

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 9 mai 2018

---

Composition : Mme DESSAUX, présidente  
MM. Métral, juge, et Reinberg, assesseur  
Greffier : M. Addor

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

J. \_\_\_\_\_, à l. \_\_\_\_\_, recourant, représenté par Me Paul-Arthur Treyvaud,  
avocat à Yverdon-les-Bains,

et

**CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS**, à  
Lucerne, intimée, représentée par Me Didier Elsig, avocat à Lausanne.

---

**Art. 6, 7, 8 et 16 LPGA ; 6 al. 1, 18 al. 1, 24 et 25 LAA**

**E n f a i t :**

**A.** Par contrat de mission conclu le 29 juin 2011 avec l'agence de placement L.\_\_\_\_\_ SA, J.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1979, a été engagé en qualité d'ouvrier dans le secteur de la construction pour le compte de la société K.\_\_\_\_\_ SA. La mission débutait le 30 juin 2011. A ce titre, il était assuré contre les accidents auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 1<sup>er</sup> juillet 2011, l'assuré a été victime d'un accident sur son lieu de travail ; en sautant d'un mur, il a subi une fracture de la base des deuxième, troisième et quatrième métatarsiens du pied gauche lors de sa réception au sol. Il a présenté une incapacité de travail totale depuis lors. La reprise du travail était attendue dans un délai de 4 mois suivant l'accident (avis du 14 septembre 2011 du Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la CNA).

Dans un rapport médical du 24 septembre 2011, la Dresse B.\_\_\_\_\_, alors médecin assistante, a évoqué un probable Sudeck (algoneurodystrophie, syndrome douloureux régional complexe [ci-après : SDRC] ou complex regional pain syndrom [ci-après : CRPS]) débutant.

Le 3 avril 2012, l'assuré est tombé dans les escaliers à son domicile. Cette chute a entraîné une fracture de la tête radiale du coude droite.

L'assuré a séjourné à la Clinique P.\_\_\_\_\_ du 8 août 2012 au 18 septembre 2012. Dans leur rapport du 12 octobre 2012, les Drs R.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_, respectivement chef de clinique adjoint et médecin assistant, ont notamment posé les diagnostics de fractures des deuxième, troisième et quatrième métatarsiens du pied gauche le 1<sup>er</sup> juillet 2011 ainsi que de fracture de la tête radiale droite le 3 avril 2012, toutes deux traitées conservativement. S'agissant de la capacité de

travail, ils ont considéré qu'elle était nulle dans la profession de maçon du 8 août 2012 au 18 octobre 2012, date à laquelle l'exigibilité devait être réévaluée. Ils ont conclu leur rapport en ces termes :

« Au total, 14 mois après une fracture des 2<sup>e</sup>, 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> métatarsiens traitées conservativement, il persiste des douleurs, prédominant en regard du Lisfranc interne. Le bilan radiologique réalisé durant le séjour montre une bonne consolidation des fractures avec un léger remaniement de la base du 2<sup>e</sup> métatarsien. Il n'y a pas de signe évoquant une algodystrophie actuellement. Au terme du séjour, subjectivement, le patient annonce pouvoir charger un peu plus sur son pied. Objectivement, il y a une amélioration de la charge, du périmètre de marche et de la proprioception. Le chaussage a été adapté. Il n'y a pas de limitation observée au coude droit. Sur le plan psychiatrique, le diagnostic d'épisode dépressif sévère est retenu. Un traitement de Cipralax a été introduit et un suivi spécialisé est proposé. La situation médicale n'est pas stabilisée. On peut encore s'attendre à une amélioration de la mise en charge sur le pied gauche dans les prochains mois. En cas d'absence d'évolution, une infiltration du ligament du Lisfranc pourrait être proposée. Des facteurs contextuels participent à l'évolution lente de la situation. Le patient devrait être revu à l'agence d'ici la fin de l'année. »

Dans l'intervalle, l'assuré a déposé, en date du 6 juin 2012, une demande de prestations de l'assurance-invalidité. Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI) a mis en œuvre une expertise psychiatrique, qu'il a confiée au Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 13 mars 2013, l'expert a posé les diagnostics de dysthymie/dysphorie, accentuation de certains traits de personnalité, en l'occurrence dans le sens d'une personnalité passive agressive, et de processus d'invalidation. Il a par ailleurs qualifié de temporaire l'atteinte psychique signalée précédemment par le médecin traitant et s'est exprimé comme suit en conclusion de son rapport :

« L'analyse a montré que l'assuré est non observant pour la prescription d'antidépresseur. Si son état était théoriquement considéré comme davantage perturbé, il existe de ce fait une large marge d'influence thérapeutique, ceci sous condition que l'assuré veut bien collaborer. De toute manière, la situation sur le plan thymique est nettement améliorée par rapport au constat fait à la Clinique P.\_\_\_\_\_.

Nous n'avons pas constaté d'autres pathologies significatives et les parties subjectives et comportementales relativisent de plus la portée des diagnostics médicaux.

En conséquence, il n'existe pour notre partie psychiatrique aucune raison de retenir une incapacité de travail voire diminution de rendement. Quand les activités adaptées et exigibles seront déterminées au point de vue somatique, l'assuré sera apte à s'insérer d'un point de vue psychique. On pourrait même formuler qu'une réinsertion professionnelle aura certainement une influence positive sur l'état de morosité actuelle.

En ce qui concerne le passé, nous ne pensons pas qu'il y avait une période prolongée d'incapacité de travail pour des raisons psychiatriques. A l'instar des constats lors de l'hospitalisation, l'état psychique momentanément perturbé était assez vite amélioré (dans un laps de temps de quelques mois).

(...) »

Le Dr Y.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation ainsi qu'en rhumatologie et médecin d'arrondissement auprès de la CNA, a procédé à l'examen de l'assuré en date du 21 janvier 2013. Ayant considéré dans son rapport daté du lendemain que la situation médicale de l'intéressé n'était toujours pas stabilisée au vu de la pérennisation des douleurs, il a demandé une consultation orthopédique spécialisée du pied.

L'assuré a dès lors été pris en charge par le Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Les examens radiologiques et d'imagerie requis par ce médecin ont révélé une arthrose post-traumatique active entre le cunéiforme interne et la base du deuxième métatarsien associée à une arthrose métatarsienne du premier rayon du pied gauche (cf. compte-rendu du 27 mars 2013 de l'examen d'imagerie nucléaire tomographique et scintigraphie osseuse planaire avec perfusion pratiqué le même jour). Au vu de ce bilan, le Dr W.\_\_\_\_\_ a préconisé une arthrodèse du Lisfranc médial du pied gauche (cf. courrier du Dr W.\_\_\_\_\_ au Dr Y.\_\_\_\_\_ du 26 avril 2013).

Cette intervention chirurgicale a été effectuée par ses soins en date du 22 mai 2013.

Le 5 juin 2014, le Dr W.\_\_\_\_\_ a procédé à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse.

Dans un rapport médical du 18 août 2014, le Dr W.\_\_\_\_\_ a fait état d'une évolution mitigée en raison de la persistance des douleurs induites par la cicatrice opératoire, de telle sorte qu'il a prescrit des séances d'ergothérapie à but de désensibilisation.

Une IRM lombaire du 25 novembre 2014 a mis en évidence un canal lombaire étroit L4-L5 et, à moindre mesure, L2-L3 d'origine mixte avec protrusion discale et arthrose interfacettaire.

Formulant l'hypothèse que les douleurs seraient dues à un problème de nerfs, le Dr W.\_\_\_\_\_ a adressé l'assuré au Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie. Dans son rapport du 4 décembre 2014, ce dernier a notamment posé le diagnostic de troubles sensitifs et douleurs à caractère neurogène au membre inférieur gauche, à prédominance distale, d'origine pluriradiculaire probable, sur canal lombaire étroit L4-L5 et L2-L3 ainsi que celui de status post fracture de Lisfranc du pied gauche accidentelle avec arthrose douloureuse post-traumatique. N'étant pas en mesure de formuler de conclusions quant à l'origine des troubles sensitifs et des douleurs à caractère neurogène du membre inférieur gauche, il a retenu l'indication à un électroneuromyogramme prévu le 12 janvier 2015.

L'évaluation électro-clinique du membre inférieur gauche a été pratiquée le 8 janvier 2015 par le Dr A.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie. Il a mentionné des troubles sensitifs au niveau du pied gauche dans le territoire du nerf musculo-cutané gauche sans déficit moteur objectif, relevant en outre des signes compatibles avec une discrète perte axonale des fibres sensibles du nerf péronier gauche périphérique.

En raison de douleurs à la hanche gauche, le Dr W.\_\_\_\_\_ a demandé au Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie, de procéder à une infiltration au niveau du canal lombaire étroit, laquelle a été effectuée par ses soins en date du 2 février 2015.

Dans un rapport du 10 mars 2015, le Dr N.\_\_\_\_\_ a proposé à la CNA la prise en charge d'un test de stimulation médullaire dans un possible contexte de CRPS du pied gauche ne répondant pas aux traitements déjà tentés.

La CNA a soumis cette demande au Dr U.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie et médecin au Centre de compétence de médecine des assurances de la CNA, lequel a conclu en ces termes son appréciation neurologique datée du 1<sup>er</sup> avril 2015 :

« Monsieur J.\_\_\_\_\_ souffre de douleurs permanentes au pied consécutives à des fractures des métatarsiens du pied gauche, à une arthrodèse de l'articulation de Lisfranc et à un retrait du matériel d'ostéosynthèse. Elles présentent certaines caractéristiques d'un SDRC. D'après le Dr N.\_\_\_\_\_, thérapeute de la douleur traitant, le diagnostic de SDRC est seulement possible. Il convient de préciser que l'assuré est sous traitement médicamenteux et par infiltrations en raison de douleurs persistantes dans la hanche et la région lombaire. Une comorbidité psychiatrique importante est présente.

Le diagnostic de SDRC est certes éligible pour l'application d'une neurostimulation épidurale (...). Compte tenu de la constellation globale (dans laquelle le SDRC est seulement possible), de la progression des douleurs et des graves facteurs psychologiques. Monsieur J.\_\_\_\_\_ ne semble toutefois par être un candidat adéquat pour cette procédure thérapeutique.

(...)

Compte tenu de l'évolution globale, le traitement de l'assuré par neurostimulation épidurale ne peut pas être recommandé d'un point de vue neurologique. »

Dans son évaluation complémentaire du 21 octobre 2015, le Dr U.\_\_\_\_\_ a confirmé son refus en l'absence de faits médicaux nouveaux, tout en précisant que la neurostimulation n'était pas indiquée pour le traitement des douleurs nociceptives liées à l'arthrose.

Entre-temps, le Dr Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a adressé à la CNA un rapport daté du 12 février 2015, dans lequel il a posé les diagnostics de trouble dépressif moyen et de traits de la personnalité anxieuse et dépendante. Les consultations étaient

hebdomadaires et, à lire le rapport, la capacité de travail serait nulle. Il a qualifié la situation de complexe et émis un pronostic réservé.

Le 30 novembre 2015, le Dr Q. \_\_\_\_\_ a procédé à l'examen médical final de l'assuré. Dans son rapport daté du même jour, il s'est exprimé comme suit sous l'intitulé « Appréciation » :

« (...) »

L'examen est marqué par des hyper-réactions et manifestations ostentatoires de douleur. On relève une discordance entre le déficit fonctionnel affiché et l'absence d'amyotrophie significative d'épargne des membres inférieurs. On note en revanche une asymétrie de la coloration et de la température du pied avec érythrose et légère froideur cutanée à gauche par rapport au côté droit. La mobilisation de la cheville et du pied déclenche des douleurs. On relève une très vive hyper-réaction douloureuse à la manœuvre de Lasègue à gauche. On note également une diminution de la sensibilité du bord externe du membre inférieur gauche se prolongeant jusqu'au dos du pied. Légère diminution de la mobilité tibio-tarsienne. En revanche, pas d'amyotrophie significative du mollet ou des cuisses à la mesure des périmètres.

Pas de douleur ni limitation à la mobilisation des coudes.

L'imagerie au PACS à disposition démontre un status après arthrodèse du Lisfranc.

Sur le plan médical : la situation peut être considérée comme stabilisée sur le plan des séquelles de la fracture du pied gauche survenue en 2011 et ayant conduit à l'arthrodèse du Lisfranc. Les séquelles de cette atteinte relèvent pour l'instant de traitements symptomatiques médicamenteux de la douleur et du port de semelles plantaires ou de semelles orthopédiques.

On soulignera que la symptomatologie douloureuse du membre inférieur gauche décrite par l'assuré dépasse largement la topographie du pied et la vive douleur à la manœuvre de Lasègue à gauche ne permettent pas d'exclure une composante radiculaire chez un patient présentant un canal lombaire étroit. Cette atteinte ne relève cependant pas de l'accident. Des facteurs non organiques ont vraisemblablement également une influence sur le tableau douloureux invalidant actuel. Nous ne nous prononçons pas ici sur l'adéquation entre la problématique d'ordre psychiatrique et l'accident et ne retenons a priori pas de relation de causalité naturelle avec ce dernier.

Sur le plan de la capacité de travail : si l'on se fonde exclusivement sur les séquelles somatiques de l'accident, cet assuré pourrait d'ores et déjà mettre en valeur une pleine capacité de travail dans une activité partiellement sédentaire n'exigeant pas des déplacements fréquents prolongés ou en terrain irrégulier. Nous ne tenons pas compte ici de l'incapacité de travail pouvant résulter des

comorbidités sans relation de causalité avec l'accident. L'estimation de l'atteinte à l'intégrité fait l'objet d'une appréciation séparée. »

Par courrier du 28 novembre 2016, la CNA a annoncé à l'assuré qu'elle allait mettre un terme au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 31 décembre 2016, motif pris que la situation médicale pouvait être considérée comme stabilisée. Elle a par ailleurs indiqué qu'elle examinerait le droit à d'autres prestations d'assurance à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2017.

Dans un rapport médical du 9 décembre 2016, le Dr W. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de status post arthrodèse et Lisfranc du pied gauche en 2013 et d'algoneurodystrophie du membre inférieur gauche post traumatique. Ayant constaté que la situation n'avait guère évolué du point de vue des douleurs, il a proposé à l'assuré des traitements par physiothérapie et ergothérapie afin de voir dans quelle mesure elles seraient susceptibles d'être soulagées.

Par décision du 12 janvier 2017, la CNA a alloué à l'assuré une rente d'invalidité de 14% à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017. Elle a retenu un revenu sans invalidité de 5'539 fr. et un revenu d'invalidité de 4'769 fr. dans une activité adaptée, se fondant en cela sur cinq descriptifs de postes de travail (ci-après : DPT). Elle a également octroyé à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 17,5%.

L'assuré s'est opposé à cette décision en date du 13 février 2017. Il a fait état de douleurs à la marche ainsi que de l'impossibilité de charger son pied gauche, sous peine de douleurs dans le membre inférieur gauche. En outre, ce pied enflait au moindre effort. Dans ces conditions, il considérait que son incapacité de travail était d'au moins 50%. Quant au taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, il estimait qu'il était trop faible compte tenu de ses douleurs à la jambe, de sorte qu'il devrait être porté à 30%.

Statuant sur cette opposition, la CNA l'a rejetée par décision sur opposition du 16 février 2017. Tout en relevant que la reprise du

travail habituel dans la construction n'était plus exigible, elle s'est fondée sur les conclusions de son médecin d'arrondissement selon lequel, dans une activité partiellement sédentaire et ne comportant pas de déplacements fréquents prolongés ou en terrain irrégulier, la capacité de travail de l'assuré était entière. Le Dr Q.\_\_\_\_\_ a par ailleurs précisé que la symptomatologie douloureuse décrite qui dépassait largement le pied gauche ainsi que la vive douleur à la manœuvre de Lasègue ne permettaient pas d'exclure une composante radiculaire chez un assuré présentant un canal lombaire étroit. En outre, des facteurs non organiques avaient vraisemblablement une influence sur le tableau douloureux. Sous l'angle économique, elle a confirmé la comparaison des revenus avec et sans invalidité telle qu'effectuée, laquelle n'avait au demeurant pas été contestée. Quant au taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, la CNA a expliqué que l'arthrodèse du Lisfranc ouvrait le droit à une telle prestation à hauteur de 15%, le Dr Q.\_\_\_\_\_ ayant majoré ce taux de 2,5% en raison du déficit sensitif pouvant être attribué à une atteinte distale sensitive du nerf péronier gauche.

**B.** Par acte du 20 mars 2017, J.\_\_\_\_\_ a déféré cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud, concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à l'octroi d'une rente d'invalidité de 50% et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 30%, subsidiairement à son annulation et au renvoi du dossier à la CNA pour complément d'instruction. A titre de mesure d'instruction, il a sollicité une expertise, au motif qu'il n'avait jamais été vu par un médecin extérieur à la CNA et qu'il était inadmissible d'exclure le lien de causalité avec l'accident sans expertise. Sur le fond, il a contesté le revenu avec invalidité au motif qu'il n'existait pas sur le marché du travail d'emploi compatible avec ses atteintes et limitations fonctionnelles. Quant à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, elle devrait être plus élevée que celle accordée en raison des douleurs à la jambe.

Dans sa réponse du 23 juin 2017, la CNA a conclu au rejet du recours. S'appuyant sur le rapport d'examen médical final du 30 novembre 2015 de son médecin d'arrondissement, elle a relevé que celui-

ci avait conclu à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Dans ce contexte, il importait peu qu'une personne marche avec une canne ou deux cannes, dans la mesure où elle était à même d'exercer en plein une activité essentiellement en position assise. Au demeurant, les éléments au dossier ne permettaient pas d'admettre que les seules suites de l'accident empêchaient l'assuré de marcher sans cannes. Lors de son examen médical final, le Dr Q.\_\_\_\_\_ avait du reste constaté une discordance entre le déficit fonctionnel affiché et l'absence d'amyotrophie significative d'épargne des membres inférieurs. Ainsi, le gain d'invalidé tel qu'arrêté dans la décision sur opposition litigieuse ne prêtait par le flanc à la critique, dès lors que les DPT choisis étaient adaptés au handicap de l'assuré. Il en allait de même s'agissant du taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité en l'absence de justification scientifique apportée par ce dernier.

Dans ses déterminations complémentaires du 21 août 2017, le recourant a allégué souffrir encore d'importantes séquelles, loin d'être stabilisées, se prévalant sur ce point du rapport de la Clinique P.\_\_\_\_\_ du 12 octobre 2012. Il a déclaré maintenir les conclusions de son recours.

Tout en renonçant au dépôt d'une duplique, la CNA a fait savoir, le 1<sup>er</sup> septembre 2017, qu'elle confirmait ses conclusions.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]).

Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 al. 1 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)** Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment 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 recours, interjeté en temps utile devant le tribunal compétent, respecte les autres conditions de forme prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA et 79 LPA-VD), de sorte qu'il est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

**2.** Le litige porte sur l'étendue du droit du recourant aux prestations de l'intimée à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017 en relation avec l'accident du 1<sup>er</sup> juillet 2011, étant précisé que les suites de l'accident du 3 avril 2012 ne sont pas litigieuses.

**a)** En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement, d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Les conclusions du recours déterminent, dans le cadre de l'objet de la contestation, le rapport juridique qui reste litigieux (objet du litige). Selon cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige coïncident souvent. Ils sont identiques si la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés

sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 413 consid. 1b et 2 avec les références citées ; Ulrich Meyer/Isabel von Zwehl, L'objet du litige en procédure de droit administratif fédéral, in : Mélanges en l'honneur de Pierre Moor, Berne 2005, p. 440).

Les différents aspects de la motivation d'une décision font partie de l'objet du litige sur lequel le juge peut être appelé à se prononcer, quand bien même ils ne seraient pas formellement contestés, pour autant que cette motivation concerne l'un des rapports juridiques tranchés dans le dispositif de la décision et contestés par le recourant. Le tribunal ne se prononce toutefois sur les éléments qui forment l'objet du litige, mais qui n'ont pas été contestés, que s'il a des motifs suffisants de le faire en raison des allégations des parties ou d'autres indices ressortant du dossier (ATF 125 V 413 cité et 110 V 48 consid. 4a in fine ; Meyer/von Zwehl, op. cit., p. 443 ss.).

**b)** En l'espèce, il ressort du recours formé par l'assuré et de ses déterminations complémentaires qu'il considère que son état de santé n'est pas stabilisé au 31 décembre 2016.

Il conteste ensuite l'appréciation faite par la CNA selon laquelle il présenterait une capacité de travail entière dans une activité adaptée, remettant à cet égard en cause le degré d'invalidité admis par l'intimée, en faisant valoir qu'il devrait être de 50% au vu de son état de santé.

Enfin, le recourant critique le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité de 17,5% retenu par l'intimée, estimant que celui-ci devrait être porté à 30% pour tenir compte de ses douleurs à la jambe,

**c)** On précisera encore que les modifications introduites par la nouvelle du 25 septembre 2015, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2017 et modifiant diverses dispositions de la LAA, ne sont pas applicables au cas d'espèce, vu la date de l'accident assuré (cf. ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification [RO 2016 4388]).

**3. a)** Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, 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. Est réputée accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGGA).

L'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA) et à une indemnité journalière s'il est totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident (art. 16 al. 1 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 (ATF 142 V 435 consid. 1). 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références; TF [Tribunal fédéral] 8C\_432/2007 du 28 mars 2008 consid. 3.2.1).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration, le cas échéant le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans

le droit des assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1 précité; TF 8C\_433/2008 du 11 mars 2009 consid. 3.1).

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 (TF 8C\_513/2007 du 22 avril 2008 consid. 2 et les références).

Ainsi, si l'on peut admettre qu'un 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 maladif antérieur 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\_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.3 et les références).

**c)** En second lieu, le droit à des prestations de l'assurance-accidents implique l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. La causalité doit être considérée comme adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait en cause 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 125 V 456 consid. 5a et les références; TF 8C\_710/2008 du 28 avril 2009 consid. 2).

L'existence d'un rapport de causalité adéquate est une question de droit; elle doit être appréciée sous l'angle juridique et tranchée par l'administration ou le juge, et non par des experts médicaux (ATF 107 V 173 consid. 4b; TF U 493/06 du 5 novembre 2007 consid. 3.1).

En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 118 V 286 consid.

3a; 117 V 359 consid. 6a; TF 8C\_718/2010 du 20 octobre 2010 consid. 3.1 in fine; 8C\_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1 in fine et les références).

**d)** Eu égard spécifiquement au diagnostic de « maladie de Sudeck », « algoneurodystrophie », « CRPS » ou « SDRC », le Tribunal fédéral a eu l'occasion de définir des critères cumulatifs justifiant l'admission d'un lien de causalité entre un accident et une telle pathologie, à savoir :

- la preuve d'une lésion physique après un accident ou l'apparition d'une algodystrophie à la suite d'une opération nécessitée par l'accident ;
- l'absence d'un autre facteur causal de nature non traumatique ;
- une courte période de latence entre l'accident et l'apparition de l'algodystrophie, soit au maximum six à huit semaines (TF 8C\_807/2014 du 22 décembre 2015 consid. 5.3 ; 8C\_384/2009 du 5 janvier 2010 consid. 4.2.1 ; U 436/06 du 6 juillet 2007 consid. 3.4.2.1).

**4. a)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 2c; 105 V 156 consid. 1; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 ; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

**b)** L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3a; TF 9C\_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, 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 également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante d'un rapport médical, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

Selon la jurisprudence, l'administration ou le juge des assurances sociales peuvent se prononcer sur la base d'expertises réalisées par des médecins liés à l'institution d'assurance (cf. ATF 122 V 157 en matière d'assurance-accidents et ATF 123 V 175 en matière d'assurance-invalidité). La Cour européenne des droits de l'homme a estimé que ce principe n'était pas contraire à l'art. 6 par. 1 CEDH (Convention européenne du 4 novembre 1950 de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales ; RS 0.101) garantissant le droit à un procès équitable (JAAC 1998 95 917). Ce seul critère ne suffit donc pas pour conclure à un manque d'objectivité ou d'impartialité. Cette situation peut cependant faire naître des soupçons de prévention qui, pour être retenus, doivent reposer sur des éléments objectifs et pas

uniquement sur les impressions de l'assuré (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee ; 123 V 176 consid. 3d; Pratique VSI 2001 p. 109 consid. 3b/ee; RAMA 1999 n° U 332 p. 193 consid. 2a/bb et les références ; TFA U 234/05 du 17 février 2006 consid. 2.1). C'est ainsi qu'une valeur probante doit également être accordée aux appréciations émises par les médecins de la CNA, car, selon la jurisprudence, cette institution n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**c)** On ajoutera que l'allégation de douleurs ne saurait suffire pour justifier une invalidité au vu des difficultés, en matière de preuve, à établir leur existence. Ainsi, dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, de telles plaintes doivent être confirmées par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation du droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés. Demeurent réservés les cas où un syndrome douloureux sans étiologie claire et fiable est associé à une affection psychique qui, en elle-même ou en corrélation avec l'état douloureux, est propre à entraîner une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 353 consid. 2.2.2; TF I 421/06 du 6 novembre 2007 consid. 3.1 et la référence citée).

**5. a)** En l'espèce, c'est dans son courrier du 28 novembre 2016 que la CNA a considéré que l'état de santé de l'assuré était stabilisé (au sens de l'art. 19 al. 1, première phrase, LAA), à la date du 31 décembre 2016. La décision litigieuse n'aborde pas cette question. Au vu des conséquences juridiques qu'implique le constat d'une stabilisation de l'état de santé en matière d'assurance-accidents (suppression de prestations sous forme de traitement et d'indemnités journalières), la CNA aurait dû rendre une décision formelle sur ce point, respectivement le recourant aurait dû exiger une décision formelle (cf. CASSO AA 78/13 - 105/2014 du 20 octobre 2014 consid. 4). Ainsi, à rigueur de droit, la question de la stabilisation de l'état de santé n'est pas litigieuse. Cependant, dans la mesure où la décision querellée traite du droit à la rente et à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, elle traite également implicitement de la stabilisation de l'état de santé puisque de tels droits ne sont pas ouverts en l'absence d'une telle stabilisation.

**b)** Cela étant, les arguments du recourant s'agissant de la stabilisation de l'état de santé ne sont pas pertinents.

**aa)** L'évaluation de la Clinique P. \_\_\_\_\_ date de plus de trois ans au moment du prononcé de la décision attaquée ; elle est antérieure à l'arthrodèse, à l'ablation des vis ainsi qu'aux traitements de physiothérapie et d'ergothérapie. En de telles circonstances, on ne saurait se fonder sur ce rapport pour apprécier la question de la stabilisation de l'état de santé. La permanence de douleurs ou de limitations fonctionnelles, autrement dit l'existence de séquelles, n'est par ailleurs pas déterminante. Est topique la question de savoir si l'on peut attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré. Etant rappelé que la CNA doit prendre en charge les prestations présentant un lien de causalité avec l'accident, il convient en l'occurrence de déterminer si un traitement médical est encore susceptible d'améliorer sensiblement l'état de santé du recourant pour ce qui concerne l'atteinte au pied gauche exclusivement. Dans son dernier rapport du 9 décembre 2016, le Dr W. \_\_\_\_\_ considère que le status est superposable au précédent et que la situation n'a pas évolué du

point de vue des douleurs. Il propose des traitements de physiothérapie et d'ergothérapie pour soulager les sensations de crampes et autres douleurs du recourant sur la face latérale du genou et de la hanche gauche. Il s'agit cependant manifestement de douleurs inhérentes au canal étroit lombaire, puisque cette proposition est suivie immédiatement d'une nouvelle proposition d' « ergothérapie [qui] pourrait également peut-être soulager (le recourant) au niveau du pied lui-même ». L'atteinte vertébrale lombaire ne relève pas de la compétence de la CNA. La réserve du Dr W.\_\_\_\_\_ quant au succès d'une nouvelle ergothérapie du pied ne permet pas de retenir un pronostic d'amélioration qui pourrait être qualifiée de sensible.

Le diagnostic de SDRC a été évoqué à répétées reprises, en dernier lieu par le Dr W.\_\_\_\_\_ le 9 décembre 2016. Se fondant sur l'appréciation du Dr U.\_\_\_\_\_, la CNA a refusé de prendre en charge un test de stimulation médullaire. Le Tribunal fédéral a dégagé une jurisprudence spécifique à ce type d'atteinte pour ce qui concerne la causalité naturelle (cf. consid. 3d supra). Une SDRC est évoquée pour la première fois dans le rapport de la Dresse B.\_\_\_\_\_ du 24 septembre 2011. Certains des symptômes de cette atteinte sont mentionnés dans le rapport de la Clinique P.\_\_\_\_\_, laquelle exclut néanmoins le diagnostic. Ultérieurement, l'examen par CT/SPECT de mars 2013 ne met aucun SDRC en évidence. Par la suite, le Dr N.\_\_\_\_\_ évoque « un contexte possible de CRPS ». Le Dr N.\_\_\_\_\_, tout comme le Dr U.\_\_\_\_\_, évoque le diagnostic de SDRC seulement à titre d'hypothèse, ce qui ne permet pas de retenir l'existence d'une telle atteinte à l'aune de la règle de la vraisemblance prépondérante, prévalant en matière d'assurances sociales. Enfin, les symptômes potentiellement évocateurs d'un SDRC ont été constatés en mars 2015 par le Dr N.\_\_\_\_\_. Ils sont éloignés de plusieurs mois du dernier acte opératoire en relation avec l'accident, soit l'ablation des vis le 5 juin 2014. Ainsi, le troisième critère cumulatif fixé par la jurisprudence, soit une courte période de latence entre l'accident, respectivement l'opération, n'est pas réalisé. Au demeurant, ni scintigraphie ni IRM n'étaient le diagnostic de SDRC et les critères cliniques dits de Budapest orientant ce diagnostic, tels que sudation,

aspect luisant, coloration livide, hypothermie ne sont pas rapportés par le corps médical. En l'absence de causalité naturelle entre l'accident, respectivement cette opération, et le SDRC, il n'y a pas lieu d'examiner si un traitement sous forme de stimulation médullaire aurait été susceptible d'entraîner une amélioration sensible de l'atteinte au pied gauche.

**bb)** Le dossier de la CNA met également en évidence une atteinte psychique, laquelle faisait toujours l'objet d'un traitement en 2015 (cf. rapport du Dr Z. \_\_\_\_\_ du 12 février 2015).

On rappellera, à titre liminaire, que dans la mesure où le caractère naturel et le caractère adéquat de la relation de causalité doivent être cumulés pour octroyer des prestations d'assurance-accidents, la jurisprudence admet de laisser ouverte la question du rapport de causalité naturelle dans les cas où ce lien de causalité ne peut de toute façon pas être qualifié d'adéquat (ATF 135 V 465 consid. 5.1). Partant, seule la causalité adéquate sera examinée.

**aaa)** En matière de troubles psychiques, la jurisprudence a dégagé des critères objectifs qui permettent de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et de tels troubles développés ensuite par la victime.

Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité, les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification des accidents, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa, 403 consid. 5c/aa ; TF 8C\_175/2010 du 14 février 2011 consid. 4.2 ; voir également : Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit, 3<sup>e</sup> éd., Bâle 2016, n° 121 ss, pp. 934 ss).

Dans le cas d'un accident insignifiant ou de peu de gravité, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques doit, en règle ordinaire, être d'emblée niée. Dans les cas d'un accident grave, l'existence d'une relation adéquate doit en règle générale être admise, sans même qu'il soit nécessaire de recourir à une expertise psychiatrique. En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération les sept critères exhaustifs suivants, au regard des seuls aspects physiques, à l'exclusion des aspects psychiques de l'état de santé (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 ; TF 8C\_1007/2012 du 11 décembre 2013 consid. 3 et 8C\_312/2007 du 5 juin 2008 consid. 3.2) :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;
- la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ;
- la durée anormalement longue du traitement médical, qui ne saurait être examinée uniquement en fonction de la durée dudit traitement, mais eu égard à l'existence de traitements continus spécifiques et lourds ;
- les douleurs physiques persistantes, qui doivent être importantes, sans interruption et crédibles au regard de l'atteinte qu'elles occasionnent sur la vie de tous les jours ;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ;
- les difficultés apparues en cours de guérison et les complications importantes;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant si l'on se trouve à la limite des accidents graves. Il en est ainsi lorsque l'accident considéré apparaît comme l'un des plus graves de la catégorie intermédiaire, à la limite de la catégorie des accidents graves, ou encore lorsque le critère pris en considération s'est manifesté de manière particulièrement importante (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 ; TF 8C\_1007/2012 du 11 décembre 2013 consid. 3).

Inversément, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité puisse être admis (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa et bb, 403 consid. 5c/aa et bb ; TF U 308/06 du 26 juillet 2007 consid. 4).

**bbb)** En l'occurrence, en présence d'un saut volontaire avec réception inadéquate au sol, l'accident doit être qualifié de gravité moyenne, à la limite du cas de peu de gravité. Il n'existe pas de circonstances concomitantes particulièrement dramatiques et l'accident ne revêt aucun caractère particulièrement impressionnant. De simples fractures des métatarsiens ne sauraient entraîner des troubles psychiques. L'assuré n'a pas eu à subir de traitements continus spécifiques et lourds. C'est ainsi qu'il a séjourné à la Clinique P. \_\_\_\_\_ du 8 août 2012 au 18 septembre 2012 pour rééducation intensive et prise en charge pluridisciplinaire ; sur le plan opératoire, il a fait l'objet d'une arthrodèse du Lisfranc gauche en date du 22 mai 2013 suivie de l'ablation du matériel d'ostéosynthèse le 5 juin 2014, toutes deux pratiquées à titre ambulatoire. Quant aux mesures thérapeutiques, elles ont consisté pour l'essentiel en des traitements de physiothérapie et d'ergothérapie ainsi que des rendez-vous médicaux. Or, la prescription de traitements par manipulations même pendant une certaine durée - de même que la prise de médicaments antalgiques - ne répond pas au critère d'une durée anormalement longue des soins médicaux (cf. TF 8C\_98/2015 du 18 juin

2015 consid. 4.5.2 et les références citées). Il en va de même des simples contrôles chez le médecin (TFA U 393/05 du 27 avril 2006 consid. 8.2.4). Il existe certes des douleurs physiques persistantes. Les éléments font cependant défaut pour les qualifier d'objectivement importantes. Le Dr Q.\_\_\_\_\_ mentionne des discordances entre les douleurs alléguées et l'examen clinique du pied gauche et enfin, ces douleurs pourraient également être imputables à l'atteinte lombaire, laquelle n'est pas à la charge de la CNA. Le traitement médical n'a pas été entaché d'erreurs, ni de difficultés ou de complications. Eu égard aux seules lésions physiques à la charge de la CNA, l'incapacité de travail probable n'aurait été en principe que de quelques mois (4 mois selon l'avis exprimé par le médecin d'arrondissement le 14 septembre 2011). Par ailleurs, tant le médecin-psychiatre de la Clinique P.\_\_\_\_\_ que le Dr Z.\_\_\_\_\_ évoquent des facteurs extra-médicaux dans la survenance de l'atteinte psychique, comme la séparation intervenue entre l'assuré et son épouse. Enfin, l'atteinte lombaire, laquelle n'est pas à la charge de l'intimée, participe également à l'incapacité de travail. En de telles circonstances, on ne saurait considérer que le critère du degré et de la durée de l'incapacité de travail, pouvant être imputée à l'atteinte au pied gauche, revêt un caractère particulièrement important.

**c)** En conséquence, étant précisé que le recourant n'allègue pas la mise en œuvre de mesures de réadaptation par l'office AI, la CNA était légitimée à retenir un statu quo sine vel ante au 31 décembre 2016 et à passer à l'examen du droit à une rente ainsi qu'à celui d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

**6.** Il convient à présent d'examiner l'évaluation de l'invalidité à laquelle l'intimée a procédé.

**a)** Le recourant conteste présenter une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

**aa)** Selon l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGa) à 10 % au moins par suite de l'accident, il a droit à une rente

d'invalidité. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 LPGGA).

Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGGA). L'art. 7 al. 2 LPGGA précise que seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain et qu'en outre, il y a incapacité de gain uniquement si celle-ci n'est pas objectivement surmontable. Pour établir si on peut raisonnablement exiger de l'assuré qu'il surmonte par ses propres efforts les répercussions négatives de ses problèmes de santé et exerce une activité lucrative et, partant, réalise un revenu, il faut se placer d'un point de vue objectif. L'élément déterminant n'est donc pas la perception subjective de l'intéressé, mais de savoir si on peut objectivement attendre de lui qu'il surmonte ses limitations et exerce une activité lucrative en dépit de ses problèmes de santé (ATF 135 V 215 consid. 7.2 et les références citées).

Aux termes de l'art. 6 LPGGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

**bb)** En l'espèce, les constatations cliniques du Dr Q.\_\_\_\_\_ relatives à l'atteinte au pied gauche concordent avec celles des Drs C.\_\_\_\_\_ et A.\_\_\_\_\_. Plus particulièrement, le Dr C.\_\_\_\_\_ ne peut formuler de conclusions quant à l'origine des troubles sensitifs et douleurs à caractère neurogène du membre inférieur gauche. Il pose néanmoins ce diagnostic en se référant au canal lombaire étroit, atteinte qui n'est pas à

la charge de la CNA. En relation avec la fracture accidentelle du pied gauche, il relève au titre de diagnostic une arthrose douloureuse post-traumatique. Il mentionne cependant un tonus musculaire normal, sans dystonie ou myoclonie, ni atrophie musculaire évidente, ni fasciculation. La force musculaire de la jambe gauche est diffuse, légèrement réduite, sans cependant qu'il soit possible de l'imputer à une lésion centrale ou périphérique, radiculaire ou du plexus. Quant au Dr A.\_\_\_\_\_, lui aussi ne retient aucun déficit moteur, ni atrophie musculaire des membres inférieurs. Tout comme le Dr Q.\_\_\_\_\_, les Drs C.\_\_\_\_\_ et A.\_\_\_\_\_ retiennent des troubles de la sensibilité du membre inférieur gauche, particulièrement du pied. En résumé, il n'existe pas de divergence significative entre les constats cliniques de ces trois médecins. Les Drs C.\_\_\_\_\_ et A.\_\_\_\_\_ ne se prononcent pas sur le lien de causalité naturelle entre l'accident et l'état de santé du recourant tel qu'observé lors de l'examen clinique, ni sur la capacité de travail ou les limitations fonctionnelles de l'intéressé. Dans son appréciation, le Dr Q.\_\_\_\_\_ relève une discordance entre le déficit fonctionnel affiché par le recourant lors de l'examen et l'absence d'amyotrophie significative d'épargne des membres inférieurs. Les Drs C.\_\_\_\_\_ et A.\_\_\_\_\_ n'ayant pas non plus observé d'atrophie musculaire, l'allégation par le recourant de l'utilisation régulière et nécessaire d'une, voire de deux cannes, n'est guère crédible. Dans son consilium du 9 décembre 2016, le Dr W.\_\_\_\_\_, lequel connaît déjà la position de la CNA quant à la capacité de travail de son patient dans une activité adaptée, mentionne certes l'établissement d'un arrêt de travail jusqu'à fin janvier 2017 mais ne fait valoir aucun argument permettant de réfuter l'appréciation de la CNA. Tout au plus indique-t-il que la reprise par son patient d'un travail adapté n'est pas simple, mais ceci en invoquant des motifs sociaux et non médicaux. Enfin, ce consilium va également dans le sens du Dr Q.\_\_\_\_\_ lorsque celui-ci considère que la symptomatologie douloureuse du membre inférieur gauche ne permet pas d'exclure une composante radiculaire, laquelle ne relève pas de l'accident. En effet, les traitements de physiothérapie et d'ergothérapie proposés par le Dr W.\_\_\_\_\_ avant réévaluation sont destinés à soulager les sensations de crampe et autres douleurs sur la face latérale du genou

et de la hanche gauche, lesquelles paraissent également relever de la pathologie lombaire.

**cc)** Cela étant, s'agissant de la capacité de travail et des limitations fonctionnelles, le rapport d'examen médical final du Dr Q. \_\_\_\_\_ du 30 novembre 2015 remplit les critères jurisprudentiels pour que lui soit reconnue une pleine valeur probante (cf. considérant 4b supra). Il y a donc lieu de retenir que le recourant présente une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles résultant des séquelles en lien de causalité avec l'accident du 1<sup>er</sup> juillet 2011.

**dd)** Sur le plan médical, le dossier est complet permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Un complément d'instruction apparaît inutile et la requête du recourant tendant à la mise en œuvre d'une expertise neutre 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 141 I 60 consid. 3.3 ; 136 I 229 consid. 5.3). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b ; cf. ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d et l'arrêt cité ; TF 9C\_272/2011 du 6 décembre 2011).

**b)** Aux termes de 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 ; 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C\_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1).

**aa)** Selon la jurisprudence, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine, en règle générale, en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible, raison pour laquelle il se déduit, en principe, du salaire réalisé par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence).

**bb)** En l'absence de revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible – le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base des données salariales résultant des descriptions de postes de travail (DPT) établies par la CNA (ATF 135 V 297 consid. 5.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1 ; TF 8C\_287/2010 du 18 novembre 2010 consid. 3). Dans un tel cas, pour que le revenu d'invalidé corresponde aussi exactement que possible à celui que l'assuré pourrait réaliser en exerçant l'activité que l'on peut raisonnablement attendre de lui, l'évaluation dudit revenu doit nécessairement reposer sur un choix large et représentatif d'activités adaptées au handicap de la personne assurée (ATF 128 V 29 consid. 1). C'est pourquoi la jurisprudence impose, en cas de recours aux DPT, la production d'au moins cinq d'entre elles (ATF 129 V 472 consid. 4.2.2 ; TF 8C\_809/2008 du 19 juin 2009 consid. 4.2.2 et 8C\_4/2008 du 25 juin 2008 consid. 3.2).

La détermination du revenu d'invalidé sur la base des données salariales résultant des DPT suppose, en sus de la production d'au moins cinq DPT, la communication du nombre total des postes de travail pouvant entrer en considération d'après le type de handicap, ainsi que du salaire le plus haut, du salaire le plus bas, et du salaire moyen du groupe auquel il

est fait référence (ATF 129 V 472). Ces conditions ont été respectées en l'espèce.

Selon la jurisprudence, les éventuelles objections de l'assuré sur le choix et sur la représentativité des DPT dans un cas concret doivent être soulevées, en principe, durant la procédure d'opposition (ATF 129 V 472 consid. 4.2.2). Or, en l'occurrence, le recourant n'a pas formulé de réserves au sujet de l'application des DPT au stade de l'opposition, ni d'ailleurs critiqué celles-ci lors de la procédure judiciaire.

**cc)** Il est incontesté que l'ancienne activité d'ouvrier dans le secteur de la construction ne respecte pas les limitations fonctionnelles reconnues au recourant. Le litige porte dès lors sur la question de la capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), donc sur l'aptitude du recourant à travailler dans une activité adaptée.

**aaa)** Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives ; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main-d'œuvre (TFA I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, in Pratique VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des

concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (TF 9C\_984/2008 du 4 mai 2009 consid. 4.1; TFA I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b, in RCC 1991 p. 329; I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a, in RCC 1989 p. 328).

**bbb)** Le recourant ne critique pas le salaire sans invalidité, ni le montant retenu à titre de salaire avec invalidité sur la base des DPT. De fait, il considère que sur un marché du travail équilibré, il n'existe aucun poste de travail pour une personne ne pouvant poser le pied à terre, souffrant de douleurs importantes des membres inférieurs, se déplaçant avec une canne, sans pouvoir porter de charges ni rester debout ou assis. En premier lieu, il sera rappelé que la CNA a retenu à titre de limitations fonctionnelles une activité partiellement sédentaire n'exigeant pas des déplacements fréquents prolongés ou en terrain irrégulier. A priori, un lien de causalité entre la fracture des métatarses et l'impossibilité, respectivement la restriction de port de charges évoquée par le recourant, est exclue. Il sera observé que médicalement, il n'est pas établi que l'atteinte subie empêcherait le recourant de poser le pied à terre. L'usage régulier d'une canne ne paraît pas vraisemblable et a priori n'empêche pas l'exercice d'une profession assise. Dans le même registre, si l'arthrose et les douleurs au pied gauche entraînent la recommandation d'une profession en position assise, en revanche, l'impossibilité de rester assis ne relève pas de l'atteinte à la charge de la CNA. Cet empêchement résulte en effet manifestement de l'atteinte lombaire, laquelle n'est pas accidentelle. Cela étant, il subsiste suffisamment d'activités sédentaires ou semi-sédentaires, ne requérant pas de compétences professionnelles spécifiques, compatibles avec les limitations fonctionnelles résultant exclusivement de l'accident du 1<sup>er</sup> juillet 2011, les autres limitations fonctionnelles que pourrait présenter le recourant ne devant pas être prises en compte, faute de lien de causalité avec l'accident litigieux.

**c)** Le taux d'invalidité de 14% résultant de la comparaison des revenus avec et sans invalidité à laquelle a procédé la CNA échappe ainsi à la critique et doit en conséquence être confirmé.

**7.** Le recourant conteste également le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI), fixé à 17,5% dans la décision attaquée.

**a)** Selon l'art. 24 al. 1 LAA, si, par suite de l'accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (al. 1). L'atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie ; elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (art. 36 al. 1 OLAA [ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]). D'après l'art. 25 al. 1 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital ; elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité.

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité a pour but de compenser le dommage subi par un assuré du fait d'une atteinte grave à son intégrité corporelle ou mentale due à un accident (Message du Conseil fédéral à l'appui d'un projet de loi sur l'assurance-accidents, FF 1976 III p. 29). Elle ne sert pas à réparer les conséquences économiques de l'atteinte, qui sont indemnisées au moyen d'une rente d'invalidité, mais joue le rôle d'une réparation morale. Elle vise à compenser le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence etc.) qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant (ATF 133 V 224 consid. 5.1 et les références). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel. Cela signifie que pour tous les assurés présentant un status médical identique, l'atteinte à l'intégrité est la même (ATF 133 V 224 consid. 5.1 ;

115 V 147 consid. 1 ; 113 V 218 consid. 4b ; TF 8C\_812/2010 du 2 mai 2010 consid. 5.2).

Une atteinte à l'intégrité au sens de l'art. 24 al. 1 LAA consiste généralement en un déficit corporel – anatomique ou fonctionnel –, mental ou psychique (cf. Alfred Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 1985, p. 414). La gravité de l'atteinte, dont dépend le montant de l'indemnité, se détermine uniquement d'après les constatations médicales (SVR 2009 UV n° 27 p. 97 ; TF 8C\_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.3). L'évaluation incombe donc avant tout aux médecins, qui doivent, d'une part, constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et, d'autre part, estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (TF 8C\_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.2).

L'annexe 3 de l'OLAA comporte un barème – reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 124 V 29 consid. 1b, 209 consid. 4a/bb ; 113 V 218 consid. 2a) – des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent. Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, compte tenu de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2). La perte totale de l'usage d'un organe est assimilée à la perte de celui-ci. En cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence ; aucune indemnité ne sera versée dans les cas où un taux inférieur à 5 % du montant maximum du gain assuré serait appliqué (ch. 2).

La Division médicale de la CNA a établi des tables d'indemnisation en vue d'une évaluation plus affinée de certaines atteintes (Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA). Ces tables n'ont pas valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Dans la mesure, toutefois, où il s'agit de valeurs indicatives destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc ; 116 V 156 consid. 3a ; RAMA 1998 n° U 296 p. 235, U 245/96 consid. 2a).

**b)** La table 5 (révision 2011) de la CNA prévoit une IPAI de 15% pour une arthrodèse de l'articulation de Lisfranc.

**c)** Le recourant ne produit aucun document médical s'écartant de l'appréciation du Dr Q.\_\_\_\_\_, laquelle est conforme à la table 5 et respecte l'égalité de traitement propre à cette indemnité. Le recourant se prévaut de ses douleurs pour requérir une indemnité d'un taux supérieur. Il s'agit là d'un élément par définition subjectif dont il ne peut être tenu compte dans ce domaine (cf. sur ce point considérant 4c supra). Quant à la majoration à hauteur de 2,5% pour tenir compte du déficit sensitif pouvant être attribué à une atteinte distale sensitive du nerf péronier gauche, elle ne souffre d'aucune critique.

**d)** Le taux d'atteinte à l'intégrité fixé à 17,5% est dès lors correct, de sorte que le grief formulé par le recourant sur ce point se révèle infondé.

**8.** En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

**9. a)** Par décision du 3 avril 2017, le magistrat instructeur a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 20 mars 2017 et désigné Me Paul-Arthur Treyvaud en qualité d'avocat d'office (art. 118 al. 1 CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le recourant était exonéré du paiement de frais judiciaires ainsi que de toute franchise mensuelle.

Conformément à l'art. 2 al. 1 RAJ (règlement vaudois sur l'assistance judiciaire en matière civile du 7 décembre 2010 ; RSV 211.02.3), le conseil juridique commis 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 consacré par le conseil juridique commis d'office ; à cet égard, le

juge apprécie l'étendue des opérations nécessaires pour la conduite du procès.

**b)** Le 20 septembre 2017, Me Treyvaud a produit le relevé des opérations effectuées dans le cadre de la présente procédure. Il a annoncé un total de 6 heures et 55 minutes. Quant au montant des débours facturés, il s'élevait à 52 fr. 80. Son activité a été contrôlée au regard de la conduite du procès et rentre globalement dans le cadre de l'accomplissement du mandat confié, de sorte qu'elle doit être arrêtée à 6 heures et 55 minutes, au tarif horaire de 180 fr. pour un avocat breveté (art. 2 al. 1 let. a RAJ).

Ainsi, Me Treyvaud a droit à un montant de 1'401 fr. 60, TVA au taux de 8% comprise, pour l'ensemble de l'activité déployée dans le cadre de la présente procédure.

Cette rémunération 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), en tenant compte des montants payés à titre de contribution mensuelle depuis le début de la procédure.

**c)** La procédure étant en principe gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, ni d'allouer de dépens au vu de l'issue du litige (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est rejeté.
  
- II. La décision sur opposition rendue le 16 février 2017 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
  
- III. L'indemnité d'office de Me Paul-Arthur Treyvaud, conseil du recourant, est arrêtée à 1'401 fr. 60 (mille quatre cent un francs et soixante centimes), débours et TVA compris.
  
- IV. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement de l'indemnité du conseil d'office mise à la charge de l'Etat.
  
- V. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Paul-Arthur Treyvaud, avocat (pour J. \_\_\_\_\_),
- Me Didier Elsig, avocat (pour la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents),
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :