

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 23 février 2023

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
Mme Röthenbacher, juge, et M. Gutmann, assesseur
Greffier : M. Reding

Cause pendante entre :

E. _____, à [...], recourant, représenté par Me François Gillard, avocat à Belmont-sur-Lausanne,

et

F. _____, à Lucerne, intimée.

Art. 6 al. 1 LAA ; art. 11 OLAA

E n f a i t :

A. E. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], sans formation certifiante, a travaillé en qualité d'ouvrier dans la construction pour le compte de la société de placement [...] SA (aujourd'hui : [...] SA) entre le 9 janvier et le mois d'octobre 2017, date de son licenciement. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels ainsi que les maladies professionnelles auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 24 août 2017, l'assuré a glissé et est tombé dans un petit trou, alors qu'il marchait sur le chantier d'une patinoire. Cet accident a été annoncé le 30 août 2017 à la CNA, qui a pris en charge le cas dès le 27 août 2017.

Par rapport du 29 octobre 2017 à la CNA, le Dr R. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, a fait part du diagnostic de contusion des deux talons et de douleurs aux deux chevilles. Il a escompté un pronostic favorable.

Le 3 novembre 2017, une IRM (imagerie par résonance magnétique) de la cheville droite de l'assuré a été réalisée, montrant une tendinopathie fissurante du court fibulaire droit sans lésion du rétinaculum supérieur ainsi qu'une enthésopathie mécanique d'adaptation du tendon achilléen et de l'aponévrose plantaire médiale droit.

Une IRM de la cheville gauche de l'assuré a également été pratiquée le 6 novembre 2017, laissant apparaître une aponévrosite plantaire débutant au niveau de l'enthèse et se poursuivant sur l'origine du chef latéral et du chef central, un épaissement associé à des signes de souffrance du bord latéral de l'enthèse du tendon calcanéen, avec une petite péritenonite en regard, et une petite fissuration du court fibulaire au niveau de sa zone de réflexion sous-malléolaire.

Par rapport du 8 novembre 2017 à la CNA, le Dr X._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a diagnostiqué des douleurs post-traumatiques des deux chevilles et pieds. Il a par ailleurs fait état d'une évolution satisfaisante et d'un bon pronostic.

Par rapport du 6 décembre 2017, le Dr B._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, a posé les diagnostics de talalgies postérieures droites bilatérales et inférieures gauches d'origine post-traumatique, de suspicion de syndrome de déconditionnement, d'obésité et d'hypertension artérielle.

Par rapport du 9 décembre 2017 à la CNA, le Dr R._____ a repris les conclusions du Dr B._____.

Le 7 février 2018, l'assuré a été examiné par le Dr V._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement à la CNA, qui, dans un rapport daté du même jour, a notamment signalé qu'il l'avait annoncé à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : la CRR) en vue d'un séjour de rééducation.

L'assuré a séjourné à la CRR entre le 13 février et le 14 mars 2018. Selon le rapport de séjour établi le 23 mars 2018 par le Dr P._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et la Dre H._____, médecin assistante, les plaintes et limitations fonctionnelles rapportées ne s'expliquaient que partiellement par les lésions objectives constatées. Ces praticiens ont relevé que des facteurs contextuels, notamment une kinésiophobie et une catastrophisation élevées, pouvaient influencer négativement les aptitudes fonctionnelles de l'assuré, qui présentait également une perception de handicap fonctionnel extrême et une focalisation sur la douleur élevée ainsi que beaucoup d'autolimitations.

Le 16 mai 2018, le Dr V. _____ a à nouveau examiné l'assuré. Par rapport du 23 mai 2018, il a estimé que la situation médicale était stabilisée. Il a reconnu des limitations fonctionnelles pour les marches prolongées et pour les positions statiques debout prolongées.

Le 28 mai 2018, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI).

Par courrier du 15 juin 2018, la CNA a mis fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 30 juin 2018 au soir, considérant que l'assuré n'avait plus besoin de traitement médical spécifique dès cette date. Puis, par décision du 9 juillet 2018, elle a refusé de lui octroyer une rente d'invalidité ou une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI), aux motifs qu'il jouissait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles et qu'il ne présentait pas d'atteinte importante à l'intégrité physique.

Au début janvier 2019, l'assuré a transmis à la CNA de nouveaux certificats médicaux, établis par le Dr R. _____ et datant des 2 et 31 octobre et du 30 novembre 2018, qui attestaient de son incapacité totale de travail dès le 1^{er} octobre 2018 pour cause de maladie.

Le 11 janvier 2019, l'assuré a subi des infiltrations plantaires auprès du Centre [...], lesquelles n'ont apporté aucune amélioration selon un rapport médical du 14 mars 2019 établi par le Dr L. _____, spécialiste en anesthésiologie.

Une nouvelle IRM de la cheville droite a été pratiquée le 4 février 2019, qui a mis en évidence une enthésopathie distale chronique mécanique fissurante du tendon achilléen droit ainsi que l'absence de déformation conflictuelle du rebord postéro-supérieur d'Haglund du calcanéum droit. Une IRM de la cheville gauche a également été réalisée le 8 février 2019, laissant apparaître une aponévropathie centrale de

l'aponévrose plantaire gauche sans signe de rupture péjorée d'une épine calcanéenne.

Par rapport du 1^{er} avril 2019, le Dr M._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé le diagnostic de tendinopathie insertionnelle du tendon d'Achille. Il a au demeurant préconisé un traitement chirurgical en endoscopie pour une réparation tendineuse droite, compte tenu de l'échec du traitement conservateur.

Par envoi du 28 avril 2019, l'assuré a requis de la CNA qu'elle reconsidère sa « décision du 15 juin 2018 », dès lors qu'il se trouvait toujours en incapacité de travail du fait de ses douleurs et qu'il devait être opéré.

Le 27 juin 2019, l'assuré a été opéré par le Dr M._____, qui a procédé à une calcanéoplastie endoscopique, une arthroscopie sous-talienne, une synovectomie partielle postérieure, une libération du tendon fléchisseur hallucis longus et une plastie tendineuse du tendon d'Achille avec transfert du tendon fléchisseur hallucis longus de la cheville droite. A la suite de cette intervention, ce médecin a attesté, par plusieurs certificats médicaux successifs, une incapacité de travail totale pour cause d'accident.

Constatant que l'insertionite du tendon d'Achille droit décrite dans l'IRM du 4 février 2019 n'était pas présente sur les rapports d'imagerie de 2017 et évoquant de ce fait une possible aggravation des séquelles de l'accident du 24 août 2017, le Dr V._____ a préconisé, dans une détermination du 7 août 2019, la réouverture du dossier de l'assuré.

Par courrier du 4 septembre 2019, la CNA a indiqué à l'assuré lui allouer des prestations pour la rechute de l'accident du 24 août 2017.

Par rapport du 18 septembre 2019, le Dr V._____ a estimé la durée de l'incapacité de travail post-opératoire à environ six mois.

Par rapports des 30 octobre 2019, 8 janvier, 24 mars et 1^{er} juin 2020 à la CNA, le Dr M._____ a exposé que l'évolution des douleurs au tendon éprouvées par l'assuré ainsi que de sa boiterie était lente, mais positive. Il avait toutefois développé des douleurs aux talons, évocatrices d'une fasciite plantaire bilatérale. Un traitement conservateur par physiothérapie couplé au port de semelles de renforcement de la voûte plantaire avait été mis en œuvre.

Sur demande du 12 décembre 2019 de Me [...], alors conseil de l'assuré, la CNA a fixé le montant de l'indemnité journalière dans une décision du 16 décembre 2019, confirmée sur opposition le 13 février 2020, mais annulée par la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal dans un arrêt du 4 janvier 2021 (AA 29/20 - 1/2021). Le litige a été déféré par les deux parties devant le Tribunal fédéral, lequel a dans un arrêt du 2 août 2021 établi la date déterminante de la rechute au 1^{er} avril 2019 et fixé le montant de l'indemnité journalière due par la CNA à ce titre (TF 8C_120/2021 et 8C_137/2021).

En raison de la persistance des douleurs au niveau de l'insertion du tendon d'Achille et de la région plantaire, le Dr M._____ a débuté une série d'infiltrations de cortisone le 20 août 2020, dont le bénéfice a été très partiel selon ses rapports des 26 août et 6 octobre 2020 à la CNA.

Le 2 décembre 2020, le Dr V._____ a une dernière fois examiné l'assuré. Dans son bilan final daté du même jour, il a en substance relevé ce qui suit :

« Objectivement, l'impression qui prévaut est celle d'une amplification majeure. La marche s'effectue en effet sans boiterie significative mais à petits pas. Le patient est incapable de marcher sur les talons mais n'ébauche pas le moindre essai. La montée unipodale sur la pointe du pied est déclarée irréalisable. Cliniquement, les 2 pieds sont toutefois parfaitement calmes. La transpiration et la température des 2 pieds sont similaires. Le tannage plantaire est identique.

La situation médicale est stabilisée. Un nouveau séjour à la CRR n'apporterait certainement aucun bénéfice. Plus de 18 mois après l'intervention de juin 2019, on doit admettre que la situation médicale ne changera plus. On reconnaît à l'assuré des limitations fonctionnelles pour les marches prolongées, les marches en terrains irréguliers, les travaux accroupis ainsi que les travaux en position debout statique prolongée.

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

Aucune IPAI n'est due pour les suites de l'évènement du 24.08.2017.

»

Par projet de décision du 22 février 2021, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait lui octroyer une rente d'invalidité entière pour la période du 1^{er} juin 2020 au 31 mars 2021, fondée sur un taux d'invalidité de 100 %, à la suite de l'aggravation de son état de santé dès le 27 juin 2019. Selon lui, l'assuré disposait dès le mois de décembre 2020 d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (soit, pas de marches prolongées, pas de marches en terrains irréguliers, pas de travaux accroupis ainsi que des travaux en position debout statique prolongée).

Par envoi du 2 mars 2021, la CNA a mis fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 31 mars 2021 au soir, considérant que l'assuré n'avait plus besoin de traitement médical spécifique dès cette date. Puis, par décision du 9 mars 2021, elle a refusé d'octroyer à l'assuré une rente d'invalidité, considérant que ce dernier disposait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites par le Dr V. _____ dans son bilan final du 2 décembre 2020, ainsi qu'une IPAI.

Le 5 avril 2021, l'assuré a formé opposition à l'encontre de la décision précitée par l'intermédiaire de son nouveau conseil, Me François Gillard, précisant que son acte valait également annonce de rechute pour les atteintes de la cheville gauche, fondant la reprise des prestations d'assurance dès la mi-mars 2021. A l'appui de son argumentation, il a produit un rapport médical du 23 mars 2021 établi par le Dr M. _____, lequel a signalé ce qui suit :

« [...] On a diagnostiqué une tendinopathie bilatérale des tendons d'Achille et un traitement chirurgical a eu lieu pour le côté droit [...] le 27.06.2019. L'évolution a été lente, mais favorable, malheureusement avec une amélioration seulement partielle des douleurs. Par la suite, une fasciite plantaire s'est développée pour laquelle j'ai fait plusieurs infiltrations qui ont soulagé les douleurs. Le patient marche toujours avec une boiterie importante et doit utiliser des béquilles. La situation médicale est relativement stabilisée par rapport à la cheville droite, par contre, les douleurs de la cheville gauche persistent au niveau de l'insertion du tendon d'Achille et au niveau du talon. Les douleurs au niveau du talon se sont améliorées suite à une série de 3 infiltrations mais si les douleurs persistent, il faudra envisager un traitement chirurgical pour le côté gauche. Par rapport aux restrictions de travail, j'ai déjà indiqué à l'AI qu'une reconversion professionnelle était nécessaire vers un travail non physique, qui limite la station debout et le port de charges à 5-10kg, idéalement un travail en position assise. »

Par courrier du 30 avril 2021 à la CNA, l'assuré, encore par le biais de son mandataire, a fait savoir que le rapport du Dr M. _____ susmentionné valait formellement annonce d'une rechute, de sorte que des indemnités journalières devaient à nouveau lui être octroyées.

Dans une nouvelle appréciation médicale du 16 juin 2021, le Dr V. _____ a précisé que le refus d'IPAI se fondait sur l'absence de dégradation arthrosique. Il a au surplus indiqué ce qui suit :

« L'accident du 24.08.2017 n'a engendré qu'une contusion des deux talons.

Les lésions constatées sur l'IRM de la cheville D [droite] du 03.11.2017 sont de nature dégénérative.

L'intervention réalisée le 27.06.2019 par le Dr M. _____ à D n'a pas apporté d'amélioration significative.

Le bilan final du 02.12.2020 a permis de retenir une stabilisation médicale et des limitations ont été retenues en rapport avec les plaintes de l'assuré.

On peut exprimer les plus vifs doutes quant aux réussites d'une éventuelle chirurgie au niveau du pied et de la cheville G [gauche].

La situation médicale est stabilisée et toute nouvelle intervention par le Dr M. _____ ou par un autre chirurgien ne permettra pas d'améliorer notablement l'état de santé de l'assuré ni de modifier la capacité de travail exigible. »

Le 8 septembre 2021, la CNA a rejeté l'opposition du 5 avril 2021, confirmant de la sorte sa décision du 9 mars 2021. Elle a par ailleurs indiqué que son agence de Lausanne était chargée de se prononcer sur la nouvelle annonce de rechute.

Par décision du 27 septembre 2021, la CNA, via l'agence précitée, a refusé d'allouer à l'assuré d'autres prestations d'assurance en lien avec la nouvelle annonce de rechute, à défaut d'aggravation des séquelles de l'accident et de motif justifiant la reprise d'un traitement médical selon l'appréciation du Dr V. _____ du 16 juin 2021.

Par acte du 11 octobre 2021, l'assuré, par l'entremise de son conseil, a déféré recours à l'encontre de la décision sur opposition du 8 septembre 2021 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui l'a rejeté par arrêt du 15 août 2022 (AA 136/21 - 100/2022).

Le 28 octobre 2021, l'assuré, toujours sous la plume de son mandataire, s'est opposé à la décision du 27 septembre 2021 de la CNA, concluant à son annulation, respectivement à sa révocation, au constat

que son état de santé n'était à ce jour pas encore stabilisé, respectivement qu'il présentait des séquelles tardives, voire une éventuelle rechute, lesquelles étaient en outre en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident du 24 août 2017, à l'octroi dès le printemps 2021 de prestations d'assurances complètes, en particulier d'indemnités journalières et à la reprise de l'instruction, respectivement à son complément .

Le 1^{er} décembre 2021, une radiographie des deux pieds de l'assuré a été effectuée. Dans son rapport de même jour, le radiologue a décrit ce qui suit :

« A droite, l'angle métatarso-phalangien du 1^{er} rayon est évalué à 15° et l'angle au sommet de l'arche interne est évalué à 120°. Il y a des remaniements dégénératifs avec condensations et ostéophytes des berges articulaires intéressant le tarse et le métatarse de manière plus discrète prédominant au niveau du 1^{er} rayon. Les remaniements dégénératifs prédominent dans la région du Chopart et de la partie distale du naviculaire ainsi que de la région postérieure du sinus du tarse et du talus. Il y a d'importantes enthèses d'insertion en regard de la partie inférieure mais surtout postérieure du calcanéum qui montre des fragmentations et de multiples calcifications à bords sclérosés en bordure de son insertion à hauteur de l'insertion du tendon d'Achille. Il y a des remaniements avec des stigmates compatibles avec un statut post-opératoire dans la région postéro-supérieure du calcanéum qui est hétérogène. Pour mémoire, il y a des signes de médiacalcosse marqués pour l'âge du patient. Bonne intégrité du dôme du talus. Il y a également des remaniements dégénératifs en regard des malléoles qui prédominent légèrement en externe. Pour mémoire, présence de deux petits ossicules surnuméraires à bords sclérosés naviculaires.

Bonne intégrité des sésamoïdes sans signe d'ostéonécrose.

A gauche, l'angle métatarso-phalangien du 1^{er} rayon est évalué à 11° et l'angle au sommet de l'arche interne est évalué à 117°. Il y a également des phénomènes dégénératifs du tarse et de manière plus discrète du métatarse prédominant légèrement au niveau du

1^{er} rayon. Les phénomènes dégénératifs prédominent dans la région du Chopart et de la partie distale du naviculaire et de manière un peu plus discrète dans la région postérieure du talus. Il y a également des signes d'enthèses marquées fragmentées irrégulières en regard de la partie inférieure du calcaneum et également postérieure du calcaneum. Il y a des signes compatibles avec une fracture subaiguë de son enthèse qui montre des signes d'ossification et des remaniements mais une déminéralisation. Enfin, on constate également la présence de médiacalcosse marquée pour l'âge du patient. Bonne intégrité du dôme du talus malgré les phénomènes dégénératifs en regard des malléoles qui prédominent à gauche légèrement en interne.

Petit ossicule naviculaire à bords sclérosés. Pas d'anomalie significative ni signe d'ostéonécrose au niveau des sésamoïdes. »

Le 27 janvier 2022, la CNA a rejeté l'opposition du 28 octobre 2021 formée par l'assuré contre sa décision du 27 septembre 2021. Elle a en résumé fait valoir qu'aucun élément médical n'objectivait une aggravation des troubles au niveau des pieds et des chevilles au 1^{er} avril 2021. Bien au contraire, le Dr V._____, dans son appréciation du 16 juin 2021, avait jugé que l'état de l'assuré était stabilisé ; l'intéressé gardait des douleurs aux deux talons, mais aucune nouvelles mesures médicales n'étaient en mesure d'améliorer notablement son état de santé. Une telle aggravation ne pouvait de surcroît pas être inférée du rapport du 23 mars 2021 du Dr M._____, celui-ci indiquant une situation médicale relativement stabilisée au niveau de la cheville droite et une amélioration des douleurs au niveau du talon gauche à la suite d'une série de trois infiltrations.

B. Par acte du 28 février 2022, E._____, par l'intermédiaire de son mandataire, a recouru contre la décision sur opposition du 27 janvier 2022 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à titre préalable à l'octroi de l'assistance judiciaire et à la désignation de Me Gillard en qualité d'avocat d'office. A titre principal, il a implicitement conclu à la réforme de la décision sur opposition précitée et,

en ce sens, à la reconnaissance de son droit au versement d'indemnités journalières ainsi qu'à la prise en charge des traitements médicaux dès le 1^{er} avril 2021 en raison d'une rechute et, à titre subsidiaire, à l'annulation de ladite décision sur opposition et au renvoi de la cause à l'intimée pour nouvelle décision. Le recourant a en substance contesté, d'une part, les limitations fonctionnelles telles que fixées par le Dr V. _____ dans son bilan final du 2 décembre 2020, dès lors qu'elles ne correspondaient pas à ses limitations réelles et actuelles, et, d'autre part, la qualification du degré de gravité de l'accident du 24 août 2017, que l'intimée avait jugé léger. Il a en outre soutenu que la CNA avait retenu à tort une stabilisation de son état de santé. Au contraire, ce dernier s'était aggravé depuis le printemps 2021 en raison d'une fasciite plantaire bilatérale diagnostiquée par le Dr M. _____ en 2021, d'un enraidissement de l'articulation de sa cheville droite et de problèmes psychiques liés à la chronicisation de ses douleurs. A l'appui de son argumentation, le recourant a produit les pièces suivantes :

- un rapport du 14 mars 2021 du Dr R. _____, par lequel ce dernier a signalé que malgré les multiples traitements, son patient continuait à se plaindre de douleurs aux talons, cela surtout du côté droit. Les déplacements étaient douloureux. La capacité de marche et la capacité à rester debout étaient diminuées. En tant que médecin traitant de longue date, il faisait confiance au recourant et estimait que les douleurs étaient réelles. Pour cette raison, il estimait l'incapacité de travail à 100 %. La reprise du jour au lendemain d'une activité lucrative lui paraissant irréal, il préconisait que celle-ci se fasse progressivement ;
- trois certificats médicaux établis par le Dr M. _____ les 19 mars, 18 juin et 21 décembre 2021, attestant d'une incapacité de travail entière, en raison d'un accident, entre le 19 mars et le 30 septembre 2021 et entre le 21 décembre 2021 et le 31 mars 2022 ;
- le rapport du 23 mars 2021 du Dr M. _____ ;
- une prescription de physiothérapie du 18 juin 2021 ;
- un rapport du 18 août 2021 de Mme [...], physiothérapeute, faisant état d'un enraidissement global de la tibio-tarsienne et du pied des deux côtés, d'une stase circulatoire et d'une mycose cutanée

importante. Les douleurs étaient localisées sur les tendons d'Achille, les talons et les fascias plantaires. Le périmètre de marche était limité à environ dix minutes, l'effort exacerbant lesdites douleurs ;

- une ordonnance pour l'ergothérapie du 1^{er} décembre 2021 ;
- un rapport du 3 décembre 2021 du Dr A._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, annonçant qu'il suivait le recourant depuis le 7 septembre 2021 en raison de son accident ;
- un rapport du 13 décembre 2021 de la Dre S._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui a exposé que son patient souffrait des deux côtés de tendinopathies du tendon d'Achille, pour lesquelles il avait été opéré du côté droit. Cette intervention avait conduit à une diminution partielle des douleurs. Afin d'évaluer les douleurs qui persistaient à ce jour, un bilan radiologique avait été effectué le 1^{er} décembre 2021, qui avait mis en évidence des enthèses importantes au niveau du calcanéum faces postérieure et inférieure, des remaniements au niveau de l'arrière-pied et du médiotarse ainsi qu'une médiocalcose. L'anamnèse et l'examen clinique laissaient penser qu'une névralgie, due à une contusion des branches calcanéennes lors de l'accident, contribuait aux douleurs persistantes. Une radiculopathie n'était toutefois pas formellement exclue. Pour cette raison, une évaluation voire un traitement chez un ergothérapeute rééducateur sensitif certifié se révélaient indiqués. L'arthrose au niveau de la facette postérieure de l'articulation sous-astragalienne était par ailleurs également en mesure de provoquer des douleurs irradiantes dans l'arrière-pied et dans le tendon d'Achille. Une médiocalcose nette était visible des deux côtés. Partant, des douleurs provenant d'une *claudicatio intermittens* pouvaient aussi contribuer à la symptomatologie présente.

Enfin, à titre de mesure d'instruction, le recourant a requis que la présente cause soit jointe avec son recours à l'encontre de la décision sur opposition du 8 septembre 2021 lui refusant l'octroi d'une rente d'invalidité et d'une IPAI (AA 136/21), qu'une expertise soit mise en œuvre et qu'une audience soit tenue.

Par réponse du 30 mars 2022, l'intimée a conclu au rejet du recours, étant donné qu'aucune aggravation des troubles ou modification organique à l'origine d'une rechute, respectivement de séquelles tardives n'avait été attestée au degré de la vraisemblance prépondérante. Elle s'est pour le reste opposée à la jonction des causes et à la réalisation d'une expertise.

Le 6 avril 2022, le recourant a produit un lot de pièces, dont un rapport intermédiaire d'ergothérapie du 25 mars 2022 rédigé par Mme [...], ergothérapeute HES, expliquant d'une part que le suivi avait été trop irrégulier pour obtenir des résultats et, d'autre part, que les territoires allodymiques étaient très proximaux par rapport à la cheville, ce qui pouvait peut-être signifier une atteinte de la branche crurale médiale du nerf saphène, un certificat médical établi le 1^{er} avril 2022 par le Dr M. _____ et attestant d'une incapacité de travail à 100 % entre cette date et le 30 juin 2022 ainsi qu'une ordonnance pour l'ergothérapie du 1^{er} avril 2022.

Par décision du 12 avril 2022, la juge instructrice a refusé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire.

Par réplique du 16 mai 2022, le recourant, sous la plume de son conseil, a en résumé défendu que de nombreux indices, dont le nouveau diagnostic de fasciite plantaire posé par le Dr M. _____, démontraient l'existence au printemps 2021 d'une rechute. Etaient jointes à cet acte une série de pièces déjà produites au dossier.

Par duplique du 7 juin 2022, l'intimée a confirmé les conclusions prises dans sa réponse du 20 mars 2022.

Le 6 septembre 2022, le recourant a transmis à la Cour de céans les pièces suivantes :

- un rapport du 19 juillet 2022 du Dr Y. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, indiquant dans l'essentiel que les douleurs de son patient persistaient, que ce dernier se sentait

invalide et que le suivi psychiatrique avait été interrompu pour de multiples raisons ;

- un rapport d'IRM ostéo-articulaire de la cheville droite pratiquée le 22 août 2022 laissant apparaître une tendinopathie fissuraire sans signe de rupture du tendon d'Achille avec amincissement et fissurations interstitielles du segment moyen étendue sur 25 mm de longueur et un stigmatisme d'une probable fixation sur le trajet du tendon fléchisseur de l'hallux à la face postérieure du calcanéenne devant être corrélé aux antécédents opératoires ;
- un rapport d'IRM de la cheville réalisée le 25 août 2022 concluant à l'absence, d'une part, de déchirure évidente du tendon d'Achille et, d'autre part, de signes francs d'aponévrosite plantaire et de déchirure. Seules ressortaient des images une discrète tendinopathie de la face profonde de la partie distale du tendon et une discrète chondropathie focale de grade IV du versant interne de la surface articulaire du pilon tibial.

Par envoi du 27 septembre 2022, l'intimée a maintenu ses conclusions tendant au rejet du recours.

Par courrier du 3 octobre 2022, la juge instructrice a impartit au recourant un délai au 10 octobre 2022, afin de lui faire savoir s'il maintenait sa demande de débats publics. A nouveau interpellé à cet égard par courrier du 12 janvier 2023, le recourant a déclaré renoncer à la tenue d'une audience de débats publics par courrier du 23 janvier 2023.

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 porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-accidents dès le 1^{er} avril 2021 à la suite d'une rechute de l'accident du 24 août 2017, annoncée en avril 2021.

b) A cet égard, les griefs du recourant par lesquels ce dernier remet en cause les limitations fonctionnelles retenues par le Dr V. _____ dans son bilan final du 2 décembre 2020, la qualification du degré de gravité de l'accident du 24 août 2017 et le constat selon lequel son état de santé est stabilisé sortent de l'objet du présent litige. Ces points ont en effet été circonscrits par la décision du 9 mars 2021 et la décision sur opposition du 8 septembre 2021 de l'intimée refusant au recourant le droit à une rente d'invalidité et à une IPAI, qui a été confirmée par la Cour de céans par arrêt du 15 août 2022 (AA 136/21 - 100/2022). Il n'appartient dès lors pas de revenir dessus.

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Selon l'art. 4 LPGA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort.

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie

lorsqu'il y a lieu d'admettre que le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière sans l'événement accidentel. 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 la personne assurée, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 ; 142 V 435 consid. 1 et les références).

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 148 V 138 consid. 5.1.1 et les références).

En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 140 V 356 consid. 3.2 et la référence ; TF 8C_404/2020 du 11 juin 2021 consid. 6.2.1).

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]). 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 références ; TF 8C_232/2019 du 26 juin 2020 consid. 3.3). 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 références ; TF 8C_450/2019 du 12 mai 2020 consid. 4).

En cas de rechutes ou de séquelles tardives, il incombe à l'assuré d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre la nouvelle atteinte et l'accident. A cet égard, la jurisprudence considère que plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (TF 8C_232/2019 du 26 juin 2020 consid. 3.3 et les références).

4. a) En l'espèce, il convient de déterminer si le recourant est en droit de prétendre à des prestations de l'assurance-accident dès le 1^{er} avril 2021 du fait d'une rechute de l'événement du 24 août 2017. Pour cela, il s'agit d'examiner si une aggravation de son état de santé depuis la stabilisation de ce dernier, telle qu'elle a été constatée par l'intimée dans sa décision du 9 mars 2021 et sa décision sur opposition du 8 septembre 2021 et confirmée par la Cour de céans dans son arrêt du 15 août 2022 (AA 136/21 - 100/2022), est rendue vraisemblable au regard des différents rapports médicaux qu'il a produits.

b) Dans son rapport du 23 mars 2021, le Dr M. _____ a expliqué que l'évolution de l'état de santé du recourant à la suite de son accident avait été lente, mais qu'elle s'était finalement révélée favorable. Les douleurs n'avaient cependant pas totalement disparu. Une fasciite plantaire s'était ensuite développée. Afin de soulager les douleurs causées par cette dernière, plusieurs infiltrations avaient été réalisées avec succès.

Ce médecin a alors reconnu que la situation médicale était relativement stabilisée en ce qui concernait à la cheville droite. S'agissant de la cheville gauche, les douleurs persistaient, mais avaient fini par diminuer après une série de trois infiltrations. Aussi, il ne ressort aucunement de ce rapport que la situation du recourant sur le plan médical se serait aggravée. Le Dr M. _____ y expose au contraire une continuité dans les plaintes, voire une amélioration au niveau des douleurs, de sorte que l'existence d'une rechute ne peut être inférée de ce document.

Une permanence des plaintes a également été mise en évidence par le Dr R. _____ dans son rapport du 14 mars 2021. Une aggravation des troubles du recourant n'est donc pas rendue vraisemblable au regard de cette pièce, et cela d'autant plus que le médecin traitant de l'assuré a escompté une amélioration progressive de la capacité de travail.

La Dre S. _____, quant à elle, s'est essentiellement contentée de décrire, dans son rapport du 13 décembre 2021, les plaintes du recourant ainsi que d'émettre des hypothèses sur l'origine des douleurs aux pieds, à savoir des douleurs qui étaient déjà présentes avant le printemps 2021. A aucun endroit elle n'a signalé que l'état de santé de son patient se serait péjoré.

Le Dr A. _____, dans son rapport du 3 décembre 2021, n'a fourni aucun renseignement sur la situation médicale du recourant, seul étant indiqué que ce dernier était suivi en consultation chez lui depuis le 7 septembre 2021. La présence d'une atteinte de nature psychique n'est à cet égard pas établie ni même diagnostiquée par ce spécialiste. Au surplus, le lien de causalité naturelle entre une telle atteinte psychique et l'accident du 24 août 2017 n'est pas rendu vraisemblable, et ce à plus forte raison que ladite atteinte survient plus de quatre années après un événement ayant été qualifié de peu de gravité.

Une aggravation de l'état de santé du recourant n'apparaît pas non plus dans le rapport du 19 juillet 2022 du Dr Y. _____. En effet, ce

dernier y fait seulement état d'une persistance des douleurs chez le recourant et spécifie que la fasciite plantaire est apparue en parallèle à la tendinopathie d'insertion du tendon d'Achille diagnostiquée en 2019 par le Dr M._____, soit avant que les douleurs au pied droit diminuent. Les douleurs du côté gauche stagnant, une consultation auprès de la Dre S._____ avait eu lieu en décembre 2021. Le Dr Y._____ dévoile en outre que le suivi psychiatrique chez le Dr A._____ avait été interrompu pour diverses raisons. Par ailleurs, il mentionne dans ses conclusions que le recourant « se sent invalide », sans toutefois objectiver ce ressenti.

Le rapport établi le 18 août 2021 par la physiothérapeute constate uniquement que l'état de santé du recourant ne s'est pas amélioré et met en lumière les douleurs aux pieds préexistantes. De surcroît, le Dr P._____ et la Dre H._____ de la CRR évoquaient déjà un périmètre de marche limité à une durée d'environ dix minutes dans leur rapport du 23 mars 2018. Ces éléments ne rendent par conséquent pas vraisemblable une péjoration des troubles.

Le rapport intermédiaire d'ergothérapie du 25 mars 2022 n'apporte pas d'élément nouveau permettant d'objectiver une aggravation de la situation du recourant sur le plan médical. Il précise d'ailleurs que le suivi est trop irrégulier pour obtenir des résultats, son patient ayant été absent du 14 décembre 2021 au 28 janvier 2022 et du 26 février au 23 mars 2022 en raison de voyages à l'étranger.

Aucun signe d'aggravation des troubles ne peut au demeurant être déduit des IRM pratiquées les 22 et 25 août 2022 sur les deux chevilles du recourant, dans la mesure où celles-ci ont principalement laissé apparaître des tendinopathies, soit des lésions ayant été diagnostiquées avant la stabilisation de l'état de santé.

Enfin, il ne peut être conclu à la présence d'une rechute des différents certificats médicaux du Dr M._____, des deux ordonnances d'ergothérapie et de la prescription de physiothérapie, dès lors que ces

documents ne donnent aucune information pour se déterminer concrètement sur l'état de santé du recourant et sur son évolution.

c) Partant, au regard de ce qui précède, aucune péjoration des troubles n'a été rendue vraisemblable par le recourant, si bien que c'est de bon droit que l'intimée a nié l'existence au printemps 2021 d'une rechute de l'accident 24 août 2017 et a refusé de lui allouer des prestations de l'assurance-accidents à ce titre.

5. a) Comme mesures d'instruction, le recourant sollicite la jonction de la présente cause avec son recours contre la décision sur opposition du 8 septembre 2021, par laquelle l'intimée lui a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité et d'une IPAI (AA 136/21), ainsi que la mise en œuvre d'une expertise. Il a en revanche finalement renoncé à la tenue d'une audience de débats publics par courrier du 23 janvier 2023.

b) S'agissant de la requête de jonction de causes, l'art. 24 al. 1 LPA-VD prévoit que l'autorité peut, d'office ou sur requête, joindre en une même procédure des affaires qui se rapportent à une situation de faits identique ou à une cause juridique commune, cette disposition étant rédigée de manière potestative (TF 1C_632/2018 du 16 avril 2020 consid. 3.2.1). En l'espèce, l'intimée a rendu deux décisions sur opposition distinctes, découlant de deux motivations et fondements juridiques différents, et portant sur deux périodes temporelles successives et séparées. Un arrêt a déjà été rendu par la Cour de céans en date du 15 août 2022 sur le recours porté contre la décision sur opposition du 8 septembre 2021, l'échange d'écritures étant déjà terminé lorsque le présent recours a été déposé. La requête de jonction, par ailleurs inopportune, n'a en conséquence plus d'objet.

c) Le dossier est pour le reste complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a donc pas lieu de compléter l'instruction, comme le requiert le recourant, par la mise en œuvre d'une expertise. En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, puisque les faits

pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit (appréciation anticipée des preuves ; ATF 130 II 425 consid. 2.1 ; 122 II 464 consid. 4a ; TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.2.1 ; TF 8C_361/2009 du 3 mars 2010 consid. 3.2).

6. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition rendue le 27 janvier 2022 par l'intimée confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f bis LPGA), ni d'allouer de dépens à la partie recourante, qui 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 27 janvier 2022 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 :

Le greffier :

Du

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

- Me François Gillard (pour E. _____),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP),

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :