

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 24 juin 2019

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente
MM. Métral et Piguet, juges
Greffière : Mme Chaboudez

Cause pendante entre :

F. _____, à [...], recourant, représenté par Unia Vaud, Secrétariat du Nord Vaudois,

et

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

Art. 16, 19 al. 1 et 24 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. F._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1975, travaillait comme ouvrier de la construction pour l'agence de placement T._____ SA depuis juin 2015 et était, à ce titre, assuré contre les accidents professionnels, les accidents non-professionnels et les maladies professionnelles auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 28 juin 2015, alors qu'il jouait avec son fils, l'assuré a sauté d'une table et s'est blessé en se réceptionnant. Il a été hospitalisé le soir même à l'Hôpital L._____ (ci-après : L._____), où une fracture comminutive intra-articulaire du calcaneum droit a été diagnostiquée et il a été mis en arrêt de travail.

Les suites de cet accident ont été prises en charge par la CNA.

Lors d'une opération du 3 juillet 2015, le Dr Z._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a procédé à une réduction et une ostéosynthèse de la fracture par plaque.

Le 23 juillet 2015, T._____ SA a signifié à l'assuré la fin de son contrat de mission pour le 28 juillet 2015.

Dans un rapport médical du 17 novembre 2015, le Dr Z._____ a attesté une évolution difficile, l'assuré pouvant marcher en charge complète, mais ressentant rapidement des douleurs. Du point de vue radiologique, l'évolution était bonne sur les radiographies standards et un CT-Scan avait montré que les fractures étaient quasiment toutes consolidées. Il y avait cependant une importante déminéralisation osseuse, qui pouvait expliquer la persistance de la symptomatologie douloureuse.

L'assuré a séjourné du 8 décembre 2015 au 26 janvier 2016 à la H. _____ (ci-après : H. _____). Dans le rapport établi le 18 février 2016, les Dresses W. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et S. _____, médecin-assistant, ont indiqué notamment ce qui suit :

« DIAGNOSTIC PRINCIPAL

- *Thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs et limitations fonctionnelles du pied D [droit]*

DIAGNOSTIC SUPPLEMENTAIRE

- *28.06.2015 : chute avec fracture comminutive intra-articulaire déplacée du calcanéum droit traitée chirurgicalement*

Interventions :

- *03.07.2015 : réduction et ostéosynthèse (plaque VA locking calcaneum 2.7 stabilisée par 2 vis LCP) du calcanéum droit*

CO-MORBIDITES

- *Ethylisme chronique*
- *Tabagisme*

ANTECEDENTS

- *2012 : Hernioplastie L3-L4*
- *1993 : Accident de moto avec fracture mandibule ostéosynthésée*

[...]

Appréciation et discussion

A l'entrée, les plaintes et limitations fonctionnelles du patient sont des douleurs à 7/10 qui sont soulagées par le Dafalgan 1 gr ou Tramal 50 mg, pris en réserve. Les douleurs au niveau de l'articulation talo-crurale empirent au cours de la marche précisément au moment de déroulement du pied. Le patient ne marche pas sans cannes. Il décrit aussi des fourmillements au niveau des orteils du pied droit qui apparaissent de manière fluctuante au cours de la journée surtout après de la marche durant plus de 15 minutes.

[...]

Examens radiologiques :

Rx de la cheville D du 28.06.2015 : fracture du calcanéum droit multifragmentaire intra-articulaire. L'angle de Bohler a diminué à 13 degrés.

Rx de la cheville et pied D du 06.07.2015 : matériel d'ostéosynthèse en place par plaque et vis. Réduction de la fracture sans signes de déplacement.

Rx de la cheville D du 21.12.2015 : matériel d'ostéosynthèse en place par plaque et vis. Réduction de la fracture sans signes de déplacement.

CT de la cheville D du 12.01.2015 [recte : 2016] : status post ostéosynthèse par plaque et vis du calcanéum, matériel en place, pas de signes de déscollement. Trait de fracture persistant

corticalisé remontant jusqu'à la surface articulaire sous-talienne postérieure avec marche d'escalier. Petit[...] affaissement de la surface articulaire sous-talienne postérieure avec l'angle de Boehler à 25. Déminéralisation osseuse.

SPECT-CT de la cheville D du 22.01.2015 [recte : 2016] : hyperactivité du pied et cheville droite dans les trois phases, surtout au niveau sous-talienne avec images scannographique[s] décrite[s] comme ci-dessus.

Aucun nouveau diagnostic n'a été posé au cours du séjour, en particulier aucune psychopathologie retenue.

Les plaintes et limitations fonctionnelles [ne] s'expliquent qu'en partie par les lésions objectives constatées pendant le séjour (cf. liste diagnostics).

Des facteurs contextuels influencent négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par le patient : le contexte familial[...] est difficile, et le patient présente avec de une kinésiophobie sévère traduit par des autolimitations [sic].

[...]

Le traitement antalgique a été assuré par la prise de Brufen 600 mg 3x/j et du Tramal (retard) 100 mg 2x/j ainsi qu'en réserve du Dafalgan et du Tramadol.

L'évolution subjective et objective est favorable (cf. rapports et test fonctionnels).

La participation du patient aux thérapies a été considérée comme élevée.

Aucune incohérence n'a été relevée.

Les limitations fonctionnelles provisoires suivantes sont retenues : port de charges, marche prolongée, marche sur terrains irréguliers, montée et descente des escaliers ou des échelles.

La poursuite d'un traitement de physiothérapie 2 x/semaine (en individuel, ainsi qu'en ETH en salle de fitness) pourrait permettre d'améliorer les limitations fonctionnelles du patient.

La situation n'est pas stabilisée du point de vue médical.

Le patient est vu par notre consultant orthopédiste Dr. [...]. Au vu de la symptomatologie ainsi que les images radiologiques, il est proposé que le patient soit convoqué à la consultation spécialisé du pied au G._____ (Dr [...] et Dr N._____) à 9 mois après son accident (fin mars 2016) afin d'évaluer la suite de prise en charge.

Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité est défavorable pour les facteurs médicaux cités ci-dessus.

Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles retenues une fois le cas stabilisé est favorable. »

Le 16 mars 2016, l'assuré a été examiné par le Dr N._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin chef de l'Unité d'orthopédie du G._____. (ci-après : G._____.) Dans un rapport établi le 23 mars 2016, ce médecin, ainsi que le Dr M._____, également spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, ont posé le diagnostic de « pseudarthrose partielle calcaneus droit avec incongruence sous-talienne dans un contexte de sp. ROOS [status post réduction ouverte et ostéosynthèse] du calcaneum ». Ils ont également écrit ce qui suit :

« Examens complémentaires

L'examen radiologique montre un sp. ROOS du calcaneus avec un matériel en place, une vis plantaire légèrement proéminente et une des vis moyenne étant largement proéminente médialement à l'os.

Le CT réalisé montre une pseudarthrose partielle essentiellement au niveau de la partie médiale du calcaneus. Présence d'une incongruence de la sous-talienne postérieure avec effondrement de la partie la plus antérieure et latérale de la surface articulaire.

Problèmes et attitude

M. F._____ présente une pseudarthrose partielle du calcaneus droit avec incongruence sous-talienne et proéminence du matériel d'ostéosynthèse. Dans ce contexte et malgré les antécédents du patient nous proposons la réalisation de l'ablation du matériel d'ostéosynthèse associée à une arthrodèse de la sous-talienne par voie postérieure (= par la partie postérieure de l'incision). [...] »

L'assuré a été opéré au G._____ le 1^{er} juillet 2016 pour une arthrose sous-talienne droite post-traumatique, un status post réduction ouverte et ostéosynthèse par plaque du calcaneus droit et une paresthésie du rameau calcaneen du nerf sural à droite. L'intervention a consisté en une ablation du matériel d'ostéosynthèse du calcaneus droit, une arthrodèse sous-talienne droite et une neurolyse du nerf sural.

Selon un rapport de consultation du 10 août 2016 du G._____, l'assuré allait bien et les douleurs étaient en diminution. Lors du contrôle à trois mois, le 28 septembre 2016, l'assuré marchait encore avec des cannes à l'extérieur et les douleurs continuaient de diminuer.

L'assuré a été examiné le 15 février 2017 par le Dr R._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologique de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement de la CNA. Il a notamment relevé que la scintigraphie osseuse du 22 janvier 2016 montrait un aspect compatible avec une neuroalgodystrophie de stade I du pied et de la cheville droits. Au terme de son examen, le médecin a décidé d'un nouveau séjour à la H._____.

Ainsi, l'assuré a de nouveau séjourné à la H._____ du 28 février 2017 au 22 mars 2017. Le rapport du 3 avril 2017 de la Dresse W._____, chef de clinique adjointe, et du Dr D._____, médecin assistant, se conclut ainsi :

« A l'entrée, les plaintes et limitations fonctionnelles du patient sont des douleurs au niveau des cheville et pied droits, constantes, au repos à 1-2/10 et au maximum à 7-8/10, surtout à la mobilisation et la marche, décrit comme un étau et des crampes. Les douleurs sont météo-dépendantes et partiellement soulagées par les médicaments. Le patient décrit également une cheville qui gonfle avec des changements de couleur et de température.

[...]

Aucun nouveau diagnostic n'a été posé au cours du séjour, en particulier aucune psychopathologie retenue.

Actuellement, on retrouve encore quelques symptômes et des signes compatibles avec un SDRC. Mais ceux-ci sont légers pour tout ce qui concerne les troubles vasomoteurs, sudomoteurs, et la présence d'œdème. On rappelle qu'il faut interpréter avec prudence les signes purement sensitifs et moteurs dans ce contexte, marqué aussi par un contexte psycho-social défavorable (cf. ci-dessous).

Les plaintes et limitations fonctionnelles ne s'expliquent qu'en partie par les lésions objectives constatées pendant le séjour (Cf. liste diagnostics).

Des facteurs contextuels influencent négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par le patient telles qu'une kinésiophobie, une catastrophisation et une sous-estimation de ses propres capacités fonctionnelles chez un patient avec des traits de personnalité anxio-dépressifs et qui démontre un comportement autolimitant et douloureux. De plus, la situation socio-professionnelle et familiale est difficile chez ce patient, sans contrat de travail, sans formation certifiante, ne maîtrisant pas le français, avec des problèmes de santé dans son entourage proche.

[...]

Il n'y a pas d'évolution subjective et objective significative (Cf. rapports et tests fonctionnels).

La participation du patient aux thérapies a été considérée comme moyenne. Le patient a effectué les exercices demandés. Cependant, la douleur limite l'élaboration d'un programme de rééducation adéquat.

Aucune incohérence n'a été relevée, dans le sens où le patient est constant dans son comportement douloureux et ses auto-limitations.

Durant le séjour; une évaluation des capacités fonctionnelles (version courte) est réalisée. Le score au questionnaire PACT (appréciation de ses propres capacités fonctionnelles par le sujet) administré dans la langue maternelle du patient (Portugais), n'est pas cohérent. Le score de 71 atteint par le sujet avant la réalisation des différents tests correspond à des activités exigeant un niveau d'effort inférieur à sédentaire ou essentiellement assis. Au vu du résultat réalisé au cours de l'évaluation on peut relever que le sujet sous-estime considérablement ses aptitudes fonctionnelles. La volonté de donner le maximum est jugée incertaine et le niveau de cohérence pendant l'évaluation comme moyen. Pendant cette évaluation il a pu lever du sol à hauteur de la taille 20 kg; lever de la taille à hauteur de la tête 15 kg; lever horizontalement 10 kg avec des auto-limitations; porter de la main droite (dominante) à 7.5 kg, avec autolimitations; porter de la main gauche à 15 kg avec auto-limitations; travailler au-dessus du niveau de la tête légèrement limité par des auto-limitations; position assise sans problème; pousser en statique 6 kg; tirer en statique 12 kg; pousser en dynamique (force de poussée) légèrement limité; tirer en dynamique (force de traction) légèrement limitée; monter sur une échelle légèrement limité. Le niveau d'effort fourni au cours de l'évaluation correspond donc à un niveau d'effort léger à moyen (10-15 kg), selon le D.O.T.

Les limitations fonctionnelles provisoires suivantes sont retenues : ports de charges lourdes. Marches prolongées. Marches en terrains irréguliers. Montées et descentes d'escaliers ou d'échelles. Positions contraignantes pour la cheville (accroupie).

On peut donc conclure qu'à la sortie la situation médicale n'est pas encore stabilisée. En revanche, les limitations fonctionnelles ne vont plus changer de manière significative. Nous proposons la poursuite de physiothérapie en ambulatoire, ce qui pourrait améliorer la qualité de vie du patient.

Une stabilisation médicale est attendue dans un délai de 1 mois.

Aucune nouvelle intervention n'est proposée.

Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité et dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles ci-dessus est défavorable au vu des facteurs médicaux retenus après l'accident et non médicaux discutés ci-dessus.

Pendant le séjour, le patient est évalué aux ateliers professionnels. Cette évaluation met en évidence des difficultés dans le maintien de

la station debout ainsi que dans ses déplacements. Cependant, nous constatons que dans une activité qui éveille un certain intérêt et lui permettant d'adopter une position de travail assise, le patient est parfaitement capable d'œuvrer jusqu'à 2 heures consécutives aux ateliers professionnels. En l'état actuel, il nous paraît difficilement imaginable que M. F. _____ reprenne son ancienne activité professionnelle. En effet, les douleurs alléguées ainsi que le niveau d'effort démontré ne sont pas compatibles avec son ancienne profession. De plus, l'aspect médical de sa situation reste au premier plan pour lui.

[...]

INCAPACITE DE TRAVAIL DANS LA PROFESSION ACTUELLE DE MANOEUVRE-MACON

- 100 % du 28.02.2017 et pour une longue durée. »

Le 21 juin 2017, le Dr R. _____, médecin d'arrondissement, a procédé à l'examen final et estimé que la situation médicale était stabilisée (cf. notice d'entretien du 21 juin 2017). Son rapport du même jour se termine ainsi :

« Je ne reviens pas en détail sur les antécédents mentionnés ci-dessus.

L'assuré a souffert d'une fracture comminutive du calcanéum D des suites d'une chute le 28.06.2015.

La fracture a fait l'objet d'une réduction sanglante et d'une ostéosynthèse par le Dr Z. _____ le 03.07.2015.

L'assuré a fait un premier séjour à la H. _____ du 08.12.2015 au 26.01.2016. On a relevé une algoneurodystrophie de stade I.

Le patient a été ensuite adressé à l'équipe du Dr N. _____ à l'Hôpital orthopédique et celui-ci a procédé à une AMO du calcanéus D et une arthrodèse sous-talienne ainsi qu'à une neurolyse du nerf sural le 01.07.2016 ayant permis une consolidation radiologique de l'arthrodèse sous-talaire D.

Un deuxième séjour à la H. _____ du 28.02 au 22.03.2017 a permis de souligner une kinésiophobie, une catastrophisation et une sous-estimation des capacités fonctionnelles. Le séjour n'a pas permis d'évolution subjective et objective significative. Des limitations fonctionnelles ont été reconnues pour le port de lourdes charges, les marches en terrains irréguliers, les marches prolongées, la montée ou descente d'escaliers et d'échelles. On a retenu également des limitations fonctionnelles pour les travaux accroupis ou à genoux. On peut confirmer les limitations émises durant le dernier séjour à la H. _____.

Subjectivement, l'assuré garde des douleurs du pied et de la cheville D qu'il situe sur le bord latéral du pied ainsi qu'au niveau de l'articulation tibio-talienne antérieure. Des plaintes douloureuses

sont également présentes au niveau du tubercule postérieur du calcaneus D. Les douleurs irradient proximale vers le genou et limitent le périmètre de marche à plat à 15-20 minutes. Le pied D de l'assuré reste tuméfié. L'antalgie est faite de la prise de Tramadol®.

Objectivement, la marche s'effectue avec une boiterie importante à D et un déroulement incomplet du pas. L'accroupissement est à peine ébauché et la marche sur les talons et la pointe des pieds est refusée. L'arthrodèse sous-talaire D est fixée en bonne position et consolidée radiologiquement. Il existe une amyotrophie d'environ 3 cm de la cuisse et du mollet D par rapport au côté sain.

Les suites de l'accident du 28.06.2015 et l'arthrodèse sous-talienne D donnent droit à une IpAI de 15 %. En effet, la table 5 de l'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA (2870/5.f-2000) retient une IpAI de 15 % pour une arthrodèse sous-astragalienne.

Dans une activité respectant les limitations fonctionnelles citées ci-dessus, l'assuré peut faire valoir une pleine capacité de travail. »

Par lettre du 23 juin 2017, la CNA a informé l'assuré qu'elle mettrait fin au paiement des soins médicaux et des indemnités journalières au 31 juillet 2017 au soir, estimant qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement une amélioration notable des suites de l'accident.

Par décision du 5 juillet 2017, la CNA a nié à l'assuré le droit à une rente, la perte économique étant inférieure à 10 %. En particulier, l'assurance estimait que l'assuré avait une pleine capacité de travail dans différents secteurs de l'industrie à la condition de respecter les limitations fonctionnelles suivantes : sans port de lourdes charges, sans marches en terrains irréguliers, sans marches prolongées, la montée ou descente d'escaliers et d'échelles sont à éviter, ainsi que les travaux en position accroupies ou à genoux. Une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15 % lui était allouée.

L'assuré s'est opposé à cette décision par courrier de son mandataire du 13 juillet 2017.

En octobre 2017, l'assuré a consulté le Dr V._____, chirurgien orthopédique, dont le rapport du 18 octobre 2017 se conclut ainsi :

« Douleurs chroniques après ostéosynthèse du calcanéum en juillet 2015, et arthrodèse de l'articulation sous-astragalienne en juillet 2016. Certainement, les douleurs sont aggravées par une situation psychosociale et personnelle difficiles. Pourtant il existe certainement une douleur neurologique due à une lésion du nerf sural et également un CRPS chronique qui nécessitent un traitement. Le CRPS est mentionné dans plusieurs rapports, mais le traitement a été souvent arrêté assez tôt. Pour cette raison, j'ai prescrit à M. F._____, une ergothérapie et j'ai prescrit du Pregabalin. »

Dans un certificat médical du 16 novembre 2017, ce médecin concluait à la présence d'une incapacité de travail de 75 % pour un travail seulement assis, du 16 novembre 2017 au 31 décembre 2017.

L'assuré a complété son opposition le 20 novembre 2017 et a notamment produit un certificat médical du 6 octobre 2017, en partie illisible, concernant son suivi par le Dr Q._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Par décision sur opposition du 29 novembre 2017, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré. Répondant à l'argument de l'assuré qui lui reprochait de ne pas avoir statué dans une décision formelle sur la fin du versement des indemnités journalières et de la prise en charge médicale, la CNA a précisé que la stabilisation de son état de santé pouvait être contestée avec la décision de refus de rente. A cet égard, elle a maintenu sa position, au motif que le Dr V._____ s'était limité à prescrire des séances d'ergothérapie et du Pregabalin sans prétendre que ces mesures permettraient à l'assuré de reprendre son activité habituelle. Elle s'est référée aux conclusions détaillées et concordantes des médecins de la H._____ et du Dr R._____, qui avaient également tenu compte du SDRC. A l'inverse, le Dr V._____ n'expliquait pas pourquoi il retenait une incapacité de travail de 75 % dans n'importe quelle activité, ni ne se prononçait sur l'influence sur les douleurs des facteurs contextuels et personnels. Les problèmes psychiques que l'assuré faisait valoir n'étaient par ailleurs pas en relation de causalité adéquate avec l'accident, de sorte que la question de la causalité naturelle pouvait rester indéfinie. La CNA a confirmé la comparaison des gains qu'elle avait effectuée, menant à une

perte de gain de 7,13 %, précisant que l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI) avait également retenu une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Les éventuels troubles psychiques n'engageant pas la responsabilité de la CNA, ceux-ci ne pouvaient influencer le degré de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

B. Le 15 janvier 2018, F._____ a recouru contre cette décision sur opposition par l'intermédiaire de son mandataire auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal Cantonal, concluant à son annulation et, principalement, à la poursuite du versement des indemnités journalières avec effet rétroactif au 1^{er} août 2017, subsidiairement, à l'octroi d'une rente d'invalidité entière et à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité d'au moins 30 %. Il a invoqué que sa situation médicale n'était pas stabilisée puisque tant le Dr V._____ que le Dr X._____ envisageaient l'ablation des vis au niveau du talon. Il s'est prévalu des conclusions des médecins de la H._____, selon lesquelles le pronostic de réinsertion dans une activité professionnelle était défavorable, et de celles des Drs V._____ et X._____ qui niaient l'existence d'une pleine capacité de travail. Il a reproché à la CNA une instruction lacunaire et précisé qu'il avait contesté le projet de décision de l'OAI. Il a estimé que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité devait tenir compte de l'atteinte psychologique. Il a par ailleurs requis la mise en œuvre d'une expertise.

Le recourant a produit un rapport médical établi le 8 janvier 2018 par le Dr X._____, chirurgien orthopédique, qui a écrit notamment ce qui suit :

« J'ai vu à ma consultation le patient susnommé qui, en juin 2015, suite à une chute d'une hauteur d'environ 1m50, se réceptionne sur le pied droit, occasionnant une fracture très communitive du calcanéum droit, ayant nécessité une intervention en juillet 2015 avec fixation par une plaque calcanéenne.

Suite à cette ostéosynthèse, le patient a continué à présenter d'importantes douleurs avec développement d'une arthrose sous talienne secondaire et également un syndrome d'irritation du nerf sural. Il a donc été réopéré à nouveau en juillet 2016 avec neurolyse du nerf sural et arthrodèse sous-talienne, fixée par 2 vis 7.0 en compression. L'intervention s'est relativement bien déroulée, avec une bonne consolidation osseuse.

Néanmoins, Monsieur F. _____ continue à avoir des plaintes douloureuses multifactorielles. D'une part, des plaintes de surcharge sur les autres articulations du pied, également des douleurs relativement indéterminées sur tout le pied, dont une origine neurologique est possible ou un syndrome régional douloureux, et également une gêne au niveau du talon qui peut, en partie, être mise en rapport avec les têtes de vis, qui sont un peu protubérantes au niveau de l'os et qui peuvent provoquer un hyperappui local. En outre, le patient se plaint également d'un pied constamment froid et d'une perte de force. Il marche, bien entendu, avec une boiterie antalgique relativement marquée, ce qui provoque des douleurs sur le reste du squelette et également des douleurs musculaires.

Concernant les questions et l'avis qui m'est demandé, à savoir qu'une décision de la SUVA a été notifiée stipulant, d'une part, que la situation de l'assuré était stable et, d'autre part, que l'invalidité de l'assuré était inférieure à 10 % dans une activité à plein temps, adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de port de charge lourde, marches en terrain irrégulier ou prolongées, montée ou descente d'escaliers et échelles, position accroupie ou à genoux) et il m'est demandé de me prononcer, notamment quant à 2 questions :

D'une part, si l'état de santé est considéré comme stable ou non et, d'autre part, si dans une activité selon la SUVA, l'assuré peut travailler à temps complet comme cela a été affirmé dans la décision de la SUVA, ou si plutôt le patient a un temps de travail limité à 2h/j, comme cela avait été proposé par le Dr V. _____, qui a été sollicité comme 2^{ème} avis.

Concernant le 1^{er} point, j'estime que l'état de santé du patient ne peut pas être considéré comme stabilisé, puisque Monsieur F. _____ a une gêne à la palpation de la partie postérieure du talon, en rapport avec les vis qui sont quelque peu proéminentes et que donc une ablation de ces vis devrait pouvoir lui être proposée. D'autre part, il s'agit ici d'une arthrodèse sous-talienne qui, actuellement, commence à provoquer des surcharges sur les autres articulations avoisinantes et cette surcharge va probablement continuer à évoluer. On peut donc s'attendre à ce qu'à l'avenir une arthrose des articulations adjacentes se développe, qui pourra nécessiter d'autres interventions chirurgicales, de type arthrodèse.

Pour le moment, en tout cas, le port d'un soutien de la voûte plantaire, avec une chaussure orthopédique et des lits plantaires adaptés, est absolument indispensable et est consécutif à l'accident, donc doit être prise en charge dans ce cadre-là.

Le patient ayant encore des douleurs relativement importantes, il pourrait être envisagé de procéder à quelques modifications dans les actuels supports, afin d'essayer de stabiliser davantage le pied.

Ensuite, concernant la 2^{ème} question, à savoir l'activité au travail, il est clair que dans une activité lourde dans la construction, comme le patient le faisait avant, un retour au travail est absolument exclu et impossible. Il faut considérer qu'il est inapte à 100% et ce de manière définitive.

En ce qui concerne les limitations que la SUVA a évoqué[es], j'estime que pas toutes les limitations n'ont été évoquées. En effet, à aucun moment il n'a été considéré le fait que le patient ne peut pas rester immobile et assis de manière prolongée, puisqu'après environ 2h il commence à avoir une tuméfaction du pied et de la cheville, qui nécessite qu'il se lève, qu'il se mette en position allongée, surélève le pied et fasse des massages de drainage. Il a ensuite besoin de plusieurs heures pour récupérer de cette tuméfaction et douleur consécutives à la position assise prolongée.

Cette limitation n'a pas du tout été évoquée par la SUVA qui j'estime est importante et déterminante. En effet, avec cette situation, il est dans tous les cas impossible d'estimer que le patient peut exercer une quelconque activité professionnelle à 100 %.

Je pense, en revanche, qu'il peut effectuer une activité sédentaire, mais qui doit être limitée au maximum à deux fois 2h/j en considérant une pause de plusieurs heures, mais minimum 2h, entre chaque reprise du travail.

Je considérerai donc que le patient pourrait exercer au maximum un temps de travail à 50 % avec les limitations suivantes : pas de port de charges lourdes, pas de marche en terrain irrégulier, pas de marche prolongée, pas d'escaliers ni d'échelle, pas de position accroupie ni à genoux, pas de position assise supérieure à 2h, être autorisé à changer de position, voir[e] se lever, de manière occasionnelle et respecter un temps d'arrêt de minimum 2h entre les temps de travail qui, encore une fois, devrai[en]t être limités à maximum 2h. En outre, il ne doit pas travailler dans des environnements qui soi[en]t trop froid, ni humides.

On peut donc considérer que Monsieur F. _____ peut travailler maximum deux fois 2h/j avec un temps de pause minimum de 2h entre chaque temps de travail. Il est également clair, pour ma part, que le patient doit pouvoir bénéficier d'une réorientation professionnelle et qu'il doit être aidé dans ce sens.

L'ensemble de ses problèmes sont complètement à amputer directement à l'accident survenu en 2015.

Il est à noter que, bien sûr, au vu du grand nombre de problèmes que cet accident [a] provoqu[és] au patient, il a très vraisemblablement développé un trouble dépressif relativement important qui, je pense, devrait être évalué et éventuellement pris en charge par un psychiatre.

Je pense également qu'un suivi et surtout, si une chirurgie doit être effectuée au niveau de ce pied, celle-ci doit obligatoirement être faite dans un centre spécialisé uniquement en chirurgie du pied et éventuellement une expertise extra-judiciaire plus étoffée pourrait éventuellement [être] envisagée. Je pourrais éventuellement proposer la clinique [...] [sic] à Genève. »

Dans sa réponse du 21 mars 2018, la CNA a conclu à l'annulation de sa décision sur opposition et à ce que la cause lui soit

renvoyée pour qu'elle statue, dans une décision formelle, sur les questions de la stabilisation du cas au 31 juillet 2017 et de la suppression du droit aux indemnités journalières à cette même date, pour les motifs suivants :

« En l'espèce, l'intimée entend acquiescer au présent recours pour des raisons formelles. En effet, il est apparu que la CNA aurait dû, conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral, mettre fin au versement de l'indemnité journalière par décision formelle et non en procédure simplifiée (ATF 132 V 412). Dans la mesure où le recourant a principalement conclu, dans son opposition du 20 novembre 2017 déjà (pièce 174), puis également dans son recours du 15 janvier 2018 (pièce 184), à la reprise du versement des indemnités journalières à partir du 1er août 2017 au motif que son état de santé n'était alors pas stabilisé, il y a lieu de considérer qu'il a manifesté son désaccord quant au courrier de l'intimée du 23 juin 2017 dans le délai jurisprudentiel d'une année (ATF 134 V 145). Plutôt que de statuer sur opposition, la CNA aurait donc dû rendre une décision formelle s'agissant de la stabilisation de l'état de santé du recourant et la suppression de son droit aux indemnités journalières. L'intimée a donc prématurément statué sur le droit à la rente et à l'IPAI. »

Par courrier du 24 mai 2018, le recourant a produit deux documents médicaux :

- Dans un rapport du 26 mars 2018, la Dresse K._____, médecin associée au Centre du pied au G._____ a écrit que l'assuré présentait des douleurs invalidantes quotidiennes de l'arrière-pied assez diffuses qui empêchaient toute sorte de reprise du travail, même assis, en raison de tuméfactions importantes itératives et de douleurs constantes. Une ablation des deux vis était envisagée si la consolidation de l'arthrodèse était acquise, mais cette intervention n'aurait que peu d'influence sur les douleurs diffuses du pied, sauf sur les douleurs bien reproductibles au sommet du talon.
- Le rapport de scintigraphie osseuse trois phases du 26 mars 2018 a conclu à une arthrodèse talo-calcaneenne droite acquise, à une arthrose modérée hyperfixante calcanéocuboïdienne droite, ainsi qu'à une arthrose débutante entre le cunéiforme médial et la base de la deuxième phalange à gauche.

Dans sa duplique du 12 juillet 2018, la CNA a conclu, principalement à l'annulation de sa décision sur opposition et à ce que la cause lui soit renvoyée pour les motifs exposés dans sa réponse du 21 mars 2018, subsidiairement, au rejet du recours. Elle a soutenu que le Dr X._____ et la Dresse K._____ ne se prononçaient pas sur l'état de santé au 31 juillet 2017, de sorte que leurs rapports n'étaient pas pertinents, et que les pièces au dossier ne permettaient pas de retenir qu'un traitement médical serait en mesure d'améliorer sensiblement l'état de santé du recourant. La CNA s'est par ailleurs référée aux conclusions des Drs A._____, spécialiste en chirurgie générale et traumatologie, et U._____, spécialiste en neurologie, dont elle a produit le rapport établi le 20 mars 2018 :

« **Appréciation**

Le 28.06.2015, après une chute, M. F._____ subit une fracture comminutive intra-articulaire du calcaneum droit. Il bénéficie d'une réduction avec ostéosynthèse à l'Hôpital L._____ à [...]. Dans les suites post-opératoires immédiates, aucun problème neurovasculaire ne nous est signalé. Plus tard, en novembre 2015, nous apprenons que M. F._____ ressent rapidement des douleurs externes sur le bord de son pied, au niveau du talon, irradiant distalement le long du bord externe du pied.

Pendant le séjour de M. F._____ à la H._____, une scintigraphie osseuse des pieds met en évidence une asymétrie de l'arrivée et de la captation du radio-traceur, compatible avec une neuroalgodystrophie de stade scintigraphique I du pied et de la cheville à droite. Ce diagnostic n'est cependant pas retenu par les médecins de la H._____ ni d'ailleurs par le Dr N._____, médecin-chef du Service d'orthopédie et traumatologie du G._____. Le Dr N._____ retient plutôt une incongruence sous-talienne associée à une pseudarthrose partielle essentiellement au niveau du sustentaculum tali. Il mentionne également quelques lancements au niveau du bord médial en sous-malléolaire sans les qualifier en détail. A l'examen, il retrouve une hypoesthésie sans réelle dysesthésie dans la partie supérieure du bras plantaire à droite.

Le 01.07.2016, l'assuré est opéré au Service d'orthopédie et traumatologie du G._____, bénéficiant de l'ablation du matériel d'ostéosynthèse, d'une arthrolyse sous-talienne droite et d'une neurolyse pour traitement de paresthésies du rameau calcaneen du nerf sural à droite. Lors des consultations du Dr N._____ en août et en septembre 2016, il n'y a pas de signe en faveur d'une douleur neuropathique ou d'un syndrome douloureux régional complexe (SDRC). En janvier 2017, le Dr N._____ décrit des douleurs reproductibles à la palpation en regard des deux malléoles. Là encore, il n'y a pas de signe évocateur d'un SDRC.

Lors du deuxième séjour de M. F._____ à la H._____, les médecins constatent une légère hypoesthésie autour de la cicatrice opératoire et la présence d'une dysesthésie au bord latéral du pied droit, correspondant au territoire du nerf sural. Subjectivement, l'assuré décrit une cheville qui gonfle avec des changements de couleur et de température. Les critères diagnostiques d'un SDRC selon Harden et al. [...] ne sont toutefois pas remplis [...].

Le Dr R._____, médecin d'arrondissement remplaçant de la Suva Lausanne, réalise un examen médical final en date 21.06.2017. A cette occasion, il ne constate ni amyotrophie de la cuisse et du mollet à droite, ni tuméfaction ou dyscoloration du pied. Il ne retrouve pas l'asymétrie de la température des deux MI [membres inférieurs] qu'il a décrite lors de son premier examen. Reprenant les conclusions de la H._____, le Dr R._____ estime que la situation médicale est désormais stabilisée et qu'une pleine capacité de travail est exigible dans une activité adaptée.

Les limitations fonctionnelles retenues par les médecins de la H._____ et le Dr R._____ en 2017 tiennent compte des douleurs persistantes au niveau du pied droit dues à la lésion du nerf sural droit. Ces douleurs ne sont pas dues, contrairement aux explications du Dr V._____, à un syndrome douloureux régional complexe. Il serait par ailleurs surprenant qu'un tel syndrome se développe à plus d'un an après la deuxième opération, étant donné que la période de latence entre un traumatisme et l'apparition d'un SDRC est de 6 à 8 huit semaines [...]. L'antalgie se faisant par la prise de Tramadol®, le Dr R._____ n'a pas jugé nécessaire de proposer d'autres traitements.

Le Dr X._____, dans son rapport établi le 8 janvier 2018, évoque une situation non stabilisée puisque M. F._____ devra vraisemblablement subir une ablation du matériel d'ostéosynthèse de son calcanéum et éventuellement à long terme un traitement de l'arthrose des autres articulations.

Ce ne sont pas des arguments en défaveur d'une stabilisation médicale étant donné que ces états de fait sont connus comme étant la suite logique d'une fracture du calcanéum ayant nécessité une arthrodèse. Le moment venu, en l'occurrence après 24 mois, l'ablation du matériel d'ostéosynthèse pourra avoir lieu et sera prise en charge par la Suva suite à l'annonce d'une rechute. Il en est de même pour des traitements supplémentaires, si effectivement de tels traitements devaient avoir lieu sur les autres articulations, pour autant que cela fasse, bien évidemment, partie de l'évolution de la fracture du calcanéum ayant nécessité une arthrodèse.

Le Dr X._____ mentionne entre autres que « le patient ne peut pas rester immobile et assis de manière prolongée, puisqu'après environ 2h il commence à avoir une tuméfaction du pied et de la cheville » et « pas de position assise supérieure à 2h, être autorisé à changer de position, voir[e] se lever, de manière occasionnelle et respecter un temps d'arrêt de minimum 2h entre les temps de travail qui, encore une fois, devrait être limités à maximum 2h. ».

Nous peinons à suivre le Dr X._____. En effet, du moment qu'à aucun moment il n'est fait état d'une maladie artérielle périphérique,

nous ne voyons aucune raison pour laquelle M. F. _____ ne pourrait pas porter des bas de contention classe II pour éviter le développement de la tuméfaction de son pied au cours de la journée.

Ces bas, tout comme les supports plantaires également mentionnés par le Dr X. _____ dans son rapport établi le 8 janvier 2018, peuvent être pris en charge par la Suva.

Quant aux allégations suivantes « pas de position assise [sic] supérieure à 2h, être autorisé à changer de position, voir se lever », selon la loi sur le travail (SECO), lors d'une journée de travail de 8.4 heures, une pause le matin de 15 minutes, une pause de midi de 30 minutes et une pause de 15 minutes l'après-midi sont requises, donc une pause toutes les deux heures. Il est vrai que ces pauses ne durent pas deux heures, mais celles-ci sont superflues puisque M. F. _____ peut porter des bas de contention qui évitent la tuméfaction du pied.

Réponse aux questions

1. *Au vu des rapports médicaux susmentionnés, l'état de santé de M. F. _____ pouvait-il être considéré comme stabilisé au 31 juillet 2017 ?*

Oui.

2. *Les diagnostics émis par le Dr V. _____ (douleur neurologique due à une lésion du nerf sural et également un CRPS chronique) et X. _____ (tuméfaction) se justifient-ils ? Si oui, sont-ils en rapport de causalité avec l'évènement du 28 juin 2015 ?*

Les diagnostics émis sont justifiés et sont en rapport de causalité avec l'évènement du 28 juin 2015, à l'exception du syndrome douloureux régional complexe chronique évoqué par le Dr V. _____.

3. *Les rapports médicaux des Drs V. _____ et X. _____ susmentionnés modifient-ils l'exigibilité retenue jusqu'alors ?*

Non. »

Avec ses déterminations du 2 septembre 2018, le recourant a produit un rapport médical de la Dresse K. _____ du 30 juillet 2018, qui proposait l'ablation du matériel d'ostéosynthèse ainsi qu'une infiltration cortisonée de l'articulation calcanéo-cuboïdienne.

La CNA a maintenu sa position le 27 septembre 2018, mentionnant que le rapport médical de la Dresse K. _____ n'avait pas trait à la situation antérieure à la décision attaquée.

Par la suite, le recourant a produit un certain nombre de pièces dont :

- Un rapport du 19 octobre 2018 du Dr Q._____, dans lequel celui-ci pose le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (F43.21).
- Un rapport du 16 novembre 2018 de la Dresse K._____ dans lequel celle-ci pose les diagnostics suivants :

«- Status post fracture comminutive du calcaneus droit traitée chirurgicalement en juillet 2015.
- Status post ablation du matériel d'ostéosynthèse et arthrodèse sous-talienne associée à une neurolyse du nerf sural en juillet 2016.
- Status post infiltration cortisonnée de l'articulation calcanéocuboïdienne le 22.08.2018 à [...] avec un effet partiellement bénéfique. »

- Le rapport de scintigraphie osseuse du 28 janvier 2019, mettant en évidence une intense hypercaptation tardive calcanéenne droite évoquant plutôt des phénomènes réparatoires post-traumatiques et ne montrant pas d'élément en faveur d'une éventuelle algoneurodystrophie.
- Un rapport du 21 février 2019 de la Dresse K._____, dont il résulte que le matériel d'ostéosynthèse de l'arthrodèse sous-talienne a été retiré le 23 novembre 2018. Le médecin écrit encore ceci :

« En conclusion le patient présente donc un léger bénéfice de cette ablation des deux vis. Il garde par contre comme prévu des douleurs résiduelles post-chirurgicales et post-traumatiques de son arrière-pied, également liées à une arthrose débutante de l'articulation calcanéocuboïdienne. Il présente aussi des éléments neuropathiques dans le territoire du nerf sural.

Dans ce contexte il n'y a plus d'indication à d'autres investigations car comme je l'ai mentionné dans mon courrier précédent il n'y aura pas d'autres gestes chirurgicaux à faire au vu d'un risque élevé de complications. Je pense qu'à ce stade le patient pourrait encore bénéficier de quelques séances de physiothérapie pour essayer d'améliorer le drainage et le tonus musculaire. Je lui ai donc fait une prescription dans ce sens.

Je ne pense pas que ce patient pourra retravailler comme maçon au vu de la douleur chronique qu'il présente et un arrêt de travail

depuis 2015. Je propose encore de l'adresser à un centre d'antalgie pour essayer d'optimiser le traitement anti-douleurs.

Je prolonge l'arrêt de travail à 100 % pendant 1 mois pour laisser le temps au patient de régulariser sa situation avec la SUVA et l'AI.

J'adresse aussi un courrier de demande de rendez-vous auprès de notre centre d'antalgie où le patient sera convoqué dans les meilleurs délais. »

En date du 18 mars 2019, le recourant a fait savoir qu'une expertise orthopédique allait être mise en œuvre et a requis « une prolongation de délai, jusqu'à droit connu sur l'expertise annoncée », demande qui a été rejetée par avis de la juge instructeur du 22 mars 2019.

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. a) Le litige a pour objet le point de savoir si la CNA était fondée, d'une part, à mettre un terme au 31 juillet 2017 à la prise en charge du traitement médical et au versement des indemnités journalières et, d'autre part, à refuser de mettre le recourant au bénéfice d'une rente d'invalidité et à fixer son indemnité pour atteinte à l'intégrité à 15 %.

b) On précisera que les modifications introduites par la nouvelle du 25 septembre 2015, entrées en vigueur le 1^{er} 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).

3. a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. L'art. 4 LPGA définit l'accident comme 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.

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle et adéquate (ATF 142 V 435 consid. 1 ; 129 V 177 consid. 3.2 et les références).

b) 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). Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA).

c) Si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). A teneur de l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente d'invalidité prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré - ce par quoi il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; TF 8C_202/2017 du 21 février 2018 consid. 3) - et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été

menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente.

d) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. 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 de l'expert 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_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

4. a) La suspension des prestations provisoires et la liquidation du cas avec examen des conditions du droit à la rente sont des questions si étroitement liées entre elles qu'il faut partir du principe qu'il s'agit d'un seul objet du litige. Vu que l'art. 19 al. 1 LAA fait coïncider la suspension des prestations provisoires avec l'examen, le cas échéant la fixation, du droit à la rente, il n'y a pas de place pour une pratique divergente, selon laquelle on se trouverait en présence de deux objets litigieux différents lorsqu'il est question de la suspension des indemnités journalières et du traitement médical d'une part, et de l'examen des conditions du droit à la rente d'autre part (ATF 144 V 354 ; TF 8C_619/2018 du 7 mars 2019 consid. 3.3).

b) En l'espèce, au vu de la jurisprudence précitée, il doit être admis qu'en rendant, le 5 juillet 2017, une décision formelle de refus du droit à la rente et d'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15 %, la CNA a, par voie de conséquence, également refusé formellement le versement de l'indemnité journalière et la prise en charge du traitement médical au-delà du 31 juillet 2017. Il n'y a dès lors pas lieu d'annuler la décision litigieuse et renvoyer la cause à l'intimée pour qu'elle statue formellement sur la suspension des prestations provisoires comme celle-ci le propose. Il faut, au contraire, constater que le recourant a pu faire valoir ses griefs à l'encontre de la stabilisation de son état de santé dans le cadre de l'opposition qu'il a formée contre la décision du 5 juillet 2017 et que la CNA s'est déterminée sur ces arguments dans sa décision sur opposition du 29 novembre 2017. Ces différents points étant toujours litigieux, il convient donc de les examiner successivement dans le cadre du présent arrêt.

5. a) Il faut préciser en premier lieu que les troubles psychiques présentés par le recourant n'ont pas à être pris en compte dans le cadre de l'examen de son droit à des prestations de l'assurance-accidents, faute de lien de causalité adéquate avec l'événement du 28 juin 2015.

b) En effet, comme déjà mentionné ci-dessus (consid. 3a), le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle et adéquate.

L'exigence d'un lien de causalité naturelle 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 et références citées).

En vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique, il faut d'abord classer 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, 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. L'existence d'un lien de causalité adéquate entre un accident insignifiant ou de peu de gravité et des troubles psychiques peut, en règle générale, être d'emblée niée, tandis qu'en principe, elle doit être admise en cas d'accident grave ; pour admettre le caractère adéquat du lien de causalité entre un accident de gravité moyenne et des troubles psychiques, il faut que soient réunis certains critères particuliers et objectifs dont les plus importants sont les suivants (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 ; 115 V 133 consid. 6c/aa ; 115 V 403 consid. 5c/aa ; TF 8C_651/2014 du 31 août 2015 consid. 6.3) :

- 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 ;
- les douleurs physiques persistantes ;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ;
- les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes ;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

Il est admis 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 dès lors que ces conditions doivent être cumulées pour l'octroi des prestations (ATF 135 V 465 consid. 5.1).

c) En l'espèce, c'est après avoir sauté d'une table alors qu'il jouait avec son enfant que le recourant s'est fracturé le pied en se

réceptionnant. Contrairement à l'appréciation de la CNA, qui estime qu'il s'agit d'un accident de gravité moyenne *stricto sensu*, il faut constater que cet accident peut, tout au plus, être qualifié de gravité moyenne à la limite d'un accident bénin, au vu des forces générées. Dans un tel cas de figure, pour qu'on puisse admettre le caractère adéquat de l'atteinte psychique, il faut un cumul de quatre critères au moins parmi les sept consacrés par la jurisprudence ou que l'un des critères se manifeste avec une intensité particulière (TF 8C_249/2018 du 12 mars 2019 consid. 5.1 et la référence).

On ne saurait considérer que cet événement a eu un caractère particulièrement impressionnant, ni qu'il a été accompagné de circonstances concomitantes particulièrement dramatiques, puisque le recourant a volontairement sauté d'une table dans le cadre d'un jeu et qu'il s'est blessé au moment de se réceptionner au sol.

La CNA a retenu qu'une fracture du calcanéum n'était pas une lésion grave ou propre à entraîner des troubles psychiques, appréciation qu'il convient de confirmer.

Le traitement médical n'a pas duré anormalement longtemps en l'occurrence et aucune erreur médicale n'est à déplorer.

S'agissant du critère des douleurs persistantes, il faut, selon la jurisprudence, que des douleurs importantes aient existé sans interruption notable durant tout le temps écoulé entre l'accident et la clôture du cas (art. 19 al. 1 LAA). L'intensité des douleurs est examinée au regard de leur crédibilité, ainsi que de l'empêchement qu'elles entraînent dans la vie quotidienne (ATF 134 V 109 consid. 10.2.4 ; TF 8C_459/2017 du 16 avril 2018 consid. 5.2). En l'occurrence, il y a lieu de relativiser les douleurs dont se plaint le recourant dans la mesure où il présente un comportement douloureux et autolimitant, comme relevé par les médecins de la H._____ (rapport du 3 avril 2017).

Au cours du processus de guérison, l'existence d'un SDRC a été évoquée par les médecins, sans toutefois que ce diagnostic ne soit

considéré comme une complication importante par les médecins. Finalement, les Drs A. _____ et U. _____ ont écarté l'éventualité d'un SDRC de manière convaincante dans leur appréciation (cf. consid. 6 ci-dessous).

Comme le retient la CNA, la durée de l'incapacité de travail et du traitement ne peut pas être qualifiée d'anormalement longue et a notamment été influencée par des facteurs contextuels.

Au vu de ce qui précède, un lien de causalité adéquate ne saurait être retenu en l'espèce. Il n'y a dès lors pas lieu de considérer que l'accident subi par le recourant était propre à entraîner des troubles psychiques.

6. Dans leur rapport du 3 avril 2017, les médecins de la H. _____ ont considéré que l'état de santé du recourant n'était pas tout à fait stabilisé, mais qu'il le serait dans un délai d'un mois. Ils ont précisé que les limitations fonctionnelles n'allaient plus changer de manière significative, mais que la poursuite de la physiothérapie pourrait améliorer la qualité de vie du patient. Aucune nouvelle intervention chirurgicale n'était proposée. A la suite de son examen du 21 juin 2017, le Dr R. _____ a estimé que la situation était stabilisée, relevant que le deuxième séjour à la H. _____ n'avait pas permis d'évolution subjective et objective significative. Sur la base de ces documents, la CNA a mis fin au versement des indemnités journalières et à la prise en charge du traitement médical au 31 juillet 2017.

Le recourant conteste que son état de santé soit stabilisé, en se prévalant des rapports établis par les Drs V. _____ et X. _____.

Dans son rapport du 18 octobre 2017, le Dr V. _____ estimait que la situation n'était pas stabilisée en raison de la présence d'une douleur neurologique, due à une lésion du nerf sural, et d'un SDRC chronique, affections qui nécessitaient un traitement. Il n'est pas contesté que le recourant a présenté des douleurs en lien avec une lésion du nerf

sural. Lors de l'intervention du 1^{er} juillet 2016, les médecins ont d'ailleurs procédé à une neurolyse de ce nerf. Lors de la consultation au centre de la douleur de la H._____, les médecins ont conclu qu'il n'y avait pas de douleur neuropathique et que les douleurs étaient clairement de type mécanique (rapport du 29 mars 2017). Dans son rapport du 8 janvier 2018, le Dr X._____ évoque certes une éventuelle origine neurologique aux douleurs qui persistent, mais sans toutefois apporter d'argument médical en faveur de cette hypothèse. Dans son rapport du 16 novembre 2018, la Dresse K._____ mentionne la persistance d'une neuropathie surale à droite, malgré la neurolyse. Elle ne propose cependant pas d'autres investigations en lien avec cette atteinte, ni d'autres gestes chirurgicaux au vu du risque accru de complications ainsi que du faible rapport risque-bénéfice d'une révision à ce niveau. Au final, il faut constater que même si on admet qu'une partie des douleurs du recourant est d'origine neurologique, la situation doit être considérée comme stabilisée, puisqu'aucune mesure ne pourrait apporter une amélioration sensible de l'état de santé.

L'existence d'un éventuel syndrome douloureux régional complexe (SDRC ou CRPS en anglais, également appelé algo[neuro]dystrophie) a été évoquée, mais non retenue, lors du premier séjour du recourant à la H._____ (rapport du 18 février 2016). Lors du second séjour dans cet établissement, quelques symptômes et signes compatibles avec un SDRC étaient présents, mais de manière légère pour ce qui concerne les troubles vasomoteurs, sudomoteurs et la présence d'œdème. Les médecins précisaient que les signes purement sensitifs et moteurs devaient être interprétés avec prudence compte tenu également du contexte psycho-social défavorable. Ils ainsi ont posé un diagnostic de SDRC au décours (rapport du 3 avril 2017). Dans ces appréciations médicales, le Dr R._____ se limite à indiquer que ce diagnostic a été évoqué. Le Dr V._____ conclut à la persistance d'un SDRC, mais sans toutefois indiquer les critères qui lui font retenir un tel diagnostic (rapport du 18 octobre 2017). De leur côté, les Drs A._____ et U._____ ont examiné la présence - ou non - des critères, symptômes et signes cliniques qui permettent de fonder un diagnostic de SDRC et arrivent à la

conclusion que le recourant ne souffre pas d'une telle atteinte (appréciation du 20 mars 2018 p. 8-9). Leur analyse détaillée et motivée, faite en pleine connaissance du dossier et de l'anamnèse, doit se voir reconnaître pleine valeur probante, à l'inverse des conclusions non motivées du Dr V._____.

Dans son rapport du 8 janvier 2018, le Dr X._____ mentionne par ailleurs que l'état de santé du recourant ne peut pas être considéré comme stabilisé, d'une part, à cause de la nécessité de procéder à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse et, d'autre part, en lien avec les futures interventions qui pourraient s'avérer nécessaires pour les articulations avoisinantes, étant donné qu'on pouvait s'attendre à l'avenir à une arthrose de ces dernières, en raison des surcharges provoquées par l'arthrodèse sous-talienne. Les Drs A._____ et U._____ exposent toutefois clairement que ces arguments ne parlent pas en défaveur d'une stabilisation médicale étant donné que ces états de fait sont connus comme étant la suite logique d'une fracture du calcanéum ayant nécessité une arthrodèse et que, le moment venu, les traitements évoqués pourront être pris en charge par la CNA dans le cadre de l'annonce d'une rechute (appréciation du 20 mars 2018 p. 9). Il faut reconnaître, comme le relèvent ces deux spécialistes, que le seul fait que des interventions futures soient envisagées ne permet pas de remettre en cause la stabilisation de l'état de santé du recourant. Le Dr X._____ indique d'ailleurs que l'ablation du matériel d'ostéosynthèse est motivée par la gêne que le recourant ressent à cause des vis qui étaient quelque peu proéminentes (rapport du 8 janvier 2018), de sorte que cette intervention ne saurait conduire à une amélioration sensible de son état de santé. La Dresse K._____ mentionne d'ailleurs explicitement dans son rapport du 26 mars 2018 que l'ablation du matériel d'ostéo-synthèse n'aura que peu d'influence sur les douleurs diffuses du pied. Cette intervention a finalement eu lieu le 23 novembre 2018 et a été prise en charge par la CNA comme annoncé.

Au final, il faut constater que la CNA était légitimée à considérer que l'état de santé du recourant était stabilisé en date du 31 juillet 2017. Aucune mesure de réadaptation n'allait par ailleurs être mise

en œuvre dans le cadre de l'assurance-invalidité, selon les informations transmises par l'OAI (notice téléphonique du 21 juin 2017), si bien que c'est à juste titre que la CNA a mis un terme au versement des indemnités journalières ainsi qu'à la prise en charge du traitement médical en date du 31 juillet 2017.

7. Il convient maintenant d'examiner le droit du recourant à une éventuelle rente d'invalidité.

a) Il n'est nullement contesté que le recourant présente une totale incapacité de travail dans son activité habituelle de maçon, respectivement d'ouvrier de la construction.

S'agissant de sa capacité de travail dans une activité adaptée, les médecins de la H._____ et le Dr R._____ ont estimé, dans leurs rapports respectifs des 3 avril 2017 et 21 juin 2017, qu'on pouvait attendre du recourant qu'il exerce à plein temps une activité sans port de charges lourdes, sans marches prolongées, ni marches en terrains irréguliers, sans montées ou descentes d'escaliers ou d'échelles, et sans positions contraignantes pour la cheville, comme les travaux accroupi ou à genoux. Certes, les médecins de la H._____ indiquent que le pronostic de réinsertion professionnelle est défavorable, comme le recourant le relève dans son recours. Il faut toutefois comprendre de leurs explications que le pronostic d'un retour dans l'ancienne activité est défavorable au vu des facteurs médicaux retenus après l'accident, et que le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles décrites, est défavorable en raison de facteurs contextuels influençant négativement les aptitudes fonctionnelles du recourant. Lors des deux séjours du recourant à la H._____, les médecins ont en effet relevé chez lui une kinésiophobie, une catastrophisation, un comportement autolimitant avec une sous-estimation de ses capacités et un contexte familial et socio-professionnel difficile. Ces facteurs ne relèvent toutefois pas de la notion d'invalidité et ne sont par conséquent pas susceptibles de mener à une appréciation différente de la capacité de travail du recourant (ATF 127 V 294 consid. 5a ; TF 8C_561/2007 du 8 mai

2008 consid. 3.1.2). Force est de constater que les rapports rédigés par les médecins de la H. _____ sont détaillés et motivés, qu'ils tiennent compte des plaintes de l'assuré et ont été établis à l'issue des deux séjours que celui-ci a effectués à la H. _____ et en connaissance de son dossier, de sorte qu'il y a lieu de leur reconnaître une pleine valeur probante. Il en va de même de l'appréciation du Dr R. _____ du 21 juin 2017, lequel a pris ses conclusions après avoir examiné le recourant, en tenant compte de ses plaintes, de l'anamnèse et de l'ensemble du dossier.

Le recourant se prévaut, d'une part, du certificat médical du Dr V. _____ du 16 novembre 2017, qui attestait une incapacité de travail de 75 % dans une activité assise. Ce médecin ne motive toutefois absolument pas son appréciation et son certificat ne concernait en outre que la période du 16 novembre au 31 décembre 2017.

D'autre part, se référant au rapport médical du Dr X. _____ du 8 janvier 2018, le recourant fait valoir que sa capacité de travail serait d'au maximum 50 % dans une activité adaptée, puisqu'en plus des limitations fonctionnelles citées plus haut, il ne pourrait pas rester en position assise pendant plus de deux heures, devrait pouvoir changer de position, voire se lever, devrait alterner des périodes de travail de maximum deux heures avec des pauses d'une durée de deux heures et devrait éviter les environnements de travail froids ou humides. Le Dr X. _____ explique ces limitations supplémentaires par le fait qu'après deux heures en position statique, le recourant présente une tuméfaction du pied et de la cheville, qui nécessite qu'il se lève, qu'il se mette en position allongée, surélève le pied et fasse des massages de drainage.

Il paraît étonnant que seul le Dr X. _____ évoque ce problème de tuméfaction du pied en cas de position statique de plus de deux heures, alors que cet élément n'a jamais été soulevé par les autres médecins, en particulier lors des deux séjours du recourant à la H. _____, qui ont chacun duré plusieurs semaines. Quoiqu'il en soit, dans leur appréciation du 20 mars 2018, les Drs A. _____ et U. _____ écartent de manière convaincante les conclusions du Dr X. _____. Ils expliquent en

effet qu'à aucun moment, il n'a été fait état de l'existence d'une maladie artérielle périphérique, de sorte qu'ils ne voyaient pas pourquoi le port de bas de contention ne suffirait pas à éviter le développement de la tuméfaction du pied au cours de la journée, ce qui rendait superflu le besoin de pauses supplémentaires. On peut en effet clairement attendre du recourant qu'il porte des bas de contention, cette mesure s'inscrivant dans le cadre de son devoir de faire tout son possible pour diminuer le dommage (ATF 138 I 205 consid. 3.2 et 3.3 ; 113 V 22 consid. 4a et les références). Cela étant, rien ne justifie de s'écarter de l'appréciation concordante des Drs W._____, D._____, R._____, A._____ et U._____ selon laquelle le recourant bénéficie d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, les limitations fonctionnelles étant le port de charges lourdes, les marches prolongées ou en terrains irréguliers, les montées ou descentes d'escaliers ou d'échelles, ainsi que les positions contraignantes pour la cheville.

b) Pour évaluer le taux d'invalidité, et ainsi le montant de la rente, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé à celui que l'assuré devenu invalide par suite d'un accident pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de traitements et de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail (art. 16 LPGA, auquel renvoie implicitement l'art. 18 al. 2 LAA ; TF 8C_778/2017 du 25 avril 2018 consid. 3). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants des revenus, avec et sans invalidité, et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 142 V 290 consid. 4 et 137 V 334 consid. 3.1.1 ; TF 8C_643/2016 du 25 avril 2017 consid. 4.1).

En l'absence d'un 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'invalide peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les

données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail (DPT) établies par la CNA (ATF 139 V 592 consid. 2.3 ; 135 V 297 consid. 5.2 ; TF 9C_140/2017 du 18 août 2017 consid. 5.4.1).

c) En l'occurrence, la CNA a fixé le revenu sans invalidité du recourant à 5'553 fr. sur la base du salaire horaire annoncé par l'employeur pour 2017. S'agissant du revenu avec invalidité, elle s'est référée au salaire moyen de 5'157 fr. issu de cinq DPT compatibles avec les limitations fonctionnelles du recourant, ce qu'il ne conteste pas. Le recourant ne soulève aucun grief à l'encontre du calcul opéré par la CNA, lequel doit être confirmé.

Le taux d'invalidité du recourant étant inférieur à 10 %, c'est à juste titre que la CNA a refusé de le mettre au bénéfice d'une rente d'invalidité.

8. Le recourant conteste le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) retenu, estimant que celui-ci devrait être d'au moins 30 %.

a) Selon l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique par suite de l'accident a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. Aux termes de l'art. 36 al. 1 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202), une 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. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 à l'OLAA (art. 36 al. 2 OLAA). Cette annexe comporte un barème - reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 124 V 29 consid. 1b, 209 consid. 4a/bb ; TF 8C_566/2017 du 8 mars 2018 consid. 5.1) - 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 annexe 3 OLAA). 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. Toutefois, dans la mesure 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 et 116 V 156 consid. 3a ; TF 8C_566/2017 précité, loc. cit.).

b) En l'occurrence, la CNA s'est basée sur l'appréciation du Dr R. _____ du 21 juin 2017. Celui-ci a fixé cette indemnité à 15 %, soit le taux retenu pour une athrodèse sous-astragaliennne selon la table 5 d'indemnisation, relative aux atteintes à l'intégrité résultant d'arthroses. Cette appréciation n'apparaît pas critiquable. Contrairement à ce que le recourant invoque, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité n'a pas à tenir compte des troubles psychiques qu'il présente puisque, comme établi ci-dessus (consid. 5), ceux-ci ne sont pas en lien de causalité adéquate avec l'accident du 28 juin 2015. Il convient par conséquent de confirmer le taux de 15 % retenu.

9. L'instruction du dossier permettant de statuer en toute connaissance de cause, on ne voit pas, dans ce contexte, ce qu'une nouvelle évaluation pourrait apporter de plus, si ce n'est une appréciation médicale supplémentaire. En effet, l'autorité peut renoncer à accomplir certains actes d'instruction si, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves, elle est convaincue que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne peuvent plus modifier cette appréciation (appréciation anticipée des preuves ; ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1). Il sera dès lors renoncé à la mise en œuvre d'une expertise comme le requiert le recourant et il ne se justifie pas non plus d'attendre la production du rapport d'expertise privée annoncé, ce dernier n'apparaissant pas susceptible de remettre en question les conclusions concordantes des Drs W. _____, D. _____, R. _____, A. _____ et

U._____, étant également rappelé que les médecins de la H._____ ont établi leur rapport après avoir suivi le recourant pendant plusieurs semaines.

10. a) Le recours doit par conséquent être rejeté et la décision sur opposition litigieuse 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, dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 29 novembre 2017 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, 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 :

- Unia Vaud, Secrétariat du Nord Vaudois (pour le recourant),
- 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 :