien de causalité avec la neurolyse du nerf tibial à la cheville D. Cela pourrait avoir des conséquences dans la suite de ce dossier, car il semble difficile de relier la symptomatologie douloureuse dont se plaint actuellement le patient au niveau de son pied D et l'accident nous concernant. Afin de pouvoir nous déterminer définitivement quant au rapport de causalité entre la neurolyse du nerf péronier commun D et la neurolyse du nerf tibial à la cheville D du 10.11.2014, je remercie le Dr K. _____, qui nous lit en copie, de bien vouloir nous adresser un rapport dans lequel il nous relate les raisons (anamnèse et examen clinique) qui l'ont amené à poser l'indication de ces neurolyses du nerf péronier commun D et du nerf tibial à la cheville D du 10.11.2014."

L'assuré a séjourné une seconde fois à la CRR, du 24 juin au 10 juillet 2015. Un examen neurologique a notamment été effectué le 6 juillet 2015. Dans ses conclusions, le spécialiste de la CRR relevait ce qui suit :

"En se basant sur les données cliniques et le résultat de l'examen clinique de ce jour, on peut raisonnablement estimer que le patient a initialement présenté une atteinte de la branche intra-articulaire du nerf saphène droit post arthroscopie, compliquée par le développement d'un névrome motivant d'abord 2 interventions sur le nerf saphène interne à droite, puis pour des raisons moins claires au niveau du tibial postérieur et au niveau du péroné commun à droite. Suite à cette dernière intervention du 10.11.2014, le patient présente clairement des signes d'une neuropathie du nerf tibial dans la partie distale purement sensitive avec également une atteinte partielle du nerf médian plantaire à droite. Etant donné que le patient est tellement algique avec notamment une réaction allodymique très importante au niveau du nerf tibial en distalité à droite, aucun examen électrophysiologique ne peut être effectué ce jour.

Sur le plan d'investigation je recommande d'effectuer un US [réf. : ultrason] du nerf tibial en distalité après avoir effectué une anesthésie locale (AL) de surface en appliquant la crème d'EMLA. Selon le résultat, je reste à disposition pour revoir le patient pour une évaluation électrophysiologique sous AL de surface.

Sur le plan thérapeutique, je recommande l'introduction d'un traitement plus spécifique pour les douleurs neurogènes, soit du Lyrica, soit du Neurontin ainsi que la présentation du patient à un spécialiste antalgique pour une évaluation de l'indication à un traitement invasif.

En ce qui concerne une réintervention sur un possible névrome du nerf tibial, je serai (sic) très hésitant et demanderai (sic) plusieurs avis auprès de spécialistes afin de recommander une telle intervention au patient".

Par courrier du 15 juillet 2015, le Dr K. _____ a requis l'accord du Dr X. _____ s'agissant de la poursuite du traitement de l'assuré en ces termes :

"Je suis le patient susnommé depuis septembre 2013 pour des douleurs localisées au membre inférieur droit. Le patient a bénéficié depuis de plusieurs neurolyses des nerfs péronier, saphène et tibial avec une amélioration des douleurs au niveau du genou (pas complète) et la persistance de douleurs importantes au niveau de la cheville et du pied droits suite à une neurolyse du nerf tibial. (...)

J'ai revu M. S. _____ le 14.7.2015. Il se plaint actuellement de douleurs au genou droit (2 - 3/10) et au niveau de la cheville (2 - 3 jusqu'à 10/10).

Au niveau du genou, j'effectue un test à la Lidocaïne au niveau de la branche infra-patellaire du nerf sciatique qui s'avère positif et amène une rémission complète des douleurs.

Je teste aussi au niveau de la cicatrice de la cheville droite qui induit une rémission complète des douleurs.

Au vu de ce status et de l'histoire de ce patient, je propose un dernier essai thérapeutique pour enlever les douleurs avec un complément de neurolyse au niveau du genou et une révision de la neurolyse (pour probable névrome) du nerf tibial au niveau de la cheville droite, qui s'effectuera en hospitalisation de jour dans les prochaines semaines avec votre accord.

(...)"

La proposition du Dr K. _____ a été soumise au Dr X. _____, lequel a donné son accord le 16 juillet 2015. Le Dr K. _____ a été informé par courrier du 20 juillet 2015 que le service médical de la CNA approuvait la proposition figurant au troisième paragraphe de sa demande et l'invitait à effectuer l'intervention dans les plus brefs délais.

L'assuré a ainsi été opéré une quatrième fois par le Dr K. _____, le 10 août 2015 (neurolyse du nerf tibial dans le tunnel tarsal [canal plantaire médial et latéral] et neurolyse du nerf infra-patellaire latéral et névrectomie des nerfs saphènes). Dans son rapport de consultation provisoire du 10 mars 2016, le Dr K. _____ relevait que l'assuré "souffre de douleurs au niveau de la cheville et pied droits suite à un accident le 6/3/11" et que la dernière intervention avait été marquée "par une rémission complète de la neuropathie du nerf saphène et une disparition des douleurs au niveau du genou."

Dans son rapport final du 13 avril 2016, le Dr X._____, a certifié que les troubles dans la cheville droite n'étaient pas en relation de causalité au degré de la vraisemblance prépondérante avec l'accident et ses séquelles puisque ni l'accident, ni les deux arthroscopies du genou droit, ni les interventions sur le nerf saphène droit au genou ou à la cuisse, ne pouvaient entraîner une pathologie susceptible de motiver une neurolyse du nerf péronier commun et du nerf tibial à la cheville droite. Le Dr X._____ précisait notamment ce qui suit :

"S'il est vrai que par la suite, nous avons donné notre accord (le 16.07.2015) sans autre précision à l'intervention que proposait le Dr K._____ dans sa lettre du 15.07.2015 (le Dr K._____ avait posé l'indication à un complément de neurolyse au niveau du genou D et à une révision de la neurolyse (pour probable névrome) du nerf tibial au niveau de la cheville D), nous aurions dû préciser que l'intervention au niveau de la cheville D n'avait pas de relation de causalité avec l'accident nous concernant.

(...)

Restent à la charge de la Suva, le traitement antalgique à base de paracétamol et d'AINS, ainsi que si prescrites, jusqu'à 2 x 9 séances de physiothérapie par an. Aucun suivi particulier en dehors de celui nécessaire à la prescription des traitements ci-dessus n'est justifié sans élément nouveau. Les investigations et traitements proposés par le Dr K._____ concernent la symptomatologie de l'assuré au niveau de la cheville et du pied D. Cette symptomatologie n'est pas en relation avec l'accident ni avec les séquelles de l'accident. La Suva n'a donc pas à entrer en matière.

(...)"

En réaction au rapport du Dr X._____ du 13 avril 2016, le Dr K._____ a exposé dans son rapport de consultation du 10 mai 2016 ce qui suit :

"Je suis un peu surpris de vous voir disséquer le problème des nerfs de la cheville droite des problèmes du genou droit, alors que jusqu'à maintenant il était établi qu'il y avait liaison entre les deux.

Les hypothèses plus probables, au mieux de mes connaissances sont la liaison entre le problème des nerfs de la cheville droite et les problèmes du genou droit :

1. Une souffrance développée au moment de l'accident et moins manifeste en raison des fortes douleurs au genou (et à zéro maintenant),
2. La neuropathie au niveau des nerfs de genou pouvant entraîner des compressions au niveau distal (double crush)
3. L'altération biomécanique (posturale et de marche) ayant "aidé" les développements de cette neuropathie (double crash),
4. Une combinaison des hypothèses 1, 2 et 3.

A noter que le patient n'a pas eu d'autres traumatismes ou raisons (diabète, chimiothérapie, etc.) de développer une neuropathie hormis le problème du genou, et que la neuropathie des nerfs péronier et tibial n'était pas présente avant l'accident.

(...)

J'ai effectué un troisième test d'infiltration du nerf tibial au niveau du tunnel tarsien le 21.04.16, avec résultats encore positif (sic) : rémission temporaire (environ 1 semaine) des douleurs au talon.

Je retiens un diagnostic (sic) de névrome/compression de la branche calcanéenne du nerf tibial au niveau de la cheville droite, pour laquelle une dernière intervention de révision du nerf tibial au niveau de sa branche calcanéenne est indiquée.

(...)"

Dans un avis du 28 mai 2016, le Dr X. _____ a indiqué qu'aucun des arguments retenus par le Dr K. _____ (les hypothèses ci-dessus mentionnées) dans sa lettre du 10 mai 2016 pour expliquer une éventuelle relation entre la symptomatologie de la cheville et du pied droits de l'assuré et l'accident du 6 mars 2013 n'étaient pertinents au vu du déroulement de l'accident et de l'évolution de l'assuré suite à cet accident.

Le 6 juillet 2016, la CNA a rendu la décision suivante :

"Vous nous avez signalé vos troubles de la cheville et du pied droites (sic), qui seraient dus, selon vous, à l'événement du 6 mars 2011. Nous avons par conséquent examiné la documentation médicale et votre droit aux prestations d'assurance.

Un droit aux prestations d'assurance de la Suva existe pour les suites d'un accident couvert par l'assurance, conformément à l'article 4 de la loi sur la partie générale du droit des assurances (sic) (LPGA), ou pour les suites d'une des "lésions corporelles assimilées à un accident" énumérées de manière exhaustive dans l'article 9, al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA).

Toutefois la Suva ne prend en charge une atteinte à la santé que dans la mesure où il existe un lien de causalité prépondérante pour le moins vraisemblable entre cette dernière et un accident couvert par l'assurance.

Il ressort des pièces de votre dossier médical qu'aucun lien de causalité certain, ou du moins probable, ne peut être établi entre l'événement dommageable du 6 mars 2011 et les troubles déclarés.

Par conséquent, en l'absence d'obligation de la Suva, nous ne pouvons pas allouer de prestations d'assurance, ni entrer en matière concernant la prise en charge des investigations et traitements proposés par le Dr K. _____.

(...)

D'autre part, selon l'examen final de notre médecin d'arrondissement du 14 mars 2016 [réd. : recte : 13 avril 2016], ce dernier a révélé que vous n'aviez plus besoin de traitement. Par

conséquent, nous mettons fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au **31.08.2016** au soir. Nous continuerons cependant à prendre en charge le traitement antalgique à base de paracétamol et d'AINS, ainsi que, sur prescription, jusqu'à 2 x 9 séances de physiothérapie par année pour le genou droit.
(...)"

Le 25 juillet 2016, l'assuré a formé opposition à la décision de la CNA du 6 juillet 2016 en faisant valoir que le traitement médical mis en place par le DrK. _____ et proposé par le Dr [...] était clairement en lien avec l'accident du 6 mars 2011. En ce qui concerne le pied droit, l'assuré a exposé que les douleurs étaient apparues après l'opération méniscale subie au genou droit, de sorte que les douleurs actuelles ne pouvaient qu'être en lien avec l'opération prise en charge par la CNA "ou des suites éventuelles d'une erreur médicale".

Par décision sur opposition du 8 septembre 2016, la CNA a refusé d'engager sa responsabilité pour les troubles à la cheville et au pied droits que présente l'assuré. En ce qui concerne le genou droit, la CNA a mis fin au paiement des frais de traitement et au versement de l'indemnité journalière au 31 août 2016 en se référant principalement aux avis médicaux de son médecin d'arrondissement, le Dr X. _____, en particulier celui du 28 mai 2015 dans lequel il "a expliqué d'une manière claire et convaincante pour quelle raison il ne peut pas se rallier à l'avis du Dr K. _____."

B. a) Par acte de son conseil, Me Muriel Vautier, du 10 octobre 2016, complété le 24 octobre suivant, S. _____ a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant principalement à la réforme de la décision litigieuse en ce sens que l'assureur-accidents lui reconnaît le droit à des prestations pour les troubles du pied et de la cheville droits en lien avec l'accident du 6 mars 2011. En substance, se référant aux explications données par le Dr K. _____ et soutenant l'absence totale de motivation de la part du Dr X. _____ quant à l'absence du lien de causalité entre l'accident du 6 mars 2011 et l'atteinte à la santé qu'il présente à la cheville et au pied droits, le recourant requiert la mise en œuvre d'une expertise judiciaire aux fins

essentiellement de déterminer l'existence du lien de causalité naturelle. Subsidiairement, il a conclu à l'annulation de la décision querellée et au renvoi de la cause à l'intimée pour complément d'instruction et nouvelle décision.

b) Par décision du 25 octobre 2016, le juge instructeur a fait droit à la demande d'assistance judiciaire déposée par le recourant le 24 octobre précédent et lui a accordé le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 27 septembre 2016, comprenant l'exonération des frais judiciaires et du versement de franchises ainsi que l'assistance d'un avocat d'office en la personne de Me Muriel Vautier.

c) Dans sa réponse du 21 novembre 2016, la CNA a conclu au rejet du recours et de la mesure d'instruction requise. L'intimée fait valoir que l'appréciation médicale du Dr X. _____ du 23 avril 2016 répondait aux critères jurisprudentiels relatifs à la valeur probante d'un avis médical. Il considère par conséquent que sa position quant à l'inexistence d'un lien de causalité naturelle entre l'événement du 6 mars 2011 et les troubles au pied et à la cheville droits que le recourant présente est bien fondée.

d) En annexe à sa réplique du 2 mars 2017, le recourant a produit des rapports médicaux des Drs R. _____, spécialiste en neurologie, et L. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, lesquels préconisent la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. Le recourant invoque une atteinte intercurrente au sens de l'art. 6 al. 3 LAA, qui, selon les Drs R. _____ et L. _____, constituerait une conséquence iatrogène due aux interventions nécessitées et approuvées par l'intimée.

Dans son rapport du 24 novembre 2016, le Dr R. _____ relevait notamment ce qui suit :

"Sur le plan médical, on est donc face à des séquelles essentiellement iatrogènes sur le plan de la douleur dans le territoire du nerf saphène interne droit développé initialement dans le cadre des interventions du genou nécessitées par l'accident, et avec un renforcement secondaire aux interventions au niveau de la cheville. Les indications restent peu claires par rapport à l'événement

accidentel ainsi que par rapport à l'atteinte du nerf saphène interne au genou, sur la base des documents à ma disposition. Dans ce contexte, on peut donc comprendre sur le plan asséculoologique le refus de l'assurance-accidents de prendre en charge les interventions au niveau de la cheville. Cela dit, en ce qui concerne l'atteinte du nerf saphène interne au genou, il s'agit d'une conséquence au moins indirecte de l'accident, puisque l'atteinte de ce nerf est secondaire aux interventions pratiquées sur le genou du fait de l'accident, avec une composante supplémentaire liée aux interventions neurogènes sur le nerf lui-même. Dans ce sens, il ne me paraît pas forcément adéquat d'avoir clos définitivement le cas sur le plan de l'assurance-accidents puisque la gêne principale du patient est due à l'atteinte du nerf saphène interne du genou, avec une boiterie significative, et certainement une incapacité de travail totale de reprendre son activité de maçon."

Dans son mail du 11 janvier 2017 au conseil du recourant, le DrR._____ insistait sur le fait que les lésions nerveuses douloureuses (nerf sural et cheville) étaient iatrogènes sur les interventions nerveuses périphériques et non directement sur le traumatisme initial.

Dans son rapport du 7 février 2017, le Dr L._____ exposait que lors de son examen, le recourant s'était plaint alors entre autres de douleurs internes au niveau du genou droit, associées à des craquements lors de flexion. Dans son appréciation, le chirurgien orthopédique disait avoir constaté au niveau du genou des séquelles sous forme de limitation de la mobilité, d'une douleur prépondérante fémoro-rotulienne, mais également d'une neuropathie résiduelle du nerf saphène interne. En ce qui concerne l'état de la cheville et du pieds droits, il disait se rallier au consilium du Dr R._____.

e) En duplique, l'intimée a soumis à sa Division médicale les rapports des médecins précités. Elle a produit une appréciation chirurgicale et neurologique du 7 juin 2017 établie par les Drs X._____ et Y._____, spécialiste en neurologie. L'intimée relève que ceux-ci nient l'existence d'un lien de causalité pour le moins probable entre l'accident du 6 mars 2011 et les interventions subies par l'assuré au niveau de ses nerfs fibulaire commun et tibial droits ainsi que la symptomatologie douloureuse qu'il présente au niveau de sa cheville et de son pied droits. Si les deux médecins admettent que les douleurs relevées par le Dr R._____ au niveau du nerf sural et au niveau de la cheville sont des

troubles iatrogènes, ils soutiennent cependant qu'ils ne peuvent pas être mis en relation de causalité pour le moins probable avec l'accident ici concerné, dans la mesure où ils sont très probablement consécutifs aux interventions effectuées au niveau des nerfs fibulaire commun et tibial, interventions qui n'avaient pas de lien de causalité pour le moins probable avec l'accident assuré. L'intimée expose que dans leur appréciation, ses médecins ont toutefois relevé qu'il aurait été utile que le Dr X._____ (qui avait déjà évoqué, suite à son examen du 11 juin 2014, que la relation de causalité entre l'accident du 6 mars 2011 et les neurolyses des nerfs fibulaire commun et tibial à la cheville droite, effectuées le 10 novembre 2014, paraissait peu claire) précise, le 16 juillet 2015, alors qu'il devait se déterminer quant à l'indication à un complément de neurolyse au niveau du genou droit et à une révision de la neurolyse du nerf tibial au niveau de la cheville droite (proposés par le Docteur K._____), que seul un complément de neurolyse dans le territoire du nerf saphène et de ses branches était en relation de causalité pour le moins probable avec l'accident du 6 mars 2011. Enfin, l'intimée fait valoir que son médecin n'a pas été appelé à se déterminer sur l'opportunité de l'intervention réalisée le 10 novembre 2014 par le Dr K._____.

Il ressort de l'appréciation chirurgicale et neurologique des Drs X._____ et Y._____ notamment ce qui suit :

"Nous avons expliqué que les douleurs neuropathiques dans la région du nerf saphène interne au niveau de la face interne du genou droit étaient très probablement en relation avec la voie d'abord antéro-interne d'une ou des deux arthroscopies du genou droit.

Nous avons également démontré que si neuropathie au niveau du nerf fibulaire commun il y avait eu, elle ne pouvait être mise en relation de causalité pour le moins probable avec l'accident. Nous avons enfin bien démontré que l'accident n'avait entraîné aucune lésion structurelle au niveau de la cheville ou du pied droit de l'assuré.

Les éventuels changements posturaux et la boiterie qui ont pu être en relation avec les lésions objectives séquellaires de l'accident du 06.03.2011 ne peuvent quant à eux en aucun cas expliquer ni la symptomatologie douloureuse de l'assuré au niveau de la face interne de sa cheville et de son pied droits ni l'apparition de neuropathie.

Enfin le fait *que le patient n'ait pas eu d'autres traumatismes ou raisons (diabète, chimiothérapie, etc.) de développer une neuropathie hormis le problème du genou, et que la neuropathie des*

nerfs péronier et tibial n'était pas présente avant l'accident n'est pas opportun dans la mesure ou une fois de plus il ne s'est pas agi d'un traumatisme à haute énergie et que si symptomatologie en relation avec une neuropathie des nerfs fibulaire commun et tibial il y a eu, cela ne l'a été qu'à partir d'août 2014 (après l'examen du Docteur C. _____).

En novembre 2016 l'assuré a été examiné par le Docteur R. _____. Si ce dernier reconnaît bien, suite à son examen, une relation de causalité entre l'accident et l'atteinte du nerf saphène interne, il estime que les indications opératoires restent peu claires.

Lors de cet examen l'assuré se plaignait entre autre (sic) de douleurs sur *le trajet du nerf saphène interne droit, depuis le bord latéral interne du genou jusqu'au talon, avec un renforcement net au niveau des cicatrices d'opération au niveau de la cheville.* A l'examen clinique le neurologue à (sic) entre autre (sic) confirmé *une atteinte limitée au territoire du nerf saphène interne droit avec hypoesthésie, qui devient une quasi anesthésie en regard des deux bords de la cicatrice au niveau de la cheville.*

Par un mail de janvier 2017, le neurologue précise que les *lésions nerveuses douloureuses* (que présente l'assuré) (*nerf sural + cheville*) *sont d'origine iatrogène.* Pour rappel nous avons vu que le nerf sural provient du nerf fibulaire commun et qu'il assure l'innervation sensitive de la partie postérieure distale de la jambe, de la malléolaire latérale et du bord latéral du pied. Nous avons également vu que le nerf tibial assure l'innervation sensitive de la face plantaire du pied et que le Docteur K. _____ a abordé 2 fois ce nerf au travers d'incisions rétro-malléolaires internes (*parallèle à 2 cm médiale du tendon d'Achille*) et de la face médiale du pied.

Nous sommes tout à fait d'accord avec cela. Comme nous l'avons *déjà dit*, les douleurs neuropathiques qu'a présenté (sic) l'assuré au niveau de la face interne du genou droit suite à ces arthroscopies étaient probablement en relation avec la voie d'abord antéro-interne de l'une ou des deux arthroscopies. Ces douleurs neurogènes étaient donc des troubles iatrogènes en relation avec la ou les arthroscopies, dans la mesure où suite à ces arthroscopies des adhérences cicatricielles autour du nerf saphène se sont développées et ont donc constitué des complications de ces arthroscopies. L'indication à la neurolyse du nerf saphène interne afin de libérer ces adhérences cicatricielles était justifiée. Suite à cette neurolyse le patient a développé des névromes cicatriciels. Ces névromes et les douleurs neuropathiques consécutives à ces névromes étaient dès lors des troubles iatrogènes consécutifs à la neurolyse du nerf saphène, puisqu'ils sont des complications rare (sic) mais connues de cette intervention. L'indication à l'excision de ces névromes était également justifiée, comme l'était l'indication aux névrectomies du nerf saphène à mi-cuisse et à la neurolyse du nerf infra-patellaire médial, étant donné que l'assuré présentait toujours des douleurs neuropathiques dans le territoire du nerf saphène au niveau de la face interne du genou. Ces douleurs neuropathiques correspondaient à des troubles iatrogènes dans la mesure où elles représentaient des complications d'intervention au niveau du nerf saphène ses branches. Les interventions qui avaient pour but de faire disparaître ces douleurs étaient donc bien en relation de causalité pour le moins probable avec l'accident du 06.03.2011 et ses séquelles.

Les douleurs qu'a relevées le Docteur R. _____ au niveau du nerf sural et au niveau de la cheville sont également des troubles iatrogènes. Ces troubles iatrogènes ne peuvent cependant pas être

mis en relation de causalité pour le moins probable avec l'accident ici concerné dans la mesure où ils sont très probablement consécutifs aux interventions effectuées au niveau des nerfs fibulaire commun et tibial, interventions qui n'avaient pas de lien de causalité pour le moins probable avec cet accident.

En février 2017, l'assuré est examiné par le Docteur L. _____. M. S. _____ se plaint alors entre autres de douleurs internes au niveau du genou droit associées à des craquements lors de flexion et de ne pas pouvoir se mettre à genoux. A l'examen clinique, l'orthopédiste met en évidence au niveau du genou droit, un signe de Tinel positif sur la face interne, des douleurs à la palpation de la facette rotulienne interne, une flexion maximale provoquant des douleurs antéro-internes et une flexion légèrement limitée (110° à D contre 135° à G).

Cet examen évoque la possible présence de douleurs neuropathiques dans le territoire du nerf saphène au niveau de la face interne du genou droit (signe de Tinel positif sur la face interne du genou). Les douleurs à la palpation de la facette rotulienne interne, la flexion maximale légèrement limitée et provoquant des douleurs antéro-internes évoquent les répercussions cliniques de la légère arthrose fémoro-patellaire et fémoro-tibiale interne connue.

Cet examen du Docteur L. _____ est tout à fait superposable à celui du Docteur X. _____ de mars 2016, en dehors du fait que le médecin d'arrondissement n'avait pas mis en évidence de signe de Tinel sur la face interne du genou dans la mesure où *...L'examen clinique est comme il l'était déjà lors de l'examen à l'agence du 11.06.2015, très difficile, le patient étant très contracté avec douleurs ou peur que je lui fasse mal à la moindre palpation ou mobilisation du MID.*

Le Docteur R. _____ n'avait pas non plus mis en évidence de signe de Tinel au niveau de la face interne du genou lors de son examen de novembre 2016, mais seulement à ce niveau *une atteinte limitée au territoire du nerf saphène interne droit avec hypoesthésie, qui devient une quasi anesthésie en regard des deux bords de la cicatrice au niveau de la cheville.*

Si l'apparition de nouvelles douleurs neuropathiques dans le territoire du nerf saphène est toujours possible dans de tels cas, il faut remarquer que ni le Docteur R. _____ ni le Docteur L. _____ ne retiennent d'indication à une nouvelle intervention chirurgicale. Nous ne pouvons qu'être d'accord avec ces deux spécialistes, étant donné le résultat très décevant des interventions nerveuses périphériques effectuées jusqu'ici chez l'assuré.

Ainsi, si de nouvelles douleurs neuropathiques dans le territoire du nerf saphène droit sont apparues depuis mars ou novembre 2016, la situation reste malgré tout stabilisée puisqu'aucun traitement particulier n'est indiqué à ce niveau et que ces douleurs neuropathiques dans le territoire du nerf saphène interne au niveau de la face interne du genou droit ne peuvent pas justifier ni de limitations fonctionnelles supplémentaires à celles déterminées par le Docteur X. _____ en mars 2016, (...).

Conclusion

Les séquelles objectivables de l'accident du 06.03.2011 sont un status après deux arthroscopies du genou droit avec résections méniscales partielles interne et externe, une arthrose fémoro-patellaire et fémoro-tibiale interne légère associée à un trouble sensitif dans le territoire du nerf saphène droit séquellaire, lui, de 4 interventions au niveau de ce nerf et de ces branches.

L'accident du 06.03.2011 n'a entraîné aucune lésion structurelle au niveau de la cheville ou du pied droit et la symptomatologie que présente l'assuré au niveau de sa cheville et de son pied droits est très probablement séquellaire de la neurolyse du nerf fibulaire commun droit et de la neurolyse du nerf tibial à la cheville droite du 10.11.2014 ainsi que de la neurolyse du nerf tibial dans le tunnel tarsien droit du 10.08.2015.

Ces interventions n'ayant pas de rapport de causalité pour le moins probable avec l'accident du 06.03.2011, la symptomatologie que présente l'assuré au niveau de sa cheville et de son pied droits ne sont pas à la charge de la Suva."

g) Dans ses déterminations du 29 juin 2017, le recourant conteste les conclusions de l'appréciation médicale produite par l'intimée, maintient tant ses conclusions au fond que sa requête tendant à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire, à tout le moins bidisciplinaire (neurologique et orthopédique).

C. Le 5 mars 2018, le conseil du recourant a produit la liste des opérations réalisées par elle-même (6 heures 35) et sa stagiaire (22 heures 06) dans le cadre de la présente procédure de recours.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAA). 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 cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, 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).

c) En l'espèce, le recourant est domicilié dans le canton de Vaud. Son recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent; en particulier, il a été motivé par le conseil du recourant dans le délai qui lui avait été imparti pour ce faire. Satisfaisant en outre aux autres conditions de forme, il est recevable.

2. Est seule litigieuse la question de l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident du 6 mars 2011 et les troubles du pied et de la cheville droits que présente le recourant. Ce dernier expose également ne pas contester la décision par laquelle l'intimée a mis fin aux indemnités journalières en ce qui concerne les atteintes au genou, dans la mesure où toute intervention était déconseillée malgré la persistance des douleurs et qu'une nouvelle décision statuant sur le droit à la rente LAA et à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité avait été rendue et suspendue dans l'attente du présent arrêt.

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. L'assuré a notamment le droit au traitement approprié des lésions résultant de l'accident et à une indemnité journalière s'il est totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident (cf. art. 10 al. 1 et 16 al. 1 LAA). L'assurance alloue en outre ses prestations pour les lésions causées à l'assuré victime d'un accident lors du traitement médical (art. 6 al. 3 LAA).

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche,

que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration, le cas échéant le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans le droit des assurances sociales. Lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut 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 et les références citées; TF 8C_36/2017 du 5 septembre 2017 consid. 3.1).

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; TF 8C_464/2014 du 17 juillet 2014 consid. 3.2). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement 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; TF 8C_283/2017 du 26 novembre 2017 consid. 4.2).

c) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et les références citées; TF 8C_727/2016 du 20 octobre 2017 consid. 3). En matière de troubles physiques, la causalité

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

4. D'après le principe de la 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. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans 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 comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance 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; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

5. Le recours devant le tribunal cantonal des assurances est une voie de droit ordinaire possédant un effet dévolutif : un recours présenté dans les formes requises a pour effet de transférer à la juridiction cantonale la compétence de statuer sur la situation juridique objet de la décision attaquée. L'administration perd la maîtrise de l'objet du litige, en particulier celle des points de fait susceptibles de fonder la décision attaquée. Conformément à la maxime inquisitoire applicable, il appartient à l'autorité de recours d'établir d'office les faits déterminants pour la solution du litige et d'administrer les preuves nécessaires. Si l'état de fait doit être complété, elle est libre de procéder elle-même aux mesures d'instruction nécessaires ou d'annuler la décision attaquée et de renvoyer

le dossier à l'administration pour qu'elle s'en charge. Après le dépôt d'un recours, il n'est en principe plus permis à l'administration d'ordonner de nouvelles mesures d'instruction qui concerneraient l'objet du litige et tendraient à une éventuelle modification de la décision attaquée (ATF 127 V 228 consid. 2b/aa p. 231 et les références).

Le principe de l'effet dévolutif du recours connaît une exception, en tant que l'administration peut reconsidérer sa décision jusqu'à l'envoi de son préavis à l'autorité de recours (art. 53 al. 3 LPGA). Pour des motifs liés à l'économie de procédure, il se justifie en effet de permettre à l'administration de revenir *lite pendente* sur sa décision, lorsque celle-ci s'avère, à la lecture de l'acte de recours, manifestement erronée. De fait, le droit fédéral n'exclut pas nécessairement la mise en œuvre par l'administration de mesures d'instruction *lite pendente*. Pour répondre à la question de savoir quels sont les actes encore admissibles à ce stade de la procédure, il convient d'examiner l'importance que revêt l'acte pour la solution du litige et le temps nécessaire pour y procéder. Des mesures d'instruction portant sur des aspects ponctuels, tels que le fait de requérir une attestation ou un certificat, ou de demander des précisions à un médecin ou une autre personne susceptible de fournir des renseignements sont en règle générale admissibles; tel n'est en revanche pas le cas de la mise en œuvre d'une expertise médicale ou d'une mesure d'instruction similaire, compte tenu de leur portée sur l'état de fait à juger. Eu égard au temps nécessaire à l'administration d'un tel moyen de preuve, on ne saurait par ailleurs parler d'un acte justifié par des motifs liés à l'économie de procédure, ce d'autant qu'une décision de renvoi, qui a l'avantage de pouvoir être rendue rapidement, permet de créer une situation claire sur le plan procédural (ATF 127 V 228 consid. 2b/bb p. 232 et les références).

D'autres motifs militent en faveur d'une approche restrictive quant à la possibilité pour l'administration de revenir *lite pendente* sur une décision qu'elle a rendue. Quand bien même la partie adverse ou d'autres participants à la procédure acquiesceraient à la mise en œuvre de mesures d'instruction supplémentaires, il n'est pas admissible que la

partie recourante puisse voir ses droits de procédure être restreints (ATF 127 V 228 consid. 2b/bb p. 234 et les références) ou que la réglementation en matière de frais et dépens puisse être éludée par cette manière de procéder (ATF 132 V 215 consid. 6.2 p. 235 et les références).

6. En l'espèce, l'intimée a sollicité un avis à son service médical, soit au Dr X._____, à la suite de la production par le recourant au stade de la réplique des rapports des Drs R.____ et L._____. Or, à la lecture de cette évaluation médicale, on constate que le Dr X._____ s'est adjoint les services d'un neurologue, en la personne du Dr Y._____. Cette appréciation médicale contient une anamnèse médicale très circonstanciée, une appréciation comportant une explication détaillée de l'innervation sensitive de la jambe avec des graphiques à l'appui, l'examen, selon la doctrine précitée, de l'effet de chaque opération sur chaque nerf et la conclusion que seules les conséquences iatrogènes (troubles sensitifs dans le territoire du nerf saphène droit) consécutives aux interventions qui ont eu lieu dans le territoire du nerf saphène et de ses branches au niveau de la face interne du genou droit sont à prendre en compte par l'assurance-accidents. Par contre, les conséquences iatrogènes au niveau de la cheville et pied droits ne seraient pas dues aux interventions sur le nerf saphène, mais à celles sur les nerfs tibial et fibulaire, interventions qui n'étaient pas en rapport avec l'accident selon les Drs X._____ et Y._____.

Cette conclusion est contraire aux avis des Drs K._____ et R._____ qui, pour le premier, atteste le lien entre les problèmes des nerfs de la cheville droite et du genou droit et, pour le second, le renforcement des douleurs dans le territoire du nerf saphène interne dû aux interventions au niveau de la cheville (rapports du 10 mai 2016 et du 24 novembre 2016). Le Dr R._____ constate en effet que la gêne principale du patient est due à l'atteinte du nerf saphène interne du genou, avec une boiterie significative, et certainement une incapacité de travail totale pour reprendre une activité de maçon. La Cour de céans relève que le Dr R._____ n'a pas été interpellé sur les distinctions qu'opère l'intimée, respectivement les Drs X._____ et Y._____, sur les

conséquences iatrogènes des différents nerfs. A cela s'ajoute le fait que le CNA a garanti le 20 juillet 2015 la prise en charge de la révision de la neurolyse du nerf tibial au niveau de la cheville droite du 10 août 2015. On rappellera que le Dr X._____ a seulement émis un doute dans un premier temps sur l'existence du lien de causalité entre l'intervention du 10 novembre 2014 concernant la neurolyse du nerf péronier commun et du nerf tibial à la cheville droite avec l'accident (lien paraissant nettement moins clair selon son rapport du 11 juin 2015). Il ne l'a nié qu'au moment d'établir son rapport final, à savoir le 13 avril 2016, puis le 28 mai 2016 à la suite de la réaction du Dr K._____ à ce rapport (courrier du 10 mai 2016).

Au vu de l'ensemble des éléments précités, il apparaît que l'appréciation médicale de la CNA dépasse largement le cadre de mesures d'instructions ne portant que sur des aspects ponctuels et qui permet à l'assureur d'instruire *pendente lite* (TF, 9C_403/2010 du 31 décembre 2010 consid. 3.2). Elle s'apparente plutôt à une expertise mise en œuvre par l'administration, nonobstant le fait qu'elle soit adressée au service médical de la CNA, ce en quoi elle viole les droits procéduraux de l'assuré (TF, 9C_403/2010 précité). En effet, si l'on considère qu'il s'agit d'une expertise administrative au sens de l'art. 44 LPGA, le fait de verser ce document en procédure cantonale a fait perdre à la partie recourante une instance de recours. De plus, l'assuré n'a notamment pas eu l'occasion de poser des questions en se référant par exemple aux avis médicaux du Dr R._____, de sorte que ses droits procéduraux ont été violés. Pour ce motif déjà, l'appréciation des Drs X._____ et Y._____ ne saurait être prise en compte par la Cour de céans pour statuer sur le présent recours.

Au surplus, on ne saurait accorder une valeur probante à cette appréciation des Drs X._____ et Y._____. Le médecin d'arrondissement avait en effet déjà examiné l'assuré et n'allait pas se contredire. Par ailleurs, pour émettre son appréciation, l'intimée n'a pas non plus fait procéder à un réexamen de l'assuré, de sorte qu'on ignore ce qu'il advient du signe de Tinel relevé par le Dr L._____ dans le dernier examen physique de l'assuré en février 2017. A cela s'ajoute le fait que les

Drs R. _____ et L. _____ ont constaté de manière concordante que les douleurs et limitations au niveau du genou persistaient alors que les Drs X. _____ et Y. _____ ont retenu que les douleurs neuropathiques du genou droit ne justifiaient pas de limitations fonctionnelles supplémentaires. Avec ce constat, les Drs X. _____ et Y. _____ se prononcent sur une question - la capacité de travail résiduelle du recourant - qui ne fait pas l'objet du présent litige. Pour rappel, la procédure portant sur la rente et l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est suspendue. L'effet dévolutif du recours (cf. consid. 5) a justement pour fonction d'empêcher l'administration de trancher des points de fait qui ne font pas l'objet de la décision attaquée. Partant, l'instruction de l'intimée est lacunaire et l'état du dossier ne permet pas de statuer sur la présente cause. Dans ces conditions, il convient d'admettre le recours, d'annuler la décision entreprise et de renvoyer la cause à l'intimée - à qui il appartient au premier chef d'instruire selon l'art. 43 al. 1 LPGA - pour instruction complémentaire, sous la forme de la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire (orthopédique et neurologique, étant réservée toute autre mesure jugée nécessaire à l'évaluation du cas) afin de déterminer les atteintes éventuelles relevant de ces différentes spécialités, leur interaction entre elles, ainsi que leur relation avec l'accident du 6 mars 2011, en particulier de clarifier la question du lien de causalité entre les troubles du pied et de la cheville droit et l'accident. Dite expertise devra être confiée à des spécialistes ne s'étant pas encore prononcés dans la présente cause. Il appartiendra ensuite à l'intimée de statuer à nouveau sur le droit aux prestations de l'assuré.

7. a) La procédure étant en principe gratuite, il n'est pas prélevé de frais judiciaires (art. 61 let a LPGA).

b) Aux termes de l'art. 61 let. g LPGA, le recourant, qui obtient gain de cause, a droit au remboursement de ses frais et dépens dans la mesure fixée par le tribunal, leur montant devant être déterminé sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige.

En l'occurrence, le recourant, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens qu'il convient de fixer à 3'000 fr. (10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative; RSV 173.36.5.1]; TF, I 74/07 consid. 5), et de les mettre à la charge de l'intimée.

c) Lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, est supportée par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC). Le défenseur d'office a droit au remboursement de ses débours et à un défraiement équitable, qui est fixé en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps qu'il y a consacré. Le juge apprécie l'étendue des opérations nécessaires pour la conduite du procès et applique un tarif horaire de 180 francs s'agissant d'un avocat et de 110 fr. s'agissant d'un avocat-stagiaire (art. 2 al. 1 let. a et b RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile; RSV 211.02.3]).

La liste des opérations produite par Me Muriel Vautier a été contrôlée au regard de la conduite du procès. Le nombre d'heures indiqué rentre globalement dans le cadre de l'accomplissement du mandat confié. Il en résulte que le montant total de l'indemnité couvrant le défraiement, par 3'590 fr. (1'170 fr. pour les opérations effectuées par Me Vautier auxquels s'ajoutent les 2'420 fr. pour les opérations effectuées par l'avocate-stagiaire), et les débours, par 100 fr. (forfait fixé selon l'art. 3 al. 3 RAJ), doit être arrêté à 3'985 fr. 20, TVA par 8 % comprise, pour l'ensemble de l'activité déployée dans la présente cause.

Il sera encore précisé que l'indemnité de dépens devra être imputée sur le montant de l'indemnité d'office versée à Me Vautier au titre de l'assistance judiciaire.

La rémunération de l'avocat d'office est provisoirement supportée par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu d'en rembourser le montant dès qu'il sera en mesure de le faire (art.

123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ).

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision sur opposition rendue le 8 septembre 2016 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.

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

- IV. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents doit verser à S._____ une indemnité de dépens de 3'000 fr. (trois mille francs) à titre de dépens.

- V. Il est alloué à Me Muriel Vautier, conseil d'office de la partie recourante, une indemnité fixée, après déduction des dépens précités, à 985 fr. 20 (neuf cent huitante-cinq francs et vingt centimes), TVA et débours compris.

- VI. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement de l'indemnité de conseil d'office, laquelle est mise provisoirement à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Muriel Vautier, avocate à Lausanne (pour le recourant),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, à Lucerne,
- Office fédéral de la santé publique, à Berne,

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 :