

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 13 avril 2011

---

Présidence de M. JOMINI  
Juges : MM. Gerber, juge suppléant, et Gutmann, assesseur  
Greffière : Mme Trachsel

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**O.**\_\_\_\_\_, à Lausanne, recourant, représenté par Me Stefan Graf, à Lausanne,

et

**CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (SUVA)**, à Lucerne, intimée, représenté par Me Olivier Derivaz, à Monthey,

---

**Art. 6 al. 1 et 2 LAA ; 16 LPG**

**E n f a i t :**

**A.** O. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né en 1973, travaillait depuis 2004 comme grutier auprès de la société X. \_\_\_\_\_ SA, à Lausanne. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la caisse). Le 27 janvier 2007, il a chuté en descendant un escalier lors du déménagement de l'appartement d'un collègue et a subi une fracture trimalléolaire de la cheville droite. Il a été hospitalisé pour cette atteinte du 27 janvier au 5 février 2007 au Centre hospitalier universitaire du Canton de Vaud (ci-après : le CHUV), où il a subi une ostéosynthèse de la malléole interne et externe de la cheville droite. Après l'opération, il a porté pendant huit semaines le plâtre, puis, après deux semaines, a commencé la physiothérapie.

Une demande de physiothérapie du 3 mai 2007 du Dr H. \_\_\_\_\_, médecin assistant du service d'orthopédie et traumatologie du CHUV, évoquait, outre la fracture trimalléolaire de la cheville droite, la possibilité d'une algoneurodystrophie ("+ algo").

Dans un rapport du 11 juin 2007, les Drs R. \_\_\_\_\_, chef de clinique, et H. \_\_\_\_\_, ont indiqué que l'assuré souffrait, outre de la fracture trimalléolaire de la cheville droite, d'un probable syndrome d'algoneurodystrophie. Un œdème était toujours présent mais en amélioration. Ils préconisaient la poursuite de la physiothérapie.

L'assuré a séjourné à la Clinique [...] du 1<sup>er</sup> août au 4 septembre 2007. Le rapport du 17 septembre 2007 des Drs W. \_\_\_\_\_, médecin associé, spécialiste FMH en rhumatologie et A. \_\_\_\_\_, médecin assistant, du service de réadaptation générale de cette clinique, mettait en évidence les points suivants:

"DIAGNOSTIC PRIMAIRE  
- Thérapies physiques et fonctionnelles (Z50.1)

DIAGNOSTICS SECONDAIRES  
- Fracture trimalleolaire de la cheville droite le 27.01.2007 (T93.2)

- (Z96.7)
- Ostéosynthèse des malléoles interne et externe le 02.02.2007
  - Possible algodystrophie de la cheville droite au décours (M89.0)
  - Nodule de la partie antérieure de la gaine du jambier antérieur
  - Déchirure musculaire de la jonction musculo-tendineuse du jumeau interne gauche [recte : droit] le 13.08.2007 (T93.5)

CO-MORBIDITES

Vitiligo (L80)”

Dans le cadre du séjour à la Clinique [...], une scintigraphie osseuse triphasique a été réalisée au Département d'imagerie diagnostique et interventionnelle du Cen [...], dont il ressortait des altérations pouvant être expliquées par les atteintes traumatiques et opératoires. Selon le Dr Z.\_\_\_\_\_, médecin-chef adjoint du département susmentionné, une algodystrophie parcellaire de la cheville ne pouvait pas être exclue. Le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie et médecin-chef de ce même département considérait, quant à lui, comme probable le diagnostic d'une algodystrophie de la cheville droite au décours. Durant le séjour en question, l'assuré a ressenti, le 13 août 2007, en sortant d'une séance de physiothérapie, une vive douleur au mollet droit suivi d'une impotence fonctionnelle. Le diagnostic de déchirure partielle de la jonction musculo-tendineuse du jumeau interne droit a été posé. Selon le status de sortie, l'assuré souffrait d'une raideur matinale du mollet droit et d'une légère douleur à la palpation de la jonction musculo-tendineuse du jumeau interne droit. Pour le reste, le status restait inchangé.

Dans un rapport médical intermédiaire du 27 septembre 2007, le Dr H.\_\_\_\_\_, a relevé une évolution favorable de l'état de santé de l'assuré jusqu'à son séjour à la Clinique [...] où une déchirure musculaire au niveau du mollet droit s'était produite. Par la suite, il indiquait que les plaintes de l'assuré concernaient plutôt son mollet, que la cheville de ce dernier montrait encore un léger empatement et qu'une discrète douleur au niveau de la malléole externe et interne subsistait. Les cicatrices étaient propres et calmes.

Le matériel d'ostéosynthèse a été retiré le 20 novembre 2007. Une reprise du travail a été tentée le 14 janvier 2008 mais l'assuré a été de nouveau en incapacité de travail totale, dès le 16 janvier suivant.

Selon un rapport du 13 mars 2008 des Drs G.\_\_\_\_\_, médecin adjoint, et K.\_\_\_\_\_, médecin assistant senior au service d'orthopédie et de traumatologie de l'appareil moteur du CHUV, l'assuré présentait encore des douleurs importantes avec des sensations de chaleur et de sueurs froides alternantes. Parfois les douleurs montaient jusqu'au niveau du genou, avec une tuméfaction péri-malléolaire. Le périmètre de marche était d'environ une heure, limité par des douleurs et des sensations de fourmillements. Les symptômes décrits étaient compatibles avec une algoneurodystrophie.

L'assuré a été examiné le 30 avril 2008 par le médecin d'arrondissement de la caisse, le Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. Ce médecin estimait que l'évolution de la consolidation suite au traitement chirurgical par ostéosynthèse avait été correcte, et que, par la suite, s'était installée une évolution sudeckoïde, avec une mise en évidence d'une déchirure dans la région du jumeau interne. Comme diagnostic secondaire, il signalait des lombalgies et des signes de périarthrite de la hanche gauche.

L'assuré a effectué un second séjour à la Clinique [...] du 14 mai au 6 juin 2008. Selon le consilium psychiatrique du 16 mai 2008 de la Dresse V.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, l'évaluation ne mettait pas en évidence l'existence d'une pathologie psychiatrique aiguë évoquant un épisode dépressif, un trouble anxieux ou un trouble psychotique. Le Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation et en rhumatologie, a, dans son consilium de l'appareil locomoteur du 23 mai 2008, résumé la situation comme il suit :

“La lombalgie a une origine lombaire basse non spécifique. L'irradiation dans la fesse et la région trochantérienne G (gauche) est de nature non radiculaire. L'examen neurologique ne montre pas de syndrome radiculaire irritatif ou déficitaire. Comme souvent, il est difficile de déterminer les acteurs favorisant la lombalgie. Le déconditionnement physique et la boiterie pourraient en être 2. L'approche de cette lombalgie doit être non chirurgicale. Théoriquement, une réadaptation rachidienne active pourrait être utile au patient J'ai cependant des doutes, M. O.\_\_\_\_\_ attendant davantage des thérapies passives que d'une auto-rééducation bien guidée. J'encourage la pratique régulière d'exercices actifs de

mobilisation et de renforcement abdomino-pelviens, ainsi que celle d'exercices d'étirement puis de renforcement de la musculature fessière G (gauche). Du point de vue professionnel, cette lombalgie, bien que désagréable, ne limite pas la capacité de travail".

Dans son consilium orthopédique du 26 mai 2008, le Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a évalué la situation comme il suit:

"la RX du jour montre une cheville face et profil pratiquement symétrique au côté opposé, excellente réduction, trait invisible, pas de pincement articulaire, pas de conflit sous-malléolaire externe, aspect osseux correct.

Scintigraphie osseuse: refixation locale en très bonne voie de disparition. Donc le Sudeck est sur le décours, l'interligne articulaire sauvé, la mobilité passive pratiquement symétrique au côté opposé. Pas de laxité évidente tant dans le plan sagittal que frontal, cicatrice calme.

Donc, pour moi, plus aucun traitement chirurgical à proposer. Adaptation des souliers et du support puisqu'il n'y a plus de matériel sur la malléole externe, on peut passer à des chaussures à tige haute avec semelle absorbant les chocs, moulant la voûte plantaire et possédant une tige haute stabilisant le mieux possible cette articulation encore dolente.

Sur le plan purement orthopédique, le cas peut être considéré comme terminé, pratiquement sans séquelle."

Le rapport du 18 juin 2008 des Drs W.\_\_\_\_\_ et F.\_\_\_\_\_, médecin assistant, de la Clinique [...] ont posé les diagnostics suivants :

"DIAGNOSTIC PRIMAIRE

- Thérapies physiques et fonctionnelles (Z50.1)

DIAGNOSTICS SECONDAIRES

- Algodystrophie de la cheville droite au décours (M89.0)
- Fracture trimalléolaire de la cheville droite le 27.01.2007 (T93.2)
- Ostéosynthèse des malléoles interne et externe le 02.02.2007 (Z 96.7)
- Ablation du matériel d'ostéosynthèse du tibia et du péroné droits et résection d'un kyste ténosynovial du rétinaculum du jambier antérieur le 20.11.2007 (Z98.8)
- Déchirure musculaire de la jonction musculo-tendineuse du jumeau interne droit le 13.08.2007 (T93.5)
- Lombalgies non spécifiques (M54.5)

COMORBIDITES

- Vitiligo (L80)
- Dermite séborrhéique (L21.6) »

Ces médecins ont considéré que les douleurs de la cheville droite devaient être mises sur le compte d'un état après fracture trimalléolaire opérée et d'une algodystrophie de la cheville droite dont l'activité est en diminution tant cliniquement que selon la scintigraphie osseuse du 23 mai 2008. Ils précisaient que l'échographie de la jambe droite du 13 juin 2008 n'avait pas montré de fibrose musculaire ou d'autre lésion musculaire au mollet droit, que les lombalgies présentées par l'assurée étaient d'origine non spécifique, sans participation radiculaire, qu'il n'y avait pas d'indication chirurgicale et que des mesures de rééducation active avec gainage abdominolombaire et auto-exercices avaient été proposées.

Dans un rapport du 3 septembre 2008, le Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale, médecin traitant de l'assuré, a rendu compte d'un trouble dépressif réactionnel, de séquelles de fracture trimalléolaire de la cheville droite, antécédents connus, d'une algodystrophie de la cheville droite lentement au décours et d'un lumbago simple. Dans la discussion, ce spécialiste indiquait :

“Le tableau est dominé par les douleurs de la cheville droite séquellaire à la fracture déjà nommée et connue et s'inscrivant également dans un diagnostic d'algodystrophie. A cela viennent s'ajouter des douleurs de la hanche ainsi que lombaires s'inscrivant dans un processus de probable disbalance musculaire, liée à la décharge importante de son membre inférieur droit et correspondant à un lumbago ainsi qu'à une tendinite du genou et possiblement de la hanche. Lors de l'entretien du 20 août 2008, le patient s'est également plaint d'un manque de force intermittent de sa main gauche avec la présence de paresthésies qui n'ont pour l'instant pas été investiguées mais qui pourraient correspondre au diagnostic de compression du tunnel carpien, peut-être sur l'utilisation de cannes de marche. Il est à relever l'existence d'un important état dépressif qui avait été dénié au début par le patient pour prendre une tournure plutôt somatoforme. Actuellement, le patient reconnaît cette pathologie et a accepté un traitement. En l'absence d'antécédent psychiatrique, on peut en déduire que le diagnostic de dépression est plutôt réactionnel à son inactivité professionnelle, et au deuil de l'activité de grutier que le patient doit entreprendre. En effet, les nombreux médecins qu'il a consulté sont tous d'avis qu'il ne pourra plus pratiquer son activité de grutier.”

L'assuré a été réexaminé le 8 octobre 2008 par le Dr L.\_\_\_\_\_. Au chapitre "diagnostic", ce dernier a indiqué :

"Je retiens une fracture tri-malléolaire de la cheville droit survenue le 27.01.2007, traitée chirurgicalement et compliquée d'une probable algodystrophie. Evolution somatiquement favorable avec AMO (ablation de matériel d'ostéosynthèse) le 20.11.2007 et amélioration

du Sudeck, comme il a été certifié par scintigraphie osseuse du 23.05.2008. Troubles somatoformes de type réaction de stress post-traumatique avec des caractéristiques de dépression."

EN RESUME :

"Situation actuelle caractérisée par des plaintes subjectives dépassant largement le cadre de la cheville droite, concernant les deux genoux, la colonne ainsi que les MS (membres supérieurs). L'entretien avec M. O. \_\_\_\_\_ révèle une expression triste, avec des plaintes douloureuses qui sont au premier plan et multifformes. La déambulation à plat se fait avec une importante boiterie, presque caricaturale. Lors de l'examen, la simple mobilisation des articulations de la hanche et des genoux déclenche subjectivement des douleurs non-explicables médicalement (MUS). Du point de vue purement somatique, je retiens une situation stabilisée à la cheville droite avec une consolidation obtenue, une restriction modérée de la flexion globale ainsi qu'une petite restriction de la mobilité de la sous-astragaliennne. Il faut également retenir une amyotrophie, surtout marquée au mollet. Du point de vue asséurologique, l'activité de grutier, qui comporte dans les moments creux de participer au travail lourd de chantier, n'est plus exigible. Pour ce qui concerne la situation purement somatique, toute activité se déroulant essentiellement en position assise, sans déplacement sur terrain accidenté, sans nécessité de monter aux échelles ou sur des échafaudages, sans port de charge au-delà de 15kg et sans déplacement trop important dans les escaliers ou à plat est exigible, sans limitation de temps ni de rentabilité. Je retiens une causalité naturelle d'avec l'accident pour les manifestations somatoformes et la réaction de type stress post-traumatique, tout en laissant aux instances compétentes la tâche de se prononcer sur l'adéquation."

**B.** Par courrier du 22 décembre 2008, la caisse a communiqué à l'assuré qu'elle mettait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 28 février 2009 au soir, au motif que les renseignements médicaux à sa disposition révélaient qu'un traitement n'était plus nécessaire.

Par décision du 27 janvier 2009, la caisse a accordé à l'assuré une rente d'invalidité basée sur une incapacité de gain de 22 %. Elle estimait que, pour les seules suites de l'accident du 27 janvier 2007, l'assuré était à même d'exercer une activité légère dans différents secteurs de l'industrie, à la condition qu'il puisse travailler essentiellement en position assise et éviter de monter aux échelles ou sur des échafaudages ainsi que le port de charges de plus de 15 kg. Elle considérait qu'une telle activité était exigible durant toute la journée et permettait de réaliser un revenu d'environ 4'350 fr. par mois. Comparé au

gain de 5'575 fr. réalisable sans accident, il en résultait une perte économique de 21.97 %. La caisse retenait qu'outre les séquelles organiques de l'accident, des troubles psychogènes réduisaient aussi la capacité de gain mais que ceux-ci n'étaient pas en relation de causalité adéquate avec l'accident et ne donnaient donc pas droit à des prestations.

L'assuré s'est opposé à cette décision par courrier du 17 février 2009. Il sollicitait la réévaluation de son taux d'invalidité au regard de son algodystrophie, de ses lombalgies et de son trouble psychogène.

Par décision sur opposition du 30 mars 2009, la caisse a confirmé sa décision du 27 janvier 2009.

**C.** Par acte du 15 mai 2009, O. \_\_\_\_\_ a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision sur opposition du 30 mars 2009, concluant à son annulation et à son renvoi à l'autorité intimée pour nouvelles investigations. Subsidiairement, il a conclu à sa réforme en ce sens qu'il est reconnu, en l'état actuel, incapable de travailler à 100%, que la caisse est invitée à reprendre dès et y compris le 1<sup>er</sup> mars 2009 le versement de l'indemnité journalière et la prise en charge des frais de traitements, y compris psychothérapeutiques, jusqu'à pleine capacité de travail, plus subsidiairement jusqu'à ce qu'il soit constaté une invalidité permanente et que, toujours subsidiairement, si une invalidité permanente devait lui être reconnue, à l'octroi d'une rente pleine et entière d'invalidité. A titre de mesures d'instruction, le recourant a requis la mise en oeuvre d'une expertise psychiatrique, neurologique et orthopédique et sollicité également la tenue d'une audience et l'octroi de l'assistance judiciaire.

Dans sa réponse du 14 juillet 2009, la caisse s'est opposée à la demande d'expertise judiciaire, estimant le cas suffisamment instruit. Elle concluait au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée.

Par courrier du 29 octobre 2009, le recourant a déclaré renoncer à la tenue d'une audience.

**D.** Le 10 mars 2008, l'assuré a déposé une demande de prestations de auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'office).

Le 22 décembre 2008, l'OAI a informé l'assuré qu'il prenait à sa charge, au titre de mesure d'intervention précoce, un cours de formation au changement. Le 29 janvier 2009, l'office lui a communiqué qu'il lui reconnaissait un droit au placement, de sorte qu'une orientation professionnelle et un soutien dans ses recherches d'emploi lui serait fourni.

**E.** Suite à la demande du 9 mars 2010 du juge instructeur de la cause, l'OAI a produit :

- un rapport médical du 1<sup>er</sup> octobre 2009 du Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et médecin traitant du recourant depuis le mois d'août 2008, lequel posait les diagnostics ayant effet sur la capacité de travail suivants :

" Diagnostics avec effet sur la capacité de travail

Status après fracture trimalléolaire de la cheville droite le 27 janvier 2007. Status après ostéosynthèse bimalléolaire en janvier 2007.

Sudeck après fracture de la cheville droite.

Etat dépressif réactionnel.

Status après ablation du matériel d'ostéosynthèse le 20.11.2007.

Déchirure musculaire de la jonction musculo-tendineuse des jumeaux internes droits le 13.8.2007.

Syndrome douloureux généralisé.

(...)

L'évolution est marquée par une lente péjoration avec apparition de symptômes douloureux, diffus, empêchant la reprise d'une quelconque activité professionnelle. Il faut dire également, que les symptômes empêchent également le patient d'exercer une quelconque tâche ménagère. Il était même incapable de tenir sa 2<sup>ème</sup> fille dans ses bras lorsqu'elle était née compte tenu de l'exacerbation des douleurs. La symptomatologie est donc dominée par des polyarthralgies et polymyalgies (troubles somatoformes ?). Même s'il n'a pas été reconnu par la SUVA, le traumatisme classé de gravité moyenne à inférieure, a déclenché à mon avis un état dépressif réactionnel, d'une part en mettant un terme à sa profession de grutier qu'il appréciait particulièrement et d'autre part, à son image de père de famille, ne pouvant plus assurer sa responsabilité. La naissance de sa 2<sup>ème</sup> fille, n'a fait qu'accentuer sa culpabilité de ne pouvoir s'occuper d'elle comme il le désirait.

D'autre part un syndrome de Sudeck reste un mal mystérieux pour mon patient et il reste persuadé qu'il y a eu une erreur lors de la prise en charge médico-chirurgicale du traumatisme" ;

- un rapport médical du 2 octobre 2009 de la Dresse T.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et en rhumatologie avec une formation postgrade de droit privé en médecine psychosomatique et psychosociale, médecin traitant du recourant depuis le mois de juillet 2009, laquelle retenait les éléments suivants :

"DIAGNOSTIC

Trouble somatoforme douloureux

Algoneurodystrophie de la cheville droite, au décours

Status après ostéosynthèse pour fracture trimalléolaire de la cheville droite le 27.01.2007

Status après ablation du matériel d'ostéosynthèse le 20.11.2007

(...)

Sur le plan psychiatrique, le rapport de causalité entre l'accident et la situation actuelle n'a pas été établi d'après la Clinique [...]. L'évolution s'est faite vers un trouble somatoforme douloureux, conséquent : le patient n'est presque pas examinable, et ceci à tous les niveaux : cette situation est un très mauvais pronostic."

- un rapport du 30 octobre 2009 de N.\_\_\_\_\_, psychologue spécialiste en psychothérapie FSP, laquelle a suivi médicalement l'assuré depuis le mois de janvier 2009 et a posé les diagnostics suivants :

"Etat de stress post-traumatique (F431)

Episode dépressif moyen (F321)

Syndrome douloureux somatoforme persistant (F454)".

Elle a décrit l'évolution du cas comme il suit:

"L'accident dont M. O.\_\_\_\_\_ a été victime, même s'il n'a pas mis objectivement en danger sa vie, a été vécu, d'après son récit, comme une rupture critique de son intégrité somatique et de la confiance qu'il pouvait mettre dans son "pouvoir-être" corporel. Le patient sent aussitôt une catastrophe, et l'évolution (avec difficultés ou manque de compréhension dans la relation médecin-malade) va confirmer ce pressentiment. Le patient développe un état de stress post- traumatique, avec une symptomatologie anxio-dépressive qui ira en s'accroissant. C'est dans ce contexte que les symptômes douloureux et le sentiment d'impuissance corporel se chronicisent et débouchent sur ce que l'on peut qualifier aujourd'hui comme un syndrome douloureux somatoforme persistant Le traitement antidépresseur qui a été introduit n'a pas amené d'amélioration significative. D'après notre évaluation psychologique, la capacité de travail est actuellement très restreinte et ne permet pas à ce jour d'envisager une reprise de travail dans des conditions normales. En raison de la complexité du tableau clinique, de la symptomatologie anxieuse rapidement envahissante et de la limitation des capacités résiduelles, nous pensons que des mesures de réadaptation professionnelle ont peu de chance d'aboutir."

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

**1. a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) s'appliquent à l'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 sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile - compte tenu des fêtes judiciaires pascales (art. 38 al. 4 let. a et 60 al. 2 LPGA) - auprès du tribunal compétent eu égard au domicile du recourant, est donc recevable.

**b)** La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD ; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2009, s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**2.** En premier lieu, le recourant fait valoir que la décision attaquée a été rendue en violation de son droit d'être entendu et de manière arbitraire, l'autorité intimée ayant décidé d'interrompre ses prestations et de verser une rente sans requérir d'expertise ni psychiatrique ni neurologique. Le recourant sollicite donc la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire (psychiatrique, neurologique et orthopédique) afin de déterminer notamment les séquelles dont il "souffre actuellement" tant sur le plan physique que psychique, ainsi que leur lien de causalité naturelle avec l'accident assuré ou avec les traitements chirurgicaux ou médicaux subséquents.

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

Selon la jurisprudence, les rapports des médecins des assureurs peuvent également se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351, consid. 3b/ee, et les références citées; TF 8C\_565/2008 du 27 janvier 2009, consid. 3.3.2; 8C\_862 du 19 août 2009, consid. 4.2). Par ailleurs, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidentiels privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations

d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc, et les références citées; Pratique VSI 2001 p. 106, consid. 3b/bb et cc).

Enfin, si l'administration ou le juge (art. 43 et 61 let. c LPGA), se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves ("appréciation anticipée des preuves" ; ATF 130 II 425, consid. 2.1; 122 II 464, consid. 4a; 122 III 219, consid. 3c; 120 Ib 224, consid. 2b; 119V 335, consid. 3c et la référence).

**aa)** Les deux séjours effectués à la Clinique [...] ont fait l'objet de rapports pluridisciplinaires détaillés. Le rapport rendu par IW.\_\_\_\_\_ et F.\_\_\_\_\_, le 18 juin 2008, comporte un consilium psychiatrique et orthopédique. S'il est constant que le recourant n'avance aucun élément susceptible de mettre en doute leur pleine valeur probante, il convient de constater également qu'une modification notable de l'état de santé psychique du recourant a été relevée ultérieurement par les Drs C.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_ (rapports du 3 septembre et du 8 octobre 2008), ce, au contraire de ce qui avait été décrit préalablement par la Dresse V.\_\_\_\_\_, dans son consilium psychiatrique du 16 mai 2008. En effet, cette dernière niait toute pathologie psychiatrique aiguë. Le Dr C.\_\_\_\_\_ constate un trouble dépressif réactionnel tandis que le Dr L.\_\_\_\_\_ diagnostique des troubles somatoformes de type réaction de stress post-traumatique avec des caractéristiques de dépression. Les conclusions de ces deux spécialistes, relatives aux atteintes psychiques, ont été corroborées par la suite par les avis médicaux postérieurs à la décision attaquée du Dr Q.\_\_\_\_\_, de la Dresse T.\_\_\_\_\_ et de la psychologue N.\_\_\_\_\_.

Cela étant, il n'y a donc aucun indice concret permettant de douter du bien-fondé des constatations médicales des Drs C.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_ (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb p. 353). Il s'y ajoute que, comme

nous le verrons ci-après, les atteintes psychiques ne remplissent manifestement pas les conditions de la causalité adéquate.

**bb)** Le recourant estime, s'agissant de l'algoneurodystrophie, qu'une expertise neurologique aurait dû être ordonnée. Cette atteinte a toutefois bel et bien été prise en considération tant par les médecins de la Clinique [...], dans leurs deux rapports, que par les Drs C.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_. Le recourant n'avait donc aucun indice concret lui permettant de douter du bien-fondé de ces constatations médicales. De plus, comme nous le verrons, les exigences de causalité naturelle posées par la jurisprudence pour l'algoneurodystrophie ne sont clairement pas remplies.

**cc)** S'agissant des lombalgies, celles-ci ont fait l'objet d'un rapport détaillé par le Dr M.\_\_\_\_\_ dans le cadre du deuxième séjour à la Clinique [...] et il n'y a pas non plus d'indice concret permettant de douter du bien-fondé de ces constatations.

**dd)** Enfin, en ce qui concerne les autres atteintes dont se plaint le recourant, celles-ci doivent, avec une vraisemblance prépondérante, être rattachées au trouble somatoforme douloureux diagnostiqué et n'ont pas de portée indépendantes. Elles ne requièrent donc pas la mise en œuvre d'une expertise.

**c)** En conséquence, c'est à tort que le recourant reproche à l'autorité intimée d'avoir violé son droit d'être entendu en n'ordonnant pas une nouvelle expertise pluridisciplinaire dans le but d'examiner ses atteintes physiques et psychiques. Par ailleurs, il y a lieu de ne pas donner suite à la demande d'expertise judiciaire, ce dans la mesure où elle n'apportera pas d'élément nouveau déterminant pour l'issue de la présente cause.

**3. a)** Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Est 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 (art. 4 LPGA).

L'art. 6 al. 2 LAA habilite le Conseil fédéral à inclure dans l'assurance des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. Les fractures, déchirures de muscles et de tendons figurent dans la liste exhaustive des lésions corporelles assimilées à un accident de l'art. 9 al. 2 (let. a, d et f) OLAA (Ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents, RS 832.202), même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire. Encore faut-il, selon l'art. 9 al. 2 OLAA que ces lésions corporelles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs.

La notion de lésion assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. Aussi les assureurs accidents LAA doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait en principe être couvert par l'assurance-maladie. Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA sont assimilées à un accident même si elles ont, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 129 V 466, 123 V 43 consid. 2b p. 44, 116 V 145 consid. 2c p. 147, 114 V 298 consid. 3c p. 301). Si, par contre, une telle lésion est survenue sans avoir été déclenchée par un facteur extérieur soudain et involontaire, elle est manifestement imputable à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs et il appartient à l'assurance-maladie d'en prendre en charge les suites. On précisera que dans le cadre de l'art. 9 OLAA, on ne peut admettre qu'une lésion assimilée - malgré son origine en grande partie dégénérative - a fait place à l'état de santé dans lequel l'assuré se serait trouvé sans l'accident (retour au statu quo sine), tant que le caractère désormais exclusivement maladif ou dégénératif de l'atteinte à la santé n'est pas clairement établi. A défaut, en effet, on se trouverait à nouveau confronté, immédiatement après avoir admis l'existence d'une lésion assimilée à un accident, à la difficulté de distinguer entre l'origine

dégénérative ou accidentelle de cette lésion (cf. ATF 8C\_357/2007 du 31 janvier 2008, consid. 2).

**b)** Il faut tout d'abord souligner que la fracture de la cheville subie le 27 janvier 2007 par le recourant lors de sa chute dans l'escalier constitue incontestablement un accident. La déchirure musculaire de la jonction musculo-tendineuse du jumeau interne droit que le recourant a subie le 13 août 2007 lors de son séjour à la Clinique [...] fait partie quant à elle des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident, car elle n'est pas manifestement imputable à une maladie ou à un phénomène dégénératif.

**4.** Cela étant, il convient maintenant d'examiner la question de l'existence d'un lien de causalité entre l'événement en cause et les diverses atteintes présentée par le recourant. Ce dernier considère que la décision attaquée se limite à considérer que le cas d'espèce serait à classer dans la catégorie des accidents de moyenne gravité et nie qu'il ait pu avoir une influence déterminante dans l'apparition ou le développement de ses troubles psychiques. De même, la caisse nierait tout impact des douleurs (notamment lombalgiques) sur sa capacité de travail.

**a)** Le droit à des prestations découlant d'un événement assuré suppose d'abord, 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 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 ou, 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 l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177, consid. 3.1; 402, consid. 4.3.1; 119 V 335, consid. 1; 115 V 256, consid. lb, et les références).

**b)** Le droit à des prestations découlant d'un événement assuré suppose également, outre un lien de causalité naturelle, un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé (ATF 129 V 402, consid. 4.4.1 in limine). Selon la jurisprudence, 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 ; 402, consid. 2.2 ; 125 V 456, consid. 5a, et les références). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 118 V 286, consid. 3a).

**c)** 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 versées en cas de rechutes ou de séquelles (art. 11 OLAA) ; pour les titulaires d'une rente de l'assurance-accidents, art. 21 LAA ; TF 8C\_269/2008 du 27 octobre 2008, consid. 2.2 ; 8C\_1023/2008 du 1<sup>er</sup> décembre 2009, consid. 5.3).

**5.** S'agissant du rapport de causalité naturelle, la décision attaquée ne se prononce pas expressément sur cette question. Dans sa réponse, la caisse relève toutefois que les lombalgies ont été clairement exclues d'une relation de causalité naturelle avec l'accident non-professionnel du recourant.

**a)** En l'occurrence, l'existence éventuelle d'une algodystrophie, appelée aussi algoneurodystrophie ou syndrome de Sudeck (M 89.0), a été envisagée pour la première fois dans une demande de physiothérapie du Dr H.\_\_\_\_\_, le 3 mai 2007, puis dans le rapport du 11 juin 2007 des Drs R.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_. Les Drs W.\_\_\_\_\_ et A.\_\_\_\_\_ de la Clinique [...] ont qualifié ce même diagnostic de possible dans leur rapport du 17 septembre 2007 tout en précisant que cette atteinte était en décours ; ils ont ainsi repris le diagnostic d'une algodystrophie en décours posé par le Dr D.\_\_\_\_\_, tout en le relativisant (ce diagnostic n'étant plus probable, mais simplement possible) afin de tenir compte de l'évaluation du Dr Z.\_\_\_\_\_ sur la base de la scintigraphie osseuse triphasique qui estimait qu'une algodystrophie ne pouvait pas être exclue, ce même si les altérations constatées pouvaient être expliquées par les atteintes traumatiques et opératoires. Dans leur rapport du 13 mars 2008, les Drs G.\_\_\_\_\_ et K.\_\_\_\_\_ ont indiqué que les symptômes constatés à cette période (douleurs importantes avec des sensations de chaleur et de sueurs froides alternantes, fourmillements) étaient tout à fait compatibles avec une algoneurodystrophie. En avril 2008, le médecin d'arrondissement de la caisse, le Dr L.\_\_\_\_\_ a estimé que s'était installée une évolution sudeckoïde. Dans leur rapport du 18 juin 2008, les Drs W.\_\_\_\_\_ et F.\_\_\_\_\_, après le second séjour du recourant à la Clinique [...], ont maintenu le diagnostic d'algodystrophie de la cheville droite au décours tout en abandonnant le qualificatif de "possible" retenu lors du premier rapport. Le radiologue a relevé quant à lui que l'image scintigraphique était compatible avec une probable mal-consolidation des fractures et/ou une activation du processus dégénératif post-traumatique et qu'il n'y avait pas d'indice plaidant pour une nouvelle flambée d'algodystrophie. Selon le rapport du Dr C.\_\_\_\_\_ du 3 septembre 2008, il y avait bien algodystrophie de la cheville droite lentement au décours. Finalement, le Dr L.\_\_\_\_\_ a estimé, en octobre 2008, que l'algodystrophie était probable mais certainement en amélioration.

**b)** La présentation clinique habituelle de l'algodystrophie est caractérisée par la survenue d'une douleur extrêmement importante dans les suites d'un traumatisme même mineur. Cette douleur, souvent différente de celle du traumatisme déclenchant éventuel, est décrite comme une sensation de brûlure pouvant être aggravée par des facteurs émotionnels. La mobilisation active voire passive peut aggraver les symptômes. La douleur est souvent accompagnée de paresthésies, voire d'hyperesthésies locales ainsi que d'une enflure avec sudation massive. On parle aussi d'allodynie (douleur au moindre toucher) ou d'hyperpathie (douleur à la palpation normalement non nociceptive) (Aspect clinique, évolution et pronostic, M. Waldburger, C. Gobelet, M.R. Magistris, B. Rigoni, J.P. Robert, in: Algodystrophie [Complex regional pain syndrome I] E. Bär, M. Felder, B. Kiener [Editeurs], Suva, 1998, p. 39).

Selon la jurisprudence, pour que l'algodystrophie puisse être considérée comme une conséquence d'un accident, il faut :

- a) la preuve d'une atteinte physique après un accident ou apparition après une opération faite à cause d'un accident ;
- b) l'exclusion d'autres facteurs causals non traumatiques ;
- c) un faible temps de latence entre l'accident et l'apparition de l'algodystrophie, au plus six à huit semaines (ATFA U 436/06 du 6 juillet 2007, consid. 3.4.2.1).

**c)** Ainsi, comme on vient de le voir, il est constant que le recourant présente une algodystrophie. Les premiers indices d'une algodystrophie datent du 3 mai 2007, soit plus de treize semaines après l'accident du 27 janvier 2007 et l'ostéosynthèse du 2 février 2007. Le temps de latence est ainsi trop long pour admettre un lien de causalité naturelle entre l'algodystrophie et cet accident. De même, il n'y a pas d'indication que l'algodystrophie soit consécutive à la déchirure partielle de la jonction musculo-tendineuse du jumeau interne droit le 13 août 2007 ; en effet, le rapport du Dr H. \_\_\_\_\_ du 27 septembre 2007 fait uniquement état d'un léger empâtement de la cheville. Les symptômes typiques d'une algodystrophie, telles que sensations de chaleur et de

sueurs froides alternantes ne sont quant à eux signalés que dans un rapport du 13 mars 2008, soit bien après le temps de latence requis.

**d)** S'agissant des lombalgies dont souffre le recourant, les Drs W.\_\_\_\_\_ et F.\_\_\_\_\_ et le Dr M.\_\_\_\_\_, dans leurs rapports respectifs des 18 juin 2008 et 23 mai 2008 du Dr M.\_\_\_\_\_, ont relevé que la lombalgie avait une origine lombaire basse non spécifique ; quant à l'irradiation dans la fesse et dans la région trochantérienne gauche, elle était de nature non radiculaire ; en effet, l'examen neurologique ne montrait pas de syndrome radiculaire irritatif ou déficitaire. Le Dr M.\_\_\_\_\_ s'est par ailleurs prononcé plus précisément sur le rapport de causalité, en précisant qu'il était difficile de déterminer les facteurs favorisant la lombalgie. Il était d'avis que le déconditionnement physique et la boiterie pouvaient en être deux causes. Point n'est besoin de trancher le rapport de causalité naturelle car la causalité adéquate devra, comme nous le verrons, être niée.

**e)** S'agissant des troubles psychiques, le Dr C.\_\_\_\_\_ a évoqué, le 3 septembre 2008, l'existence d'un trouble réactionnel dépressif. Le Dr L.\_\_\_\_\_, le 8 octobre 2008, a mentionné des troubles somatoformes de type réaction de stress post-traumatique avec des caractéristiques de dépression. Comme on l'a vu, le consilium psychiatrique du 16 mai 2008 de la DressV.\_\_\_\_\_, n'a pas mis en évidence l'existence d'une pathologie psychiatrique aiguë évoquant plutôt un épisode dépressif, un trouble anxieux ou un trouble psychotique.

Les rapports médicaux postérieurs à la décision attaquée, ont mis en évidence un état dépressif réactionnel et un trouble somatoforme généralisé (rapport du Dr Q.\_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> octobre 2009), un trouble somatoforme douloureux (rapport de la Dresse T.\_\_\_\_\_ du 2 octobre 2009), un état de stress post-traumatique, un épisode dépressif moyen et un syndrome douloureux somatoforme persistant (rapport de la psychologue N.\_\_\_\_\_ du 30 octobre 2009).

En principe, une évolution postérieure à la décision attaquée ne devrait pas être prise en considération. Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 366 consid. 3b, 116 V 248 consid. 1a et les arrêts cités). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 117 V 293 consid. 4). In casu, dans la mesure où les trois rapports médicaux d'octobre 2009 rejoignent largement l'appréciation des Drs C. \_\_\_\_\_ et L. \_\_\_\_\_, il faut admettre que tant le trouble réactionnel que le trouble somatoforme douloureux existaient déjà lorsque la caisse a pris sa décision. Or, selon le Dr L. \_\_\_\_\_, ces troubles sont dans un rapport de causalité naturelle avec l'accident du 27 janvier 2007. Cela n'est pas contesté par l'autorité intimée. Il n'y a donc pas lieu de s'écarter de cette appréciation.

**6.** S'agissant maintenant du lien de causalité adéquate, la caisse a qualifié la chute dans l'escalier comme un accident de gravité moyenne. Dans sa réponse, elle l'a même classé dans les accidents de gravité moyenne proches des accidents de peu de gravité.

**a)** 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. p. 181, 402 consid. 2.2 p. 405, 125 V 456 consid. 5a p. 461 et les références).

**aa)** En cas d'atteinte à la santé physique, ce lien est généralement admis sans autre examen dès lors que le rapport de causalité naturelle est établi (cf. ATF 127 V 102 consid. 5b/bb p. 103). En revanche, la jurisprudence a posé plusieurs critères en vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et des troubles d'ordre psychique développés ensuite par la victime. Elle a tout d'abord

classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement: les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par exemple une chute banale), 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. La jurisprudence a admis qu'une chute avec fracture et perte de conscience pendant quinze à trente minutes devait au moins être considérée comme de gravité moyenne (TFA, arrêt U 339/00 du 28 mars 2001, consid. 2b). Elle a en revanche considéré qu'une chute dans l'escalier avec fracture comminutive de la rotule était de gravité moyenne à la limite des accidents de peu de gravité (TFA, arrêt U 340/05 du 16 décembre 2005, consid. 2.3, avec références).

En l'espèce, le recourant a chuté en descendant un escalier lors du déménagement de l'un de ses collègues. Il a subi une fracture trimalléolaire de la cheville droite ; ainsi, le seul fait qu'il ait vu, au moment de l'accident, son pied retourné et ait pressenti aussitôt "une catastrophe pour lui et sa famille" (cf., rapport de la psychologue N. \_\_\_\_\_) ne suffit pas à conférer à cet accident une gravité particulière au sens où l'entend la jurisprudence précitée. C'est donc à juste titre que la caisse a qualifié l'événement du 27 janvier 2007 parmi les accidents de gravité moyenne, à la limite des accidents de peu de gravité. Par ailleurs, la déchirure musculaire de la jonction musculo-tendineuse du jumeau internes droits le 13 août 2007 lors d'un traitement physiothérapeutique ne constitue en tout cas pas un accident plus grave que celui du 27 janvier 2007.

**bb)** En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants:

a) les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident;

- b) 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;
- c) la durée anormalement longue du traitement médical;
- d) les douleurs physiques persistantes;
- e) les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident;
- f) les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes;
- g) le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques (ATF 115 V 133 consid. 6 p. 139 s., 403 consid. c p. 408).

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa p. 140 et 403 consid. 5c/aa p. 409; cf. arrêt 8C\_788/2008 du 4 mai 2009 consid. 2). Pour un accident de gravité moyenne qui n'est ni à la limite des accidents graves ni à celle de ceux de peu de gravité, il faut soit que trois critères soient remplis, sans que ceux-ci doivent l'être avec une intensité particulière, soit que l'un des critères soit rempli avec une intensité particulière (Tribunal fédéral, arrêt 8C\_996/2010 du 14 mars 2011, consid. 7.3 ; 8C\_897/2009 du 29 janvier 2010 consid. 4.5).

En l'espèce, il faut tout d'abord constater que les circonstances de l'accident n'étaient pas particulièrement dramatiques et que l'accident n'avait pas un caractère particulièrement impressionnant.

Les lésions physiques (fracture trimalléolaire de la cheville droite et déchirure musculaire de la jonction musculo-tendineuse du jumeau interne) ne sont pas d'une gravité particulière et ne sont pas propres, selon l'expérience à entraîner des troubles psychiques.

En outre, le traitement médical de la fracture de la cheville n'a pas été particulièrement long puisque le recourant a pu recommencer à marcher après trois mois. Hormis le retrait du matériel d'ostéosynthèse en novembre 2007, le traitement ultérieur des séquelles de la fracture de la cheville droite s'est limité à un traitement physiothérapeutique. Or, on peut admettre que la durée de ce traitement a été influencée de manière prépondérante soit par l'algodystrophie — qui n'est pas dans un rapport de causalité naturelle avec l'accident — soit par les douleurs liées au trouble somatoforme, donc par une atteinte psychique. Il en découle que la condition de la durée du traitement médical des lésions physiques n'est pas remplie. Il n'en va pas différemment en ce qui concerne la déchirure musculaire du jumeau interne. De même, la condition des douleurs physiques persistantes n'est pas remplie, car celles-ci sont, avec une vraisemblance prépondérante, dues dès le mois de juin 2007 à l'algodystrophie ou au trouble somatoforme.

La déchirure musculaire de la jonction musculo-tendineuse du jumeau interne droit le 13 août 2007 apparue lors d'un traitement physiothérapeutique constitue, il est vrai, une erreur de traitement médical, mais qui n'a toutefois pas entraîné une aggravation notable et durable des séquelles de l'accident.

Il faut admettre que c'est l'algodystrophie qui ralentit notablement le processus de guérison. Or, même si cette atteinte n'est pas elle-même dans un rapport de causalité naturelle avec l'accident, elle remplit la condition d'une difficulté apparue au cours de la guérison ou d'une complication importante.

Finalement, le recourant a été déclaré en incapacité totale de travail depuis son accident, à l'exception d'une courte période en janvier 2008. Ainsi, s'agissant de la condition du degré et de la durée de l'incapacité de travail, dans la mesure où seule l'incapacité due aux lésions physiques en rapport de causalité avec l'accident assuré doit être prise en considération. Or, comme on l'a vu, on peut admettre avec une

vraisemblance prépondérante que l'incapacité de travail du recourant était en grande partie due à l'algodystrophie ou au trouble somatoforme, donc à une atteinte qui n'était pas dans un rapport de causalité naturelle avec l'accident assuré ou à une atteinte psychique. L'incapacité de travail du recourant qui est susceptible d'être prise en compte ne revêtait donc pas un degré et une durée suffisante pour remplir la condition requise.

Ainsi, il découle de ce qui précède que seul un des critères énoncés par la jurisprudence est rempli, à savoir celui de l'existence d'une difficulté apparue en cours de guérison ou d'une complication importante. Cela ne suffit pas pour admettre la causalité adéquate d'une atteinte à la santé psychique pour un accident qualifié de gravité moyenne, à la limite des accidents de peu de gravité. Les troubles psychiques du recourant (qu'il s'agisse d'un trouble réactionnel dépressif, d'un trouble somatoforme de type réaction de stress post-traumatique avec des caractéristiques de dépression, d'un état de stress post-traumatique, d'un épisode dépressif moyen, d'un trouble ou syndrome douloureux somatoforme) ne sont donc pas dans un rapport de causalité adéquate avec l'accident assuré.

**b)** Au surplus, il convient d'admettre qu'en tant que principe répondant à la nécessité de fixer une limite raisonnable à la responsabilité de l'assureur-accidents social, la causalité adéquate n'a ordinairement aucune incidence en présence d'une atteinte à la santé physique en relation de causalité naturelle avec l'accident, du moment que dans ce cas l'assureur répond aussi des atteintes qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb p. 103 et les références).

En l'espèce toutefois, il faut reconnaître que les lésions physiques en rapport de causalité naturelle avec l'accident n'étaient pas propres à entraîner le développement des douleurs lombaires subséquentes. Les lésions physiques du membre inférieur droit qui ont subsisté après l'ostéosynthèse des malléoles interne et externe suite à la fracture trimalléolaire de la cheville droite ou après la déchirure de la

jonction musculo-tendineuse du jumeau interne droit n'auraient à elles seules, pas été suffisantes pour susciter une boiterie d'épargne pouvant provoquer des lombalgies, ce en l'absence de l'algodystrophie qui a pour caractéristique d'intensifier les douleurs et d'étendre leur localisation lors d'une activité corporelle (P. Heierli, J.-L. Meyer, A. Radziwill, Cadre nosologique et terminologie, in: Algodystrophie [Complex regional pain syndrome I] E. Bär, M. Felder, B. Kiener [Editeurs], Suva, 1998, p. 5) ou du trouble somatoforme douloureux qui, tous deux sont soit sans rapport de causalité naturelle soit sans rapport de causalité adéquate avec l'accident du 27 janvier 2007. Il faut donc admettre que tant la fracture trimalléolaire de la cheville droite que la déchirure musculaire n'étaient pas propre à entraîner les douleurs lombaires dont le recourant se plaint. La causalité adéquate doit bien être niée.

**7.** Le recourant conteste ensuite la suppression du versement d'indemnités journalières et de la couverture des soins médicaux psychiatriques et psychothérapeutiques dès le 1<sup>er</sup> mars 2009.

**a)** Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. S'il est totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGGA) à la suite de l'accident, il a droit à une indemnité journalière. Le droit à l'indemnité prend naissance le troisième jour qui suit celui de l'accident et 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). Enfin, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGGA) à 10 % au moins par suite de l'accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). Le droit à la rente 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 et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme (art. 19 al. 1, 1<sup>ère</sup> phrase, LAA). Il faut en principe que l'état de l'assuré puisse être considéré comme stable d'un point de vue médical (Jean-Maurice Frésard et Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in: SBVR, 2<sup>ème</sup> éd., no 153 p. 895; Alfred Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 1985, p. 274 et 372). Le droit

au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente au sens de l'art. 19 al. 1 LAA (art. 19 al. 1, 2<sup>ème</sup> phrase, LAA). Il cesse également s'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération, mais qu'aucune rente n'est allouée parce que l'assuré présente un taux d'invalidité inférieur au seuil de 10 % prévu par l'art. 18 al. 1 LAA (cf. ATF 134 V 109 consid. 4.1 p. 113 sv.; 133 V 57 consid. 6.6.2 p. 64).

En cas de rechute ou de séquelle tardive, l'assuré peut à nouveau prétendre la prise en charge du traitement médical et, en cas d'incapacité de travail, au paiement d'indemnités journalières (art. 11 OLAA ; pour les titulaires d'une rente de l'assurance-accidents: art. 21 LAA). On parle de rechute ou de séquelle tardive lorsqu'une atteinte à la santé était guérie en apparence, mais non dans les faits. En cas de rechute, la même affection se manifeste à nouveau. Une séquelle tardive survient, en revanche, 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 p. 138; 118 V 293 consid. 2c p. 296).

**b)** En l'espèce, il n'y a pas de rapport de causalité adéquate entre l'accident assuré et les atteintes psychiques à la santé du recourant après la fin du traitement médical et des indemnités journalières, soit dès le 28 février 2009. S'agissant des atteintes à la santé physique qui étaient dans un rapport de causalité avec l'accident du 27 janvier 2007 et celui du 13 août 2007, il ressort du consilium orthopédique du Dr B. \_\_\_\_\_ du 26 mai 2008 et du rapport médical du Dr L. \_\_\_\_\_ du 8 octobre 2008 que la situation de la cheville droite était stabilisée. Il n'y avait donc plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré concernant ces atteintes. Par ailleurs, aucune mesure de réadaptation auprès de l'assurance-invalidité relative à ces atteintes n'était en cours. C'est donc à juste titre que la caisse a mis

un terme à la prise en charge du traitement médical et à l'octroi d'indemnités journalières.

**8.** Le recourant conteste finalement le taux d'invalidité fixé par la décision attaquée au motif que sa capacité de travail aurait été évaluée à tort comme complète. Le litige porte ainsi sur la question de la capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), donc sur l'aptitude du recourant à travailler dans une activité adaptée.

**a)** Pour pouvoir déterminer la capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour l'assuré, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents fournis par le médecin, voire par d'autres spécialistes. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4).

**b)** Le recourant estime que la décision attaquée nie de manière choquante l'impact des douleurs (notamment lombalgiques) dont il souffre toujours sur sa capacité de travail. Or, on l'a vu, tant les douleurs lombaires que le trouble somatoforme ne sont pas dans un rapport de causalité adéquate avec l'accident assuré. Il en découle que c'est à juste titre que la décision attaquée a établi la capacité de travail du recourant en faisant abstraction de ces douleurs.

Le recourant estime que, eu égard à son état de souffrance, il est *“simplement injustifié et illusoire de considérer qu'il puisse reprendre actuellement une activité lucrative”*. Or, la fixation de la capacité de travail, préalable à l'établissement du taux d'invalidité, doit, dans l'assurance-accident, être évaluée indépendamment des atteintes à la santé qui ne sont pas dans un rapport de causalité avec l'accident.

Cela étant, dans la mesure où le recourant n'avance aucun élément objectif susceptible de remettre en question l'évaluation faite par la caisse, la décision attaquée doit donc être aussi confirmée sur ce point.

**9.** Il découle de ce qui précède que le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée. Le présent arrêt sera rendu sans frais (art. 61 let. a LPGA ; art. 45 LPA-VD) ni allocation de dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 LPA-VD) .

**10.** Le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, de sorte qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, doit être fixée ; celle-ci sera supportée par le canton, provisoirement (art. 122 al. let. a et b CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008, RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). En effet, la partie qui a obtenu l'assistance judiciaire est tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le Service juridique et législatif fixera les conditions de remboursement, en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de franchise ou d'acomptes depuis le début de la procédure.

S'agissant du montant de l'indemnité - laquelle doit être fixée eu égard aux opérations nécessaires pour la conduite du procès, et en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office (cf. art. 2 RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile, RSV 211.02.3]) -, il y a lieu de relever ce qui suit : le conseil d'office a produit une liste de ses opérations, qui mentionne des conférences avec le client, une étude du dossier ainsi que des correspondances postérieures à la dernière écriture destinée à la Cour des assurances sociales ; par ailleurs, des correspondances avec une autre assurance sociale (AI) sont indiquées. Ces opérations n'apparaissent pas nécessaires, pour la présente procédure de recours. Il convient donc de fixer équitablement l'indemnité à 3'200 fr., TVA comprise.

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

- I. Le recours est rejeté.
  
- II. La décision sur opposition de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents du 30 mars 2009 est confirmée.
  
- III. Il n'est pas perçu de frais ni alloué de dépens.
  
- IV. Une indemnité de 3'200 fr. (trois mille deux cents francs), TVA comprise, à verser à Me Stefan Graf, avocat à Lausanne, conseil d'office du recourant, est, vu l'octroi de l'assistance judiciaire, provisoirement mise à la charge du canton.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Me Stefan Graf, avocat (pour O. \_\_\_\_\_),
- 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 :