

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 4 juin 2020

Composition : Mme BERBERAT, présidente
Mme Dormond Béguelin et M. Oppikofer, assesseurs
Greffière : Mme Laurency

Cause pendante entre :

P._____, à [...], recourant, représenté par Me Paul-Arthur Treyvaud,
avocat à Yverdon-les-Bains,

et

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

Art. 18 al. 1 et 24 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. a) P. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1965, a travaillé dans un premier temps en tant que manoeuvre-étancheur.

b) L'assuré a été victime d'un premier accident le 2 décembre 2013, entraînant une fracture naviculaire du pied droit.

Par décision du 5 août 2015, la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée) a considéré que l'assuré était en mesure de travailler à 100 % dans une activité adaptée dans les domaines de l'industrie, en évitant une position debout prolongée, la marche en terrain irrégulier ainsi que les travaux accroupi. La perte de gain de l'assuré était insuffisante pour ouvrir le droit à la rente d'invalidité de l'assurance-accidents. Une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) d'un montant de 6'300 fr. a été octroyée sur la base d'une atteinte à l'intégrité de 5 %.

Cette décision a fait l'objet d'un recours auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui a confirmé l'appréciation de la CNA (CASSO AA 92/15 - 116/2017 du 31 octobre 2017). En particulier, il a été retenu que le syndrome douloureux régional complexe n'avait été évoqué par certains médecins que plusieurs mois après l'accident. Le délai de six à huit semaines imposé par la jurisprudence pour admettre un lien de causalité naturelle entre cette affection et l'accident était dès lors largement dépassé.

c) Le 16 août 2017, l'assuré, engagé comme poseur de résine et assuré à ce titre obligatoirement contre le risque d'accidents auprès de la CNA, s'est tordu la cheville gauche en portant du matériel. Il a été en arrêt de travail dès cette date.

A teneur d'un rapport du 28 octobre 2017, la Dre J. _____, qui avait prodigué les premiers soins, a posé les diagnostics d'entorse de la

cheville gauche stade I, d'arrachement de la base du 5^e métatarse gauche et de douleurs chroniques du pied droit. Les radiographies ne montraient pas de fracture de la cheville gauche, mais un probablement arrachement de la base du 5^e métatarse.

Dans un rapport du 9 novembre 2017, le Dr N._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a constaté que l'assuré présentait un début de parésie de l'hallux avec une faiblesse des péroniers et une hypoesthésie du dos du pied. L'assuré s'était vu prescrire des séances de physiothérapie notamment.

Selon un certificat médical du 30 novembre 2017, le Dr N._____ a indiqué qu'à partir du 1^{er} décembre 2017, l'assuré présentait une incapacité totale de travail et « passait en maladie » depuis cette date.

L'assuré a été vu au Service de neurologie du Centre B._____. Il ressort du rapport du 16 février 2018 établi à la suite de cet examen qu'il n'y avait pas d'argument pour une neuropathie fibulaire, mais l'assuré présentait une radiculopathie L5 gauche (conduction motrice et ondes F [Flutter] anormales à gauches, potentiels sensitifs préservés et tracés neurogènes à la détection à l'aiguille).

Donnant suite à une demande de la CNA d'examiner le cas, le Dr R._____, spécialiste en neurologie, a indiqué dans un rapport du 4 juin 2018 que les troubles constatés à l'examen clinique et électrophysiologique étaient compatibles avec une atteinte radiculaire L5-S1 ou avec une atteinte tronculaire intéressant les nerfs péronier et tibial gauches. La forte asymétrie d'amplitude des potentiels moteurs malgré la préservation des potentiels sensitifs était selon ce médecin un argument, dans le contexte clinique, plus pour une atteinte tronculaire que radiculaire. Parlait aussi contre une atteinte radiculaire le résultat de l'IRM lombaire du mois d'octobre 2017 qui avait révélé une hernie discale L4-L5 gauche mais sans compression radiculaire L5 certaine ni radiculaire S1. On

pouvait donc penser que cette hernie discale n'expliquait pas les troubles. Compte tenu du fait que l'assuré avait été traité par VACOPed (attelle de marche) et que c'était lors du retrait du VACOPed que les troubles sensitivo-moteurs avaient été constatés, l'origine la plus probable était qu'il y avait eu compression des troncs nerveux par le VACOPed. Un étirement tronculaire lors de la distorsion de la cheville était théoriquement envisageable mais très peu probable dans ce cas, étant donné qu'il n'y avait pas de bloc de conduction clairement démontré et qu'initialement, aucun déficit neurologique n'avait été constaté. L'assuré pouvait être adressé à la Clinique G. _____ de [...] afin de hâter la récupération. Dans l'activité habituelle, la capacité de travail était nulle, mais elle était complète dans une activité sédentaire.

L'assuré a séjourné à la Clinique G. _____ du 10 juillet au 7 août 2018. Il ressort du rapport du 28 août 2018 que les Drs F. _____ et S. _____ de la Clinique G. _____, tous deux médecins praticiens, ont retenu le diagnostic principal de thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs et limitations fonctionnelle de la cheville gauche. Les diagnostics supplémentaires étaient un traumatisme en torsion de la cheville gauche le 16 août 2017 et une probable atteinte chronique radiculaire L5 ou S1 gauche selon l'électroneuromyogramme du 20 juillet 2018. Les médecins ont mentionné à titre d'antécédent les fractures de l'os naviculaire et base du premier métatarsien droits (2 décembre 2013). Il y avait un traitement conservateur et un probable syndrome douloureux régional complexe dans les suites. Les Drs F. _____ et S. _____ ont relevé des incohérences entre l'importance des douleurs et du handicap allégué et les lésions organiques objectivables. Il y avait également une discordance entre le comportement pendant l'examen analytique et en dehors (pas de flexion dorsale de la cheville à l'examen analytique alors qu'elle était présente à la marche, attaque des escaliers par le pied gauche alors que l'assuré se disait incapable d'essayer la position monopodale gauche). La situation n'était pas stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles. La poursuite d'un traitement de physiothérapie pouvait améliorer les capacités fonctionnelles de l'assuré. La stabilisation médicale était attendue dans un délai de deux mois. Le

pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles (activité légère à sédentaire principalement en position assise) était théoriquement favorable. L'assuré avait indiqué aux médecins envisager de reprendre une activité à 50 % dans son ancienne entreprise. Les médecins lui avaient répondu que c'était une bonne idée de reprendre dans un premier temps à 50 % et qu'il faudrait augmenter le temps de travail ensuite. L'incapacité de travail dans la profession de maçon était totale du 7 août au 7 septembre 2018.

Était joint au rapport de la Clinique G. _____ un rapport du 23 juillet 2018 du Dr H. _____, spécialiste en neurologie, établi à la suite d'un électroneuromyogramme du 20 juillet 2018. Selon ce rapport, l'examen démontrait clairement des signes d'une atteinte sensitivomotrice du membre inférieur gauche. Il s'agissait probablement d'une atteinte chronique radiculaire L5 ou S1 avec un léger déficit sensitif. Les signes objectivables étaient une hyporéflexie achilléenne gauche, une probable faiblesse pour la flexion plantaire et l'éversion, une amyotrophie du muscle pédieux gauche par rapport à droite et des probables troubles de la sensibilité dans le territoire L5 et S1. Les neurographies sensitives étaient normales, mais il y avait une diminution de l'amplitude motrice du nerf péronier et clairement des signes d'une atteinte axonale chronique dans les muscles tibial postérieur et subaigu dans le muscle gastrocnémien interne. Il n'y avait pas de signe pour une atteinte focale du nerf tibial péronier à la jambe. Une compression des nerfs à la jambe semblait au Dr H. _____ nettement moins probable.

D'après un certificat médical du 15 septembre 2018 du Dr L. _____, médecin traitant et spécialiste en médecine interne générale, la capacité de travail de l'assuré était de 50 % dès le 17 septembre 2018.

Selon un rapport du 6 novembre 2018 du Dr V. _____, médecin d'arrondissement de la CNA et spécialiste en chirurgie, le retentissement fonctionnel des déficits neurologiques objectivés au membre inférieur gauche était difficile à évaluer, comme les médecins l'avaient souligné lors du séjour à la Clinique G. _____, en présence

d'une importante autolimitation et d'une collaboration incertaine. Selon le Dr V._____, rien ne s'opposait à l'exercice d'une activité adaptée à plein temps, en tenant compte des limitations reconnues à la suite du premier accident. Ce médecin n'identifiait pas de séquelles de l'entorse du 16 août 2017. Tout laissait à penser qu'elle avait été parfaitement bénigne. S'agissant du léger déficit sensitivo-moteur observé au membre inférieur gauche, le Dr H._____ l'attribuait, comme les neurologues du Centre B._____, à une probable atteinte chronique radiculaire L5 ou S1 gauche, une compression des nerfs à la jambe lui semblant nettement moins probable. Cette atteinte radiculaire procédait clairement de troubles dégénératifs antérieurs à l'accident bien mis en évidence par l'IRM du 11 octobre 2017, même si une compression radiculaire n'était pas actuellement démontrée. Elle n'était pas en lien avec l'accident, mais il était bien possible qu'elle en soit la cause, une faiblesse du pied gauche étant évidemment susceptible de favoriser une entorse de la cheville gauche. C'était vraisemblablement ce qui s'était passé chez l'assuré. La poursuite du traitement n'était dès lors pas à la charge de la CNA.

Par décision du 19 novembre 2018, la CNA a mis fin aux prestations au 2 décembre 2018.

D'après une IRM lombaire du 5 décembre 2018, l'assuré présentait une discrète progression du rétrécissement canalaire L4-L5 qui était actuellement de grade C sur protrusion discale, hypertrophie des ligaments jaunes et arthrose inter-apophysaire postérieure.

Le 8 décembre 2018, l'assuré a formé opposition contre la décision du 19 novembre 2018, demandant la poursuite du paiement des indemnités journalières et la prise en charge des frais de traitement.

Dans un rapport du 13 décembre 2018, le Dr N._____ a indiqué qu'une IRM de la cheville gauche du début du mois montrait une lésion chondrale du talus supéro-médial. Le Dr N._____ allait confectionner dans un premier temps pour la cheville un chaussage épargnant de la cheville et réévaluer la situation par la suite.

Selon un rapport du 27 décembre 2018, le Dr L. _____ a fait état d'un syndrome douloureux régional complexe dans les suites du premier accident avec neuroalgodystrophie du pied et de la cheville droite. Il a notamment mentionné un œdème sur le dos du pied droit. A gauche, une tuméfaction discrète pré-malléolaire externe, des douleurs en flexion et extension de la cheville gauche ont été constatées. La capacité de travail était de 50 % pour une durée indéterminée.

Réexaminant le cas, le Dr V. _____ a relevé dans son rapport du 6 mars 2019 qu'il prenait acte de l'IRM du 3 décembre 2018 concernant la cheville gauche, mais que l'examen clinique était strictement normal le 5 novembre 2018, sous réserves que l'assuré portait une contention ce qui pouvait masquer un léger œdème, constaté par le Dr L. _____. Du point de vue thérapeutique pour la cheville gauche, hormis une adaptation du chaussage, ce qui avait été fait, le Dr V. _____ ne voyait pas quel traitement était susceptible d'améliorer notablement la situation. La capacité de travail restait entière dans une activité adaptée, en tenant compte des limitations qui avaient été reconnues à l'assuré à la suite du premier accident. Ce médecin recommandait de prendre en charge les investigations et le traitement qui s'étaient poursuivis ultérieurement, mais uniquement concernant la cheville gauche. En se référant à la table 5 du barème de l'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon l'assurance-accidents, compte tenu également de la bilatéralité des lésions, un taux de 5 % pouvait être retenu pour la cheville gauche par analogie à une arthrose toute débutante de la tibio-talienne.

Par décision du 21 mars 2019, la CNA a annulé la décision du 19 novembre 2018. Elle a pris en charge les frais de traitement et d'investigation concernant la cheville gauche. La CNA a toutefois maintenu que l'incapacité de travail subsistant après le 2 décembre 2018 n'était plus en lien avec l'accident. Le taux de l'IPAI a été fixé à 5 %.

Dans un rapport du 4 avril 2019, le Dr N. _____ a fait état d'une entorse à la cheville gauche avec lésion chondrale du talus supéro-

médial. Ce trouble causait des douleurs mécaniques antérieures limitant la marche avec une tuméfaction subséquente. Le Dr N._____ a une nouvelle fois prescrit des chaussures hautes orthopédiques de série, avec épargne talonnière et barre de déroulement afin d'améliorer les symptômes présentés par l'assuré au niveau de sa cheville gauche, qui devenaient invalidants. Il a remis le patient en arrêt de travail à 100 % essentiellement pour son problème de cheville gauche jusqu'au prochain contrôle prévu à la mi-juin 2019.

Le 29 avril 2019, l'assuré a fait opposition à la décision du 21 mars 2019, relevant que son médecin traitant retenait une incapacité de travail de 50 % liée à l'accident du 16 août 2017. Il contestait également le taux retenu pour l'IPAI.

Par décision sur opposition du 21 juin 2019, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré.

B. Par acte du 21 août 2019, P._____, sous la plume de son conseil, a déféré la décision sur opposition précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à l'octroi d'une rente d'invalidité de l'assurance-accidents à un taux d'au moins 50 % et d'une IPAI de 15 %, soit de 22'230 francs. En substance, il a fait valoir que les troubles dont il souffrait étaient en lien avec l'accident de 2013 de la cheville droite et celui de 2017 de la cheville gauche. L'assuré a admis que les troubles lombaires étaient sans relation avec l'accident de 2017. Il a notamment produit un rapport du 31 juillet 2019 du Dr K._____, spécialiste en radiologie, mettant en évidence des atteintes aux deux chevilles (à droite : séquelle d'entorse externe avec continuité du talo-fibulaire antérieur, mais absence du calcanéofibulaire, ténosynovite du court péronier, légère ténosynovite des tendons extenseurs ; à gauche : séquelle après entorse externe, avec aspect épaissi mais continu du talo-fibulaire antérieur et du calcanéofibulaire, séquelle d'entorse interne des deltoïdes profond et superficiel qui étaient encore continus, légère ténosynovite des extenseurs des doigts). Concernant l'IPAI, l'assuré a allégué que le taux retenu était trop bas compte tenu des photographies

du pied gauche et des documents produits démontrant des lésions bien plus importantes.

Dans sa réponse du 24 octobre 2019, la CNA a conclu au rejet du recours. Elle a produit une appréciation du 15 octobre 2019 de la Dre D._____, spécialiste en chirurgie et médecin conseil de la CNA. Il en ressort que la fracture non déplacée de l'os naviculaire et l'éventuelle fracture non déplacée du premier métatarsien à droite (accident de 2013) étaient guéries après quatre à six mois au maximum. S'agissant de l'entorse de la cheville gauche (accident de 2017), vraisemblablement de stade II (déchirure du ligament tibio-fibulaire antérieure), elle devait être considérée comme guérie en décembre 2018 au plus tard. Le petit défaut cartilagineux au niveau de l'angle supéro-interne de l'astragale devait être considéré comme une atteinte superficielle, étant donné que l'os sous-jacent n'avait pas été lésé. Une telle atteinte ne pouvait porter à conséquence et pouvait tout au plus initier des douleurs dans la phase initiale uniquement. Les atteintes au membre inférieur gauche ne pouvaient pas empêcher l'assuré de reprendre une activité professionnelle adaptée aux limitations fonctionnelles, activité qui était exigible à 100 % sans baisse de rendement ni limitation d'horaire. La Dre D._____ estimait qu'aucune IPAI ne se justifiait.

Répliquant le 14 février 2020, l'assuré a confirmé ses conclusions et produit différents rapports, dont un du 13 décembre 2019 des Etablissements T._____ concernant un accident de la circulation routière dont l'assuré a été victime le 12 décembre 2019. Quant au rapport du 20 janvier 2020 du Dr L._____, il mentionnait une tuméfaction de la cheville et du pied gauche avec des douleurs sous forme de brûlures, de fourmillement et sensation d'engourdissement du pied droit, surtout lorsqu'il restait debout plus d'une à deux heures. La capacité de travail selon ce médecin était au maximum de 50 % dans une activité adaptée.

Par duplique du 5 mars 2020, la CNA a relevé que les certificats médicaux produits par l'assuré n'étaient pas de nature à modifier les conclusions prises par ses spécialistes.

Le 6 mai 2020, le recourant a produit un rapport du 20 février 2020 du Dr N._____, posant les diagnostics de status post fracture médio-pied droit avec arthrose subséquente, d'entorse de la cheville gauche (août 2017) avec lésion chondrale supéro-médiale du talus et atteinte séquellaire du ligament tibio-fibulaire antérieur, de canal lombaire étroit grade C en L4-L5 avec protrusion discale et conflit radiculaire L5 gauche associés à un déficit moteur partiel et d'instabilité des chevilles avec laxité clinique d'origine mixte à gauche. Concernant la lettre de la CNA d'octobre 2019, le Dr N._____ était étonné que l'expert ait conclu que la lésion cartilagineuse ostéocondrale de l'angle supéro-interne de l'astragale gauche provoque des douleurs uniquement à la phase initiale. S'agissant des séquelles d'une entorse de cheville, la majorité des patients ont une récupération fonctionnelle complète après neuf mois, mais il reste une minorité de patients symptomatiques, notamment ceux présentant des lésions ostéocondrales avec instabilité de la cheville. Le Dr N._____ pensait que la bilatéralité des atteintes des membres inférieurs avec une certaine aggravation prévisible avec l'âge justifiait que la CNA se repenche sur le dossier, après l'évaluation psychologique, l'assuré ayant entamé un suivi, évaluation qui pouvait elle-même conclure à une certaine incapacité de travail.

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 point de savoir si le recourant a droit à des prestations de l'assurance-accidents obligatoire au-delà du 2 décembre 2018.

3. a) Aux termes de 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. 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 réf. citées).

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement *post hoc ergo propter hoc* ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_383/2018 du 10 décembre 2018 consid. 3.1). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; TF 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.1).

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 réf. citées). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 138 V 248 consid. 4 et les réf. citées ; TF 8C_220/2016 du 10 février 2017 consid. 7.3).

d) La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA [ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a

rechute lorsque c'est la même affection qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a et les réf. citées ; TF 8C_61/2016 du 19 décembre 2016 consid. 3.2). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 293 consid. 2c et les réf. citées ; TF 8C_571/2016 du 24 mars 2017 consid. 3).

Il appartient à la personne assurée de rendre plausible une telle rechute ou séquelle tardive, sans quoi l'assureur-accidents peut rendre une décision de refus d'entrer en matière (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201], applicable par analogie en assurance-accidents ; TF 8C_263/2012 du 31 août 2012 consid. 3.3 ; TFA U 55/07 du 13 novembre 2007 consid. 4.1).

e) En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Cependant, lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas ou plus la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). A l'inverse, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est

manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (TF 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.2 et les réf. citées).

f) Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite. Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus à 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 (art. 19 al. 1 LAA).

g) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), 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) On relève en premier lieu que la décision querellée ne statue pas expressément sur la question d'un éventuel droit à la rente d'invalidité de l'assurance-accidents dès lors qu'elle retient l'absence de lien de causalité pour justifier la fin des prestations. Le recourant requiert toutefois l'octroi d'une telle rente.

b) Selon le Tribunal fédéral, 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 du tribunal cantonal, selon laquelle on se trouve 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 consid. 4.2 concernant un recours contre une décision refusant le droit à la rente ; TF 8C_619/2018 du 7 mars 2019 consid. 3.3).

c) En l'espèce, le recourant requiert expressément l'octroi d'une rente d'invalidité de l'assurance-accidents dans ses conclusions et l'intimée a pu s'exprimer sur le sujet dans la réponse au recours du 24 octobre 2019 et la duplique du 5 mars 2020. De plus, les faits pour résoudre ces questions sont étroitement liés à ceux permettant de se prononcer sur la fin des indemnités journalières (consid. 4b *supra*). Par conséquent, un élargissement de l'objet du litige se justifie.

d) On relève en outre qu'en procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut

pas être prononcé (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1). Pour des motifs d'économie de procédure, les tribunaux cantonaux des assurances peuvent, exceptionnellement, étendre leur pouvoir d'examen à une question en état d'être jugée qui excède l'objet de la contestation, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins. La question excédant l'objet de la contestation doit être en l'état d'être jugée et les droits procéduraux des parties, en particulier le droit d'être entendu, doivent être respectés (ATF 135 V 138 consid. 2.1 ; TF 9C_694/2009 du 31 décembre 2010 consid. 3 ; Jean Métral *in* Anne-Sylvie Dupont / Margit Moser-Szeless [éd.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 22 *ad* art. 56 LPGA).

5. a) S'agissant du fond, le recourant ne conteste pas, à juste titre, que sa situation médicale soit stabilisée dès lors qu'il requiert l'octroi d'une rente d'invalidité de l'assurance-accidents et non pas la poursuite du versement des indemnités journalières. En effet, aucun nouveau traitement n'est susceptible d'améliorer la situation. Le rapport médical du 4 avril 2019 du Dr N. _____ ne préconise aucun traitement si ce n'est le port de chaussures adaptées et les médecins de la Clinique G. _____ ont mentionné une stabilisation à deux mois, soit vers le mois de novembre 2019, leur rapport datant de fin août 2019. Le recourant allègue cependant que les atteintes dont il souffre présentent un lien de causalité avec les accidents de 2013 et de 2017 et qu'elles l'empêchent de travailler à 100 %, ce qui justifie l'octroi d'une rente.

b) On relève en premier lieu que les suites de l'accident de 2013, soit les atteintes au pied droit invoquées par le recourant, ont été considérées comme non incapacitantes dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles par décision de la Cour de céans (CASSO AA

92/15 - 116/2017 du 31 octobre 2017), décision qui n'a pas fait l'objet d'une contestation. Le syndrome douloureux régional complexe à nouveau mentionné par les médecins de la Clinique G._____ et par le Dr L._____ a été écarté faute de lien de causalité avec l'accident précité. Le recourant n'a pas non plus rendu plausible qu'il aurait subi une rechute ou des séquelles tardives de l'accident de 2013 (consid. 3d *supra*), ni ne démontre qu'on se trouve dans un cas de révision ou de reconsidération (art. 53 LPG). Bien au contraire, la Dre D._____ explique que les atteintes du pied droit étaient guéries après quatre à six mois au maximum. Concernant le rapport du 31 juillet 2019 du Dr K._____ invoqué par le recourant et qui mentionne des séquelles à la cheville droite, ce médecin ne se prononce pas sur un éventuel lien de causalité, ni sur la question de la capacité de travail. Partant, il n'y a pas lieu de revenir sur la question du pied droit et de considérer qu'il subsiste un lien de causalité avec la situation actuelle.

c) Pour les atteintes lombaires, il est d'emblée précisé que la radiculopathie L5 ou S1 n'est pas en lien avec l'accident, vu le caractère dégénératif de la pathologie (rapport du 6 novembre 2018 du Dr V._____ ; IRM du 5 décembre 2018), ce que le recourant admet dans son écriture du 21 août 2019. Le Dr N._____ a d'ailleurs indiqué le 30 novembre 2017 que cette pathologie n'avait pas pour origine l'accident et les différents rapports concernant cette atteinte montrent qu'il ne s'agit pas d'une atteinte tronculaire intéressant les nerfs péroniers et tibial gauches, mais d'une probable atteinte chronique radiculaire L5 ou S1 gauche.

d) Concernant le pied gauche, le recourant a présenté une entorse de la cheville à la suite de l'accident 16 août 2017. Il s'est ensuite vu diagnostiquer une lésion chondrale du talus supéro-médial. Le recourant prétend que cette lésion dont il souffre est en lien de causalité avec l'accident du 2017. Or, la Dre D._____ expose que le petit défaut cartilagineux au niveau de l'angle supéro-interne de l'astragale doit être considéré comme une atteinte superficielle, étant donné que l'os sous-jacent n'a pas été lésé. Une telle atteinte ne peut pas porter à

conséquence et peut tout au plus initier des douleurs seulement dans la phase initiale.

Cela étant, tant le Dr R. _____ que les Drs V. _____ et D. _____ considèrent que la capacité de travail du recourant reste entière dans une activité adaptée, en tenant compte des limitations qui ont été reconnues à la suite du premier accident. Les médecins de la Clinique G. _____ retiennent aussi que la capacité de travail est supérieure à 50 % dès lors qu'ils ont indiqué au recourant lors de son séjour qu'après une reprise à 50 %, le taux d'activité devait être augmenté. Ces médecins ont en outre constaté des incohérences entre l'importance des douleurs et les lésions objectivables. Le Dr V. _____ parle également d'une importante autolimitation du recourant, ce dont il y a lieu de tenir compte dans l'appréciation du cas. Le recourant s'appuie sur un certificat médical du 27 décembre 2018 du Dr L. _____ pour justifier une capacité de travail de 50 %. Or, ce rapport n'est pas suffisamment étayé pour permettre de s'écarter de l'analyse détaillée des Drs R. _____, V. _____ et D. _____, ni de celui des médecins de la Clinique G. _____. Le Dr L. _____ ne détaille pas en quoi ces confrères auraient mal apprécié la situation. Son rapport du 20 janvier 2020 fait état de douleurs au pied gauche et à la cheville gauche avec tuméfaction, brûlures, fourmillement et engourdissement, surtout pendant qu'il est debout pendant une à deux heures, ce qui ne respecte pas les limitations fonctionnelles (pas de position debout prolongée). Quant au Dr N. _____, il ne motive pas non plus la raison d'une incapacité de travail de 100 % au-delà du 2 décembre 2018. Il considère en particulier dans son rapport du 4 avril 2019 que le recourant présente une incapacité de travail totale jusqu'au contrôle prévu à la mi-juin 2019 alors que même le Dr L. _____ fait état d'une capacité de travail de 50 % dans ses certificats médicaux. L'appréciation du Dr N. _____ ne saurait non plus être suivie. On précise encore que le Dr K. _____ ne se prononce pas sur la capacité de travail du recourant et que le rapport du 13 décembre 2019 des Etablissements T. _____ concerne l'accident du 12 décembre 2019, qui ne fait pas l'objet de la présente procédure. Enfin, le rapport du 20 février 2020 du Dr N. _____ ne se prononce pas non plus sur la capacité de travail du

recourant, en particulier s'agissant des motifs qui empêcheraient l'exercice d'une activité adaptée.

e) Au vu de ce qui précède, l'atteinte à la cheville présentée par le recourant ne l'empêche pas de travailler à 100 % après le 2 décembre 2018 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues lors du premier accident.

6. a) Aux termes de l'art. 24 al. 1 LAA, si, par suite de l'accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. Selon l'art. 36 al. 1 OLAA, 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.

Aux termes de l'art. 25 al. 1 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital. Elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité, qui s'apprécie d'après les constatations médicales. C'est dire que chez tous les assurés présentant le même status médical, l'atteinte à l'intégrité est la même ; elle est évaluée de manière abstraite, égale pour tous, de sorte qu'il n'est pas nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'elle entraîne pour l'assuré concerné (ATF 115 V 147 consid. 1 ; 113 V 218 consid. 4b ; TF 8C_566/2017 du 8 mars 2018 consid. 5.1). Il incombe donc au premier chef aux médecins d'évaluer l'atteinte à l'intégrité, car, de par leurs connaissances et leur expérience professionnelles, ils sont les mieux à même de juger de l'état clinique de l'assuré et de procéder à une évaluation objective de l'atteinte à l'intégrité (TF 8C_566/2017 du 8 mars 2018 consid. 5.1).

L'annexe 3 de l'OLAA comporte un barème, reconnu conforme à la loi et non exhaustif, des lésions fréquentes et caractéristiques,

évaluées en pour cent (ATF 124 V 29 consid. 1b). En vue d'une évaluation encore plus affinée de certaines atteintes, la Division médicale de la CNA a établi des tables d'indemnisation. Ces tables n'ont pas valeur de règle de droit et ne sauraient lier le juge. Dans la mesure, toutefois, où il s'agit de valeurs indicatives destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc ; TF 8C_566/2017 du 8 mars 2018 consid. 5.1).

b) L'intimée a considéré, en se fondant sur l'appréciation du Dr V._____, qui tient compte de la bilatéralité des lésions, qu'un taux de 5 % se justifiait pour ce cas, par analogie à une arthrose toute débutante de la tibio-talienne. Selon la Dre D._____, une telle indemnité ne se justifiait cependant pas. Le recourant conteste ces appréciations médicales motivées en leur substituant sa propre évaluation, selon laquelle l'atteinte devrait se situer à 15 % en raison de lésions bien plus importantes démontrées par les photographies et documents produits. Or, la fonctionnalité objective de la cheville gauche et ses limitations ont été confirmées par plusieurs médecins (consid. 5d *supra*). L'évaluation du Dr V._____ pratiquée sur la base de ces constatations et en application par analogie du taux admis en cas d'arthrose débutante de la tibio-talienne, évaluation qui paraît même généreuse à sa collègue, échappe à la critique. On soulignera par ailleurs que le recourant a déjà obtenu une IPAI à la suite de l'accident de 2013 et qu'aucune pondération n'a été appliquée lors de l'évaluation du 6 mars 2019.

7. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée 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).

c) Par décision de la juge instructrice du 22 août 2019, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 21

août 2019 et a obtenu à ce titre la commission d'un avocat d'office en la personne de Me Paul-Arthur Treyvaud. Ce dernier a produit sa liste des opérations le 6 mai 2020 et indiqué avoir consacré sept heures et quarante minutes au dossier.

Me Treyvaud a mentionné dans sa liste vingt minutes pour l'opération « Bordereau ». Il y a lieu de déduire ces vingt minutes du temps consacré au dossier dans la mesure où la confection d'un bordereau relève d'un pur travail de secrétariat. Vu ce qui précède, la nature du litige et les difficultés de la cause, il y a lieu de réduire à sept heures et vingt minutes le temps consacré par Me Treyvaud à la procédure de recours.

Il s'ensuit qu'au tarif horaire de 180 fr., l'indemnité de Me Treyvaud doit être fixée à 1'320 fr., comprenant les débours par 66 fr. (art. 3bis al. 1 RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]) et la TVA sur le tout par 106 fr. 70, soit 1'492 fr. 70 au total.

La rémunération de l'avocat d'office est provisoirement supportée par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu d'en rembourser le montant dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC [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).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue le 21 juin 2019 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.
- IV. L'indemnité d'office de Me Paul-Arthur Treyvaud, conseil du recourant, est arrêtée à 1'492 fr. 70 (mille quatre cent nonante-deux francs et septante centimes), débours et TVA inclus.
- V. 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 des frais judiciaires mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Paul-Arthur Treyvaud (pour P. _____),
- 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 :