

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 23 avril 2020

---

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente  
MM. Bonard et Perreten, assesseurs  
Greffière : Mme Huser

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**K.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant,

et

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

---

**Art. 6 LAA**

**E n f a i t :**

**A.** L'assuré était nettoyeur à 100 % depuis le 10 mars 2008 au service de M. \_\_\_\_\_SA.

Par déclaration du 7 mai 2015, M. \_\_\_\_\_SA a annoncé à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée) un accident survenu à l'assuré le 6 mai 2015 en ce sens que celui-ci avait glissé dans les escaliers et qu'il s'était blessé à la cheville gauche.

Dans un rapport du 8 juillet 2015, le Dr Q. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, consulté le jour de l'accident, a diagnostiqué une entorse de Chopart et une contusion du pied gauche.

L'assuré a été licencié par courrier du 29 juillet 2015 pour le 30 septembre 2015, ce délai ayant ensuite été repoussé en raison de l'incapacité de travail de l'assuré.

Le 28 octobre 2015, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (OAI).

Dans un rapport du 12 avril 2016, le Dr Z. \_\_\_\_\_, médecin-chef au Centre du pied du Service d'orthopédie et de traumatologie du Centre hospitalier F. \_\_\_\_\_ (Centre hospitalier F. \_\_\_\_\_), ainsi que le Dr G. \_\_\_\_\_, chef de clinique, ont posé les diagnostics de douleurs persistantes de la cheville gauche sur status post-entorse le 6 mai 2015, de tendinopathie du tibial postérieur et de la lésion ostéocondrale du dôme talien supéro-interne à gauche. Ils ont prescrit un arrêt de travail de trois mois « chez ce patient travailleur de force dans le nettoyage de bâtiment. »

L'assuré a fait l'objet d'un examen par le Dr B.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la CNA, le 18 octobre 2016. Celui-ci a préconisé un séjour à la Clinique W.\_\_\_\_\_. (Clinique W.\_\_\_\_\_).

Un tel séjour a été organisé du 2 novembre 2016 au 7 décembre 2016. Dans un rapport du 16 décembre 2016, les Drs H.\_\_\_\_\_, chef de service à la Clinique W.\_\_\_\_\_ et spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et S.\_\_\_\_\_, médecin assistante, ont posé les diagnostics suivants :

- « - à Gauche : douleurs persistantes sur status post-entorse le 06.05.2015. (Tendinopathie des fibulaires et lésion ostéochondrale du dôme talien supéro-médial sur l'IRM du 10.08.2015).
- à Droite : images lytiques en verre dépoli, hyper-transfixiante au niveau du tiers distal de la fibula, pouvant correspondre à une dysplasie fibreuse. »

Ce rapport a en outre la teneur suivante :

« [...]

Aucun nouveau diagnostic (sic) n'a été posé pendant le séjour, en particulier aucune psychopathologie retenue.

A signaler des CGT [gamma GT] légèrement augmentées avec aussi des valeurs de Leucocytes et de CRP [protéine C réactive] à la limite supérieure de la norme (à reconstrôler par le médecin traitant).

Toute la première partie du séjour a été chaotique avec des absences répétées du patient en raison d'une fugue de deux de ses filles (apparemment majeures). Ce n'est qu'une fois évoquée la probable mise à terme du séjour, en raison de l'impossibilité de prise en charge, que le patient est resté à la Clinique W.\_\_\_\_\_.

Les plaintes et limitations fonctionnelles ne s'expliquent pas principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour. En effet le tableau clinique apparaît peu cohérent, la position du pied (en varus supinatus en position debout et à la marche) mettant davantage le patient en risque de se tordre la cheville, contraignant davantage la face médiale de la cheville avec plus de tension des fibulaires. L'examen clinique est également rassurant, en discordance avec les plaintes du patient. On note que cette discordance est également retrouvée à la consultation du pied au Centre hospitalier F.\_\_\_\_\_ du 26.10.2016 (Drs G.\_\_\_\_\_ et Z.\_\_\_\_\_) et par le médecin d'agence lors de son examen.

Des facteurs contextuels non-médicaux semblent jouer un rôle important dans les plaintes et les limitations fonctionnelles rapportées par le patient et influencent défavorablement le retour au travail.

[...]

Le traitement antalgique à base de Dafalgan 1 gr en réserve a été maintenu pendant le séjour. En tout le patient a pris 7 cp pendant le séjour.

L'évolution subjective et objective est non significative [...]. Des gains fonctionnels obtenus semblent davantage correspondre à une réduction des autos-limitations qu'à de réels progrès.

La participation du patient aux thérapies a été considérée comme moyenne, avec de nombreuses autolimitations, diminuant progressivement en 2ème partie de séjour, et des incohérences déjà mentionnées ci-dessus.

Il est dès lors difficile de faire le lien entre les anomalies radiologiques et les symptômes déclarés du patient. On ne propose donc pas de retenir formellement de limitations au vu des éléments médicaux à disposition au terme du séjour. Proposition est donc faite que le patient soit revu par le médecin d'agence pour fixer l'exigibilité. Le patient pour sa part ne s'estime pas apte à reprendre son ancienne activité, le trouvant trop physique. A signaler aussi qu'il aurait été licencié.

La situation peut être considérée comme globalement stabilisée au vu du peu d'impact des thérapies depuis plus d'1 an et demi après une entorse et de l'absence d'indication chirurgicale retenue.

Aucune intervention n'est proposée à G [gauche]. La probable dysplasie fibreuse de la fibula droite devrait encore être évaluée par le Dr. [...] au Centre hospitalier F.\_\_\_\_\_, à notre connaissance.

Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité d'agent de nettoyage est plutôt favorable sur la base de l'examen clinique médical, mais semble davantage compromis par les éléments contextuels non-médicaux.

Le pronostic de réinsertion dans une activité moins physique est favorable, concernant les éléments médicaux. »

Dans un rapport du 24 janvier 2017, le Dr G.\_\_\_\_\_ a relevé, après un examen clinique du même jour, qu'il persistait une discrédance entre les douleurs diffuses, mal systématisées évoquées par le patient alors que l'examen clinique était dans les limites de la norme avec une cheville tout à fait stable dans les deux plans avec une F/E quasi complète et symétrique. Le Dr G.\_\_\_\_\_ n'a pas établi de nouvel arrêt de travail. Il l'a fait à la suite d'une consultation du 13 février 2017 pour la période du 13 au 21 février 2017.

L'examen final de la CNA a été effectué par le Dr B.\_\_\_\_\_ le 21 février 2017. Il résulte notamment ceci de son rapport daté du même jour :

« Actuellement, le patient dit qu'il souffre toujours passablement de la cheville G. Les douleurs sont situées de part et d'autre du tendon d'Achille, prédominant à la région sous-malléolaire interne. Il y aurait aussi des phénomènes de blocage et des douleurs au repos.

A l'examen clinique, la marche s'effectue toujours en appui quasi exclusif du bord externe du pied G, en supination de l'avant-pied.

Objectivement, la cheville G a un aspect strictement normal, sans aucun signe réactif ou dystrophique manifeste. Le tendon du jambier postérieur semble électivement sensible à la palpation mais le patient est difficile à examiner, tout faisant un peu mal, quoi qu'on fasse. Il n'y a pas de laxité anormale. La tibio-talienne a une mobilité complète. L'arrière-pied G est normo-fonctionnel. Malgré une amyotrophie du mollet G qui s'est quelque peu accentuée, la cheville G a une bonne force.

La lésion ostéochondrale du coin supéro-médial du talus, visible sur l'IRM [imagerie par résonance magnétique] du 10.08.2015, qu'on retrouve sur la scintigraphie osseuse du 31.08.2016, n'explique pas les douleurs diffuses rapportées par le patient, encore moins sa démarche vicieuse en varus supinatus, elle-même bien susceptible d'entraîner des douleurs par les dysbalances musculo-tendineuses qu'elle induit.

Finalement, il n'y a pas de séquelles clairement identifiables de l'accident mais plutôt en comportement douloureux qui ne trouve pas d'explications orthopédiques et la Suva devrait mettre un terme à ses prestations dans ce cas.

Quant à la cheville D, elle ne concerne en rien la Suva ».

Par décision du 22 février 2017, la CNA a informé l'assuré qu'elle mettrait un terme au paiement de ses prestations au 12 mars 2017, estimant qu'il n'existait aucun lien de causalité certaine, ou du moins probable, entre les troubles à la cheville gauche de l'assuré et l'événement dommageable du 6 mai 2015.

Le 24 février 2017, P. \_\_\_\_\_ SA (P. \_\_\_\_\_ SA), assureur perte de gain maladie, a formé opposition ainsi qu'C. \_\_\_\_\_ SA (C. \_\_\_\_\_ SA), ce le 3 mars 2017.

Dans une lettre du 3 mars 2017 au médecin-conseil de la CNA, le Dr Q. \_\_\_\_\_ a estimé qu'il existait une relation entre l'accident et la symptomatologie douloureuse résiduelle de l'assuré.

Le 6 mars 2017, l'assuré a fait opposition.

Tant le P. \_\_\_\_\_ SA qu'C. \_\_\_\_\_ SA ont retiré leur opposition.

Par projet de décision du 28 avril 2017, l'OAI a informé l'assuré de son droit à une rente entière du 1<sup>er</sup> mai 2016 au 31 mai 2017 estimant que la capacité de travail de l'assuré était totale en tout cas depuis le 21 février 2017.

Par décision du 2 mai 2017, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré. Elle a relevé que les troubles dont se plaignait l'assuré ne pouvaient pas s'expliquer d'un point de vue organique. Examinant la cause sous l'angle d'un trouble psychique, l'assureur a considéré que l'accident du 6 mai 2015 pouvait tout au plus être rangé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne à la limite de la catégorie inférieure. Aucun des critères posés par la jurisprudence n'était rempli.

**B.** K. \_\_\_\_\_ a recouru le 1<sup>er</sup> juin 2017. Il a conclu principalement à ce que la CNA soit tenue de lui verser des prestations d'assurance-accident, notamment les indemnités journalières et les frais de traitement au-delà du 12 mars 2017 ; subsidiairement, il a conclu à l'annulation de la décision sur opposition et au renvoi à la CNA pour nouvelle décision au sens des considérants. Il se référait à un rapport du 16 mai 2017 du Dr G. \_\_\_\_\_ qui avait revu le recourant la veille. Le médecin a écrit ce qui suit :

« Devant ce contexte chronique, complexe, de douleurs mixtes (mécaniques et probablement neurologiques au MIG [membre inférieur gauche]) j'organise une IRM afin d'évaluer une tendinopathie du tibial postérieur, d'évaluer la lésion ostéochondrale du dôme du talus supéro-interne qui à mon sens n'a pas de répercussion sur la clinique. Du point de vue orthopédique et chirurgical nous pourrions envisager un geste en cas de tendinopathie du tibial postérieur confirmée par l'IRM.

J'adresse le patient à l'équipe antalgique du Dr [...], le traitement antalgique pris actuellement est Dafalgan 1 gr 4x/, Gabapentine 300 mg 3x/j, Méfénacine 500 mg 3x/j, Sportusal en réserve, Chondrosulf. Je rajoute des patchs de Neurodol.

J'adresse le patient à l'équipe spécialisée des nerfs, Dr [...] ou Dr [...] et je me permets déjà d'organiser un ENMG [électroneuromyogramme] des MID [membres inférieurs droits] (Dr T. \_\_\_\_\_) en vue de leur future consultation. »

Le recourant a également requis la suspension de la cause jusqu'à ce que les résultats des examens envisagés soient connus.

Par réponse du 13 septembre 2017, la CNA ne s'est pas opposée à la suspension, tout en concluant au rejet du recours en l'absence de séquelles clairement identifiables de l'accident pouvant expliquer les douleurs présentées par l'assuré.

Le 22 février 2018, le recourant a produit un rapport du même jour du Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, adressé à son conseil et dont la teneur est la suivante:

« M. K.\_\_\_\_\_ a été revu à ma consultation le 14.02.2018 et notre secrétariat m'a transmis les questions qui restent en suspend (sic) pour votre dossier, dont voici mes réponses :

1. Résultat des infiltrations effectuées en 2017 et 2018 : comme mentionné dans ma première lettre à votre attention, une première infiltration tibio-talienne avec 5 ml de Ropivacaïne a été effectuée le 30.08.2017 et le patient a été revu en contrôle le 27.09.2017 avec globalement une douleur qui a diminué et un périmètre de marche doublé, par contre, la douleur commençait à augmenter progressivement. Le patient a été vu en présence du Prof. Z.\_\_\_\_\_ qui propose une nouvelle infiltration avec l'adjonction de 80 mg de Depo-Medrol (corticostéroïde) qui est réalisée le 22.11.2017 (cf copie). Au contrôle à 3 mois après la dernière infiltration, en date du 14.02.2018, il signale avoir eu des douleurs pendant une semaine, puis celles-ci se sont améliorées par la suite mais son seuil de douleur est revenu au même stade qu'entre les deux infiltrations. Son périmètre de marche reste identique estimé entre 500 m et 1 km. Il a des difficultés dans les escaliers surtout à la descente et s'aide à la montée avec la main courante.

2. Résultat du suivi antalgique général : les constatations anamnestiques montrent une amélioration des douleurs de la cheville gauche avec une échelle de douleur analogue oscillant entre 3/10 et 7/10, sans qu'il y ait une amélioration significative. Votre client a également été suivi dans le service d'antalgie dont le dernier rendez-vous sans suite date du 25.09.2017. Je vous prierais d'ailleurs de contacter le service d'antalgie si vous désirez plus d'informations à ce sujet.

3. Indication opératoire : il y a une possibilité de répéter l'infiltration encore une à deux fois avant de se décider pour une opération qui consisterait en un débridement local par forage sous-chondral, réapplication du capot cartilagineux s'il est encore intact, sinon par une membrane de collagène porcine par une voie trans-malléolaire interne nécessitant une ostéotomie. Après discussion avec M. K.\_\_\_\_\_ lors de la dernière consultation, il me fait part de son souhait de renouveler l'infiltration avant de se décider pour cette

éventuelle intervention chirurgicale. Nous réservons la date du 28.03.2018 pour répéter le geste infiltratif.

4. M. K. \_\_\_\_\_ a-t-il présenté une incapacité de travail depuis son accident du 6.5.2015: M. K. \_\_\_\_\_ a été vu pour la première fois à la consultation du pied le 07.04.2016 par le Dr G. \_\_\_\_\_ et M. K. \_\_\_\_\_ était déjà en arrêt de travail à 100 % à ce moment-là. Son arrêt a été par la suite prolongé lors du suivi médical partagé entre le Dr G. \_\_\_\_\_ et le service d'antalgie. Suite au départ du Dr G. \_\_\_\_\_, j'ai repris le dossier du patient dès le 12.07.2017 avec à chaque fois une prolongation de son arrêt de travail à 100 %. Pour plus d'information concernant la période se situant entre la date de l'accident et le premier rendez-vous à la consultation du pied il faudra que vous contactiez son médecin traitant qui est le Dr Q. \_\_\_\_\_ à [...].

5. Motif de l'incapacité de travail ?

Douleurs anamnestiques persistantes avec tuméfaction de la cheville gauche, périmètre de marche limité avec difficulté à la marche et insécurité dans les escaliers. Cette symptomatologie a persisté depuis son accident et il ne peut par conséquent pas exercer son activité de nettoyeur sur chantier.

6. M. K. \_\_\_\_\_ peut-il exercer l'activité de nettoyeur de fin de chantier à 100 % ?

Il faudra certainement que le patient s'annonce à l'AI pour une reconversion professionnelle. Les résultats d'une éventuelle chirurgie ne sont pas garantis et un travail en terrain irrégulier semble compromis. Il devra plutôt se tourner vers une activité professionnelle sédentaire, ne nécessitant pas de port de lourdes charges, de stations debout prolongées. Monter et descendre les escaliers de manière répétitive pourrait également poser problème.

7. Cf point 6.

8. Il est peu probable que M. K. \_\_\_\_\_ puisse reprendre son ancienne activité professionnelle de nettoyeur de fin de chantier même à un taux partiel.

9. Hypothétique activité adaptée ?

Nous sommes bientôt à deux ans de l'accident et la SUVA va probablement clôturer le dossier. M. K. \_\_\_\_\_ devra s'inscrire à l'AI et devra effectuer un séjour d'évaluation pour une reconversion professionnelle. Les capacités physiques et mentales seront évaluées avec éventuellement une formation complémentaire dans un nouveau corps de métier. »

Le recourant a requis une nouvelle suspension de la cause.

L'intimée s'est déterminée le 28 mai 2018. Elle a produit une « appréciation médicale » du 4 mai 2018 du Dr B. \_\_\_\_\_, ainsi libellée :

« La décision attaquée repose sur l'avis, unanimement partagé jusqu'en juillet

2017, qu'il n'y avait pas de corrélation entre les plaintes du patient et surtout sa démarche vicieuse en varus supinatus, qui accentue les contraintes sur la partie médiale de la cheville, et la lésion ostéo-chondrale du coin supéro-interne du talus G, mise en évidence par l'imagerie médicale.

En d'autres termes, cette lésion ne paraissait pas en cause dans la symptomatologie douloureuse rapportée.

C'est la raison pour laquelle j'ai conclu à un comportement douloureux ne trouvant pas d'explication orthopédique, en présence d'une cheville G dont l'examen était, de surcroît, quasiment normal.

Comme il l'explique dans le courrier qu'il a adressé au mandataire du patient, le Dr R. \_\_\_\_\_ a repris le traitement de M. K. \_\_\_\_\_ après le départ du Dr G. \_\_\_\_\_ de l'Hôpital orthopédique et il a procédé à plusieurs infiltrations à but diagnostique et thérapeutique avec un résultat pour le moins mitigé.

Parallèlement, le patient a également été suivi (sic) dans le Service d'antalgie du Centre hospitalier F. \_\_\_\_\_.

Le Dr R. \_\_\_\_\_ propose maintenant de traiter chirurgicalement la lésion sous-chondrale du talus mais le patient est hésitant.

On peut donc légitimement penser que le Dr R. \_\_\_\_\_ estime que cette lésion est responsable de la symptomatologie douloureuse présentée mais il ne motive pas son avis qui va à l'encontre de ceux donnés précédemment, y compris par le Pr Z. \_\_\_\_\_ qui avait supervisé le traitement du patient.

A noter que l'intervention projetée a toutes les chances d'aboutir à un résultat subjectif catastrophique, en présence d'un comportement douloureux évoluant depuis 3 ans, sans amélioration significative malgré tous les traitements entrepris.

En conséquence, son indication devrait être solidement étayée.

Pour ma part, je continue à penser qu'il n'y a pas de relation de causalité pour le moins probable entre la lésion ostéo-chondrale du talus et le comportement douloureux de l'assuré. »

Se fondant sur cette appréciation, la CNA a de nouveau conclu au rejet du recours.

Le recourant s'est déterminé le 23 août 2018. Il a relevé qu'il ressortait du rapport du Dr R. \_\_\_\_\_ que la situation n'était pas stabilisée. A fortiori, elle ne l'était pas lorsque la décision sur opposition a été rendue. Le recourant a souligné qu'il était affecté de douleurs et de lésions objectivées (lésion ostéo-chondrale du coin interne du talus et pied tuméfié), apparues immédiatement après l'accident. Enfin, il a soutenu que l'avis du Dr R. \_\_\_\_\_ devait être suivi.

Le dossier du recourant constitué auprès de l'OAI a été versé dans le dossier de la CNA. Y figurent notamment :

- un rapport du 11 décembre 2015 du Dr Q. \_\_\_\_\_ dans lequel celui-ci a posé le diagnostic d'importante lésion ostéo-chondrale du coin interne du talus, de tendinopathie des péroniers du pied gauche et de petit névrome de Morton du troisième espace du pied gauche. Selon le médecin, le pronostic était réservé, seul un travail semi-sédentaire sans port de charges étant compatible avec l'état de l'assuré sous réserve d'une évaluation favorable les prochains mois. La capacité de travail était totale dans une activité adaptée ;
- un rapport du 23 juin 2017 du Dr T. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, selon lequel l'examen n'avait révélé aucune anomalie neurologique et électrophysiologique.

En outre, par décision du 26 juin 2018, l'OAI a confirmé un projet de décision du 21 décembre 2017, selon lequel la demande de prestations du recourant était rejetée au motif qu'à l'échéance du délai d'attente d'une année, la capacité de travail du recourant était totale.

Le 22 août 2019, le conseil du recourant a demandé à être relevé de son mandat d'office, en raison de l'interruption de ses activités durant plusieurs mois, avec la précision que l'arrêt à intervenir pourrait être notifié à son étude.

Par décision du 13 février 2020, la juge instructrice a relevé Me Graa de sa mission de conseil d'office du recourant et a fixé son indemnité d'office.

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

**1. a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi

fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2.** Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-accident au-delà du 12 mars 2017.

**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. Selon l'art. 4 LPGA, est réputé 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.

**b)** Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de

fait, que l'administration, le cas échéant le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références citées).

**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 ; TF 8C\_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.1 et les références citées).

En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 138 V 248 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_220/2016 du 10 février 2017 consid. 7.3).]

**4.** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien

motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

**5.** Le recourant soutient en substance que la situation, en regard de sa cheville gauche, n'est pas stabilisée et que l'intimée doit continuer de prendre en charge les prestations. L'intimée conteste un lien de causalité entre l'accident et les douleurs alléguées par le recourant.

Dans leur rapport du 16 décembre 2016, les spécialistes de la Clinique W.\_\_\_\_\_ ont relevé que les plaintes et limitations fonctionnelles du recourant ne s'expliquaient pas principalement par des lésions objectives constatées pendant le séjour. Ainsi, le tableau clinique rassurant apparaissait peu cohérent avec les plaintes du recourant. Ils ont également souligné que celui-ci n'avait pris que sept comprimés de Dafalgan durant un séjour de cinq semaines et précisé que des facteurs contextuels non-médicaux semblaient jouer un rôle important dans les plaintes et les limitations fonctionnelles rapportées par le patient. On relèvera à cet égard qu'après des vacances du 4 au 27 juillet 2015, le recourant a repris le travail du 28 juillet au 3 août 2015. Le 30 juillet 2015, il a été licencié pour le 30 septembre 2015. Il a alors consulté le Dr Q.\_\_\_\_\_ le 3 août 2015 qui l'a remis en arrêt de travail. A l'instar des médecins de la Clinique W.\_\_\_\_\_, le Dr G.\_\_\_\_\_ a constaté, le 24 janvier 2017, une discrépance entre les douleurs diffuses, mal systématisées évoquées par le recourant et un examen clinique normal. Lors de l'examen final du 27 février 2017, le Dr B.\_\_\_\_\_ a constaté que la cheville gauche du recourant présentait un aspect tout à fait normal. Il concluait qu'il n'existait pas de séquelles clairement identifiables de l'accident.

Le rapport du 22 février 2018 du Dr R.\_\_\_\_\_ n'établit pas un lien de causalité entre l'accident et les douleurs alléguées par le recourant. Pour les incapacités de travail antérieures à son intervention, le Dr R.\_\_\_\_\_ se réfère au Dr G.\_\_\_\_\_ et au Dr Q.\_\_\_\_\_. Or, les

incapacités de travail du Dr G.\_\_\_\_\_ ne sont pas déterminantes en raison des réserves exprimées par celui-ci. Quant au Dr Q.\_\_\_\_\_, il indiquait, déjà en décembre 2015, que la capacité de travail du recourant était totale dans une activité adaptée.

En définitive, les médecins consultés avant le Dr R.\_\_\_\_\_ ne s'expliquent pas les plaintes exprimées par le recourant en considération de l'examen clinique qu'ils estiment dans la norme.

C'est ainsi à juste titre que l'intimée a cessé le versement des prestations en faveur du recourant au 12 mars 2017, considérant qu'il n'y avait plus aucun lien de causalité pour le moins probable entre la lésion ostéo-chondrale du talus et l'événement dommageable du 6 mai 2015.

**6. a)** Compte tenu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

**b)** Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

On constatera par ailleurs que l'indemnité de Me Graa, conseil d'office du recourant, a déjà été fixée par décision de la juge instructrice du 13 février 2020.

Le recourant est encore rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser le montant de l'indemnité du conseil d'office dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], 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 [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

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

**prononce :**

- I.** Le recours déposé le 1<sup>er</sup> juin 2017 par K.\_\_\_\_\_ est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 2 mai 2017 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
- III.** Il est constaté que l'indemnité d'office de Me Christine Graa a d'ores et déjà été fixée.
- 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.
- V.** Il n'est pas perçu de frais de justice, ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- K.\_\_\_\_\_,
- Me Christine Graa (pour K.\_\_\_\_\_),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent

être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :