

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 11 septembre 2017

Composition : M. MÉTRAL, président
MM. Piguet et Perdrix, assesseur
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

A._____, à [...], recourant, représenté par Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 4, 7 et 8 LPGA ; 18 al. 1, 19 al. 1, 24 al. 1 et 25 al. 1 LAA ; 36 al. 1 OLAA

E n f a i t :

A. A._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], d'origine kosovare, a suivi sa scolarité obligatoire en ex-Yougoslavie, puis y a suivi une formation de barman. Il est arrivé en Suisse en 1984. Il y a travaillé comme ouvrier dans les vignes, puis dans une imprimerie, en Valais. Dès le 1^{er} octobre 1990, il a travaillé comme auxiliaire sur machines pour l'entreprise B._____ SA, à [...]. Il a obtenu la nationalité suisse le 15 juin 2011. Le 27 janvier 2012, il est tombé d'une échelle sur son lieu de travail et a subi une fracture du pilon tibial gauche. L'employeur a décrit l'accident comme suit, sur le formulaire d'annonce à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée) :

“Perché sur une échelle, il était en train de peindre des DIN. Suite à un mouvement, l'échelle a glissé et il est tombé sur un barreau.”

Sur ce même formulaire, l'employeur a exposé que l'assuré avait subi une fracture de la cheville droite (recte : gauche).

Durant son séjour du 27 janvier au 22 février 2012 auprès du service d'orthopédie de l'Hôpital [...] ([...]), à [...], la fracture de l'assuré a été traitée par réduction sanglante et ostéosynthèse avec reconstruction de l'articulation tibio-astragaliennne. Selon la description de l'accident figurant dans le rapport de sortie du 26 mars 2012, l'assuré avait chuté d'une échelle de trois mètres de haut, avec réception sur le talon gauche, sa cheville restant coincée entre les barres de l'échelle.

La CNA a pris en charge le traitement médical et alloué des indemnités journalières. Lors d'un entretien avec un collaborateur de la CNA, le 31 mai 2012, l'assuré a décrit l'accident en exposant que l'échelle sur laquelle il se trouvait avait glissé et qu'il avait été déséquilibré. Il était tombé et son pied s'était pris dans les barreaux de l'échelle. Il avait chuté d'une hauteur de deux mètres et demi. Il a par ailleurs fait état de son hospitalisation en raison d'une fracture multifragmentaire de la cheville,

ainsi que des douleurs résiduelles qu'il ressentait encore à la cheville. Celles-ci étaient importantes et il devait souvent allonger son pied, car il enflait et devenait rouge. Son médecin lui avait expliqué qu'il était possible qu'un nerf ait été touché. Il ressentait comme des « lancées d'électricité dans la jambe ». Il se déplaçait à l'aide de deux cannes et ne pouvait que très peu charger le pied.

L'assuré a séjourné à la Clinique Romande de Réadaptation (CRR), à [...], du 4 juillet au 21 août 2012. Dans le rapport de sortie du 20 septembre 2012, les Drs Z. _____ et W. _____, tous deux spécialistes en médecine physique et réadaptation, font état des diagnostics de fracture du pilon tibial gauche traitée par réduction sanglante et ostéosynthèse par abord antéro-interne, avec trouble de la cicatrisation, de neuropathie du nerf tibial distal gauche par atteinte axonale sensitivomotrice modérée probablement rétro-malléolaire interne, d'état de stress post traumatique, d'obésité grade I et de coxarthrose bilatérale débutante. Les examens radiologiques et scintigraphiques étaient évocateurs d'une algodystrophie de stade I du pied gauche. Dans leur discussion du cas, les spécialistes de la CRR ont constaté une incapacité de travail de l'assuré qui demeurait totale à sa sortie d'hospitalisation.

Le 22 août 2012, lors d'un entretien avec un collaborateur de la CNA, l'assuré a notamment exposé l'évolution de la situation en ce sens qu'il pouvait désormais charger un peu plus sa jambe, quand bien même il continuait à marcher avec deux cannes. Il pouvait également plier le genou gauche, ce qu'il ne parvenait pas à faire auparavant. En ce qui concerne les antécédents médicaux, il a exposé qu'il ressentait des douleurs à l'épaule gauche depuis plusieurs années. Selon son médecin, il aurait déjà dû se faire opérer depuis des années, mais il ne le souhaitait pas. Il s'agissait d'un problème « maladif ». Il n'y avait par ailleurs pas d'antécédent accidentel à signaler.

Le 22 novembre 2012, l'assuré a déposé une demande de prestations pour adultes auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le

canton de Vaud (ci-après : l'OAI), en faisant état d'une fracture du pilon tibial gauche et d'une neuropathie du nerf tibial distal gauche.

Le 11 janvier 2013, lors d'un nouvel examen par le Dr C._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, il a fait état d'un « statu quo » depuis plusieurs mois, en ce sens qu'il était dépendant d'une canne pour se déplacer et qu'il marchait le plus souvent avec des chaussures basses modifiées qu'il avait obtenues à Sion. Le périmètre de marche était de dix à douze minutes. Il se plaignait également de douleurs rétro-sternales avec une sensation de reflux. Un problème gastro-intestinal avait été évoqué par son médecin traitant et un examen gastro-entérologique était envisagé. L'assuré a également fait état, en fin d'entretien, de lombalgies chroniques, pour lesquelles le Dr C._____ a proposé une consultation orthopédique auprès du Dr R._____, à la charge de l'assurance-maladie. L'assuré serait par ailleurs prochainement admis au Centre hospitalier universitaire vaudois pour une ablation du matériel d'ostéosynthèse.

Le 21 février 2013, le matériel d'ostéosynthèse a été retiré. L'assuré a ensuite été examiné, le 27 mai 2013, par le Dr N._____, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA. Il a notamment exposé qu'il n'y avait pas beaucoup d'amélioration depuis le retrait du matériel d'ostéosynthèse. Il avait toujours des douleurs sur la moitié interne du pied gauche, continues, également nocturnes. Il pouvait quand même marcher deux cents à trois cents mètres, après quoi il devait s'arrêter. Si le terrain était en pente, il devait prendre une canne. Il souffrait également des deux épaules, surtout à gauche, ainsi que de gastralgies. A l'examen clinique, le Dr N._____ a notamment constaté ce qui suit :

“[...] La marche s'effectue avec une petite boiterie d'épargne du MIG [membre inférieur gauche], en rotation externe du pied G assez marquée.

Objectivement, la cheville G est nettement élargie par une tuméfaction chronique qui remonte jusqu'au tiers moyen de la jambe. La cicatrice est bien coaptée. On note une dermite ocre et une peau très sèche qui a tendance à desquamier, ce phénomène

étant également présent à D. La tibio-talienne a conservé une petite mobilité dans un secteur utile. La sous-talienne est modérément enraidie. L'avant-pied est plus souple. Le patient décrit une hyperesthésie plantaire médiale et il y a un signe de Tinel sur le trajet du nerf tibial postérieur un peu en avant de la malléole interne.”

Le 19 juin 2013, l'employeur a résilié les rapports de travail le liant à l'assuré, avec effet au 30 septembre 2013.

Dans le rapport de sortie du 19 septembre 2013, consécutif à un nouveau séjour de l'assuré à la Clinique Romande de Réadaptation du 30 juillet au 27 août 2013, les Drs Z._____ et E._____, médecin-assistant, ont rappelé les diagnostics précédemment posés et ont mentionné une algodystrophie de stade II à la cheville et au pied gauches au décours. Sur le plan psychique, ils ne mentionnaient plus d'état de stress post traumatique, mais un trouble anxieux et dépressif mixte. Au terme du séjour, les médecins de la CRR considéraient que la situation était stabilisée en ce qui concernait les aptitudes fonctionnelles. Les limitations fonctionnelles définitives suivantes étaient retenues : station debout prolongée, marche prolongée, marche en terrain irrégulier, monter et descendre des escaliers de manière répétitive. Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité de machiniste auxiliaire était défavorable compte tenu des facteurs médicaux et de facteurs contextuels (sentiment d'avoir été mal pris en charge initialement, tendance à la catastrophisation, besoin de reconnaissance, perception élevée du handicap fonctionnel, absence de formation certifiée, retrait prolongé du monde du travail et licenciement récent). Le pronostic de réinsertion dans une activité respectant les limitations fonctionnelles était défavorable compte tenu des facteurs contextuels mentionnés.

Le 16 octobre 2013, l'assuré a rencontré un représentant de la CNA auquel il a notamment fait part de douleurs à l'épaule gauche et, désormais, à l'épaule droite ainsi que dans le bas du dos. Concernant l'estomac, les différents examens réalisés n'avaient pas permis de trouver une cause au problème. Il ressentait toujours, occasionnellement, comme un point au niveau du thorax.

Le 26 mai 2014, le Dr N._____ a constaté une cheville gauche fortement élargie par une tuméfaction chronique qui remontait jusqu'au tiers moyen de la jambe. La cicatrice était bien coaptée. On retrouvait une dermite ocre et une peau très sèche qui avait tendance à desquamer, ce phénomène étant également observé à droite. L'articulation tibio-talienne avait conservé une petite mobilité dans le secteur utile. L'articulation sous-talienne était modérément enraidie. Le pied gauche était froid et légèrement transpirant à sa face plantaire, où le patient décrivait une anesthésie médiale, avec un signe de Tinel sur le trajet du nerf tibial postérieur, un peu en avant de la malléole interne, qui paraissait cependant moins vif que précédemment. Sur les radiographies du 5 août 2013, le tibia distal gauche paraissait fortement remanié et déminéralisé. Les interlignes articulaires n'étaient plus guère visibles. Du point de vue thérapeutique, le Dr N._____ estimait qu'une arthrodèse de la tibio-talienne, qui avait été envisagée dans un premier temps, n'apporterait pas grand-chose. En ce qui concernait les limitations fonctionnelles, le Dr N._____ se référait à celles qui avaient été constatées lors du dernier séjour à la Clinique Romande de Réadaptation. Il estimait qu'elles ne se modifieraient plus « quoi qu'on entreprenne ». Dans une activité respectant ces limitations, il n'y avait pas de raison que l'assuré ne puisse pas travailler à plein temps. Le Dr N._____ proposait, enfin, de fixer à 25% le taux d'atteinte à l'intégrité, en raison des séquelles d'une grave fracture du pilon tibial gauche s'étant compliquée d'une algodystrophie, ainsi que d'une neuropathie du nerf tibial distal gauche.

Le 14 octobre 2014, une rencontre a eu lieu entre l'assuré, le gestionnaire en charge du dossier à la CNA et l'un des spécialistes en réinsertion professionnelle à l'OAI. Compte tenu que selon les médecins, la situation médicale de l'assuré était stabilisée et qu'une capacité de travail de 100% était exigible de sa part dans une activité adaptée, une mesure de réadaptation professionnelle avait été évoquée. L'assuré a été rendu attentif qu'en l'absence de collaboration à une telle mesure, l'OAI adopterait une approche théorique et statuerait sur le droit à une rente,

avec réponse probablement négative sur ce point. L'assuré a exposé qu'il ne pouvait pas reprendre d'activité professionnelle en l'état.

Le 22 octobre 2014, la CNA a écrit à l'assuré qu'elle mettrait fin à la prise en charge du traitement et aux indemnités journalières le 30 novembre 2014. Elle statuerait ultérieurement sur le droit à la rente et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI).

Le 24 octobre 2014, Me Eduardo Redondo a informé la CNA et l'OAI qu'il avait été mandaté par l'assuré. Le 6 novembre 2014, l'OAI lui a notifié une sommation de participer à des mesures d'ordre professionnel, en précisant qu'à défaut, il statuerait sur la base du dossier, avec un probable rejet de la demande. Le 24 novembre 2014, Me Redondo a rencontré, avec l'assuré, les collaborateurs de la CNA et de l'OAI en charge de son dossier. Il les a rendu attentifs au fait que de nouvelles atteintes médicales devaient être prises en considération, étant précisé que l'assuré consultait un psychiatre, le Dr L._____, depuis le mois d'avril 2014, et que le Dr J._____, médecin généraliste à [...], avait requis une imagerie par résonance magnétique (IRM) au niveau des genoux et des hanches, voire de la nuque et des épaules. Me Redondo a convenu avec ses interlocuteurs qu'il prendrait contact avec les médecins concernés afin de réunir les renseignements attestant les nouvelles atteintes alléguées.

Le 4 décembre 2014, Me Redondo a communiqué à la CNA et à l'OAI un rapport du 26 novembre 2014 du Dr J._____ faisant notamment état de troubles dégénératifs avancés de la colonne cervicale, responsables de douleurs cervico-dorsales ainsi que de névralgies du membre supérieur droit. Il a joint un rapport de la Dresse K._____, spécialiste en radiologie, établi le 17 novembre 2014 à la suite d'une imagerie par résonance magnétique cervicale. La Dresse K._____ y fait état d'un remaniement dégénératif étagé sous forme d'une uncarthrose bilatérale prédominant en C3-C4 engendrant une sténose foraminale droite sévère, et en C4-C5 une sténose foraminale bilatérale modérée d'origine dégénérative. La Dresse K._____ constatait également une protrusion discale foraminale droite engendrant une sténose foraminale

pouvant engendrer un syndrome irritatif avec la racine C6 droite. En C6-C7, elle constatait un remaniement dégénératif avec protrusion foraminale droite à l'origine d'une sténose foraminale droite pouvant engendrer un syndrome irritatif avec la racine C7 droite. Enfin, elle faisait état d'un canal cervical étroit d'origine constitutionnelle.

Le 12 janvier 2015, interpellé en lien avec son examen final du 26 mai 2014, le Dr N. _____ a répondu comme suit aux questions adressées par la CNA dans l'intervalle :

- “[- Est-ce que les troubles à l'épaule droite sont en relation de causalité pour le moins probable avec l'accident survenu le 27.01.2012 ?
- Est-ce que les troubles à l'épaule gauche sont en relation de causalité pour le moins probable avec l'accident survenu le 27.01.2012 ?
 - Est-ce que les troubles au genou gauche sont en relation de causalité pour le moins probable avec l'accident survenu le 27.01.2012 ?
 - Est-ce que les troubles “cervicaux-dorsaux” (cf. rapport IRM du 17.11.2014) sont en relation de causalité pour le moins probable avec l'accident survenu le 27.01.2012 ?
 - Est-ce que les troubles aux hanches sont en relation de causalité pour le moins probable avec l'accident survenu le 27.01.2012 ?]

Seule la cheville G [gauche] concerne la Suva.”

Par ailleurs, répondant le 23 janvier 2015 à un questionnaire que lui avait adressé l'OAI, le Dr L. _____ a exposé suivre l'assuré régulièrement depuis le 21 mars 2014, à raison d'une à deux fois par mois, en raison d'une symptomatologie dépressive et anxieuse en lien avec les suites de l'accident. Il n'y avait pas d'incapacité de travail « au sens strict » du point de vue psychiatrique, mais « la situation d'incertitude et d'incompréhension dans laquelle se trouv[ait] le patient, avec développement subséquent de symptômes anxieux et dépressifs, l'empêch[ait] de mettre à profit sa capacité de travail résiduelle ».

Par décision du 30 janvier 2015, la CNA a alloué à l'assuré une rente fondée sur un taux d'invalidité de 20%, avec effet dès le 1^{er}

décembre 2014, d'un montant mensuel de 1'017 fr. 30 ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) d'un montant de 31'500 fr. (taux de 25%, sur la base d'un revenu maximum assuré de 126'000 fr. en 2014). Les 4 mars et 8 avril 2015, Me Redondo s'est opposé à cette décision en alléguant que l'assuré avait non seulement subi une fracture grave de la cheville lors de sa chute d'une échelle en 2012, mais qu'il s'était également blessé à l'épaule et au bassin. Il présentait encore des troubles cervico-dorsaux, aux épaules, aux hanches et au genou gauche et estimait que ces atteintes rendaient nécessaires des investigations complémentaires. Il a conclu à une expertise sur la question de la causalité entre ces atteintes et l'accident ainsi que sur la question des limitations fonctionnelles qu'il subissait encore ensuite de l'accident. Il a requis la reprise du versement des indemnités journalières et, subsidiairement, le versement d'une rente transitoire.

Le 14 avril 2015, le Dr N._____ a établi un rapport dans lequel il revient sur l'évolution médicale depuis l'accident, constate que des radiographies des genoux n'avaient pas objectivé d'atteinte particulière, hormis un discret appointissement du massif des épines, que d'autres examens avaient mis en évidence des lésions dégénératives du rachis cervical et que l'assuré avait exposé sans équivoque, le 22 août 2012, qu'il présentait des douleurs aux épaules avant l'accident assuré. Aucune lésion traumatique n'avait pu être décelée lors des examens pratiqués ensuite des plaintes exprimées par l'assuré. Il n'y avait aucun indice concret que l'accident avait entraîné d'autres atteintes qu'une fracture grave du pilon tibial, dont on ne voyait pas comment elle aurait pu favoriser, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'émergence de troubles rachidiens, de surcroît à prédominance cervicale, plusieurs années plus tard, alors que leur substrat anatomo-pathologique était clairement de nature malade et dégénérative.

Par décision sur opposition du 8 mai 2015, la CNA a maintenu les prestations précédemment allouées, sans changement. Elle a constaté que seules les atteintes à la cheville étaient en rapport de causalité avec l'accident assuré. Les séquelles de l'accident n'empêchaient pas la reprise

d'une activité, à 100 %, pour autant qu'elle n'impose pas de station debout prolongée, de marche prolongée ou en terrain irrégulier, ni de montée ou descente régulière d'escaliers. Dans une telle activité, eu égard à différentes descriptions de postes de travail figurant dans sa banque de données, la CNA considérait que l'assuré pouvait réaliser un revenu mensuel de 4'567 fr. alors qu'il aurait réalisé un revenu mensuel de 5'721 fr. dans son ancienne activité s'il n'avait pas subi d'atteinte à la santé. Il s'ensuivait un taux d'invalidité de 20,17 %, arrondi à 20 %.

Pour sa part, l'OAI, par son Service médical régional (SMR), a adressé un questionnaire médical au Dr J._____. Ce dernier y a répondu le 11 juin 2015, en indiquant qu'hormis les atteintes psychiatriques et orthopédiques, l'assuré présentait différentes autres atteintes à la santé, dont une atteinte cervicale dégénérative revêtant un caractère incapacitant, depuis une année environ. Le Dr J._____ ne se prononçait pas sur la capacité de travail dans une activité adaptée et suggérait un examen par le SMR. Le 11 juin 2015 également, le Dr L._____ a établi un rapport médical complémentaire pour l'OAI, posant le diagnostic d'état anxio-dépressif prolongé réactionnel à l'accident, l'empêchant de mettre à profit une éventuelle capacité de travail compatible avec son état physique. A réception de ces documents, le SMR a proposé la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique.

Les 4 et 17 novembre 2015, les Drs D._____, spécialiste en rhumatologie, et F._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont établi respectivement un rapport d'expertise rhumatologique et un rapport d'expertise psychiatrique, précisant toutefois avoir procédé à une discussion bidisciplinaire de leurs conclusions. Le Dr D._____ a posé les diagnostics suivants:

“[...] Diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail :

- ▶ Douleurs de la cheville D d'origine mixte
 - arthrose tibio-talienne G post-traumatique
 - status post CRPS de type II au décours
 - status post-fracture du pilon tibial G traité par réduction et ostéosynthèse le 07.01.2012
 - status post-AMO le 21.02.2013

- neuropathie du nerf tibial distal G par atteinte axonale sensitivomoteur rétro-malléolaire modeste.

- ▶ Omalgies G sur conflit sous-acromio-claviculaire
- ▶ Dorso-lombalgies récurrentes sans signes radiculaires irritatifs ou déficitaires
 - probable maladie de Forestier

[...] Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail :

- ▶ HTA [hypertension artérielle] traitée
- ▶ Surcharge pondérale (BMI 34kg par m2)
- ▶ Coxarthrose bilatérale débutante non significative
- ▶ Insuffisance des MI [membres inférieurs]
- ▶ Gastrites à répétitions
- ▶ Gonalgies G sans signe méniscal ou tendineux
 - absence de troubles dégénératifs significatifs."

Pour sa part, le Dr F._____ a constaté un trouble somatoforme douloureux sans comorbidité psychiatrique ni répercussion sur la capacité de travail.

Les experts ont constaté une incapacité totale de l'assuré de reprendre son activité antérieure et une capacité de travail de 75% dans une activité adaptée, c'est-à-dire limitant les ports de charges de plus de 5 - 10 kilos en porte-à-faux avec long bras de levier de manière répétitive, en alternant les positions assises ou debout de manière régulière et en portant une chaussure orthopédique et une ceinture lombaire. L'assuré devait également éviter les mouvements répétés d'antéversion ou de latéoflexion et les déplacements sur plan incliné ou accidenté. L'atteinte à la santé psychique n'entraînait pas de limitation fonctionnelle.

B. Entre-temps, le 9 juin 2015, Me Jean-Michel Duc, agissant au nom d'A._____, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision sur opposition rendue le 8 mai 2015 par la CNA. Il a conclu principalement à la réforme de la décision attaquée en ce sens qu'une rente d'invalidité supérieure à celle allouée lui est due dès le 1^{er} décembre 2014 et qu'il a également droit à une indemnité pour

atteinte à l'intégrité supérieure à celle allouée. Subsidiairement, il a conclu au renvoi de la cause à la CNA pour complément d'instruction. En premier lieu, il se plaint d'une évaluation erronée de sa capacité de travail, alléguant que la CNA a sous-estimé l'importance de son état algique et les conséquences directes de l'accident. Il fait valoir d'autre part, que la perte fonctionnelle de sa jambe gauche, dans sa partie inférieure en raison d'algoneurodystrophie, justifie un taux d'atteinte à l'intégrité supérieur à 25%. Dans ces conditions, une expertise pluridisciplinaire (orthopédique, neurologique et psychiatrique) s'imposerait. A titre de mesures d'instruction, le recourant a requis la production de ses dossiers en mains de la CNA et de l'OAI, la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire par le tribunal, l'audition de témoins ainsi que son audition personnelle lors de la tenue de débats publics. Me Duc a requis en outre l'octroi de l'assistance judiciaire et sa désignation comme avocat d'office.

Le 15 septembre 2015, dans le délai imparti, la CNA a produit deux dossiers de pièces en lien avec le cas du recourant.

Le 22 septembre 2015, le juge instructeur a accordé le bénéfice de l'assistance judiciaire au recourant avec effet au 9 juin 2015, soit l'exonération d'avances et des frais judiciaires, ainsi que l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Duc.

Au terme de son complément au recours du 23 décembre 2015, le recourant a confirmé l'intégralité de ses conclusions du 9 juin 2015. Maintenant sa demande d'expertise pluridisciplinaire, il a précisé ses moyens de preuve, en requérant l'audition de témoins, à savoir son épouse et son médecin traitant, lors de débats publics. Il allègue souffrir d'un grave Südeck avec d'importantes douleurs à la cheville gauche et également de problèmes de dos et à l'épaule droite, préexistants mais aggravés par l'accident, et dont le médecin-conseil de la CNA n'aurait à tort pas tenu compte. Il s'estime totalement incapable de retravailler en raison de l'intensité des douleurs. Par ailleurs, la perte fonctionnelle de la jambe inférieure gauche sur algoneurodystrophie justifierait la prise en compte d'un taux d'atteinte à l'intégrité supérieur à 25%. S'ajouterait

encore, la déformation et la déminéralisation du tibia, l'importance de l'état algique ainsi que l'aggravation de l'état antérieur, notamment au niveau de l'épaule droite et du rachis.

Dans sa réponse du 20 janvier 2016, la CNA a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition du 8 mai 2015. Elle s'est prononcée également pour le rejet de l'expertise pluridisciplinaire demandée.

Le recourant a maintenu ses conclusions au terme de sa réplique du 11 mars 2016. Répétant que le dossier nécessite d'être instruit sous l'angle somatique en raison de l'algoneurodystrophie, il reproche à la CNA de ne pas avoir pris en compte l'expertise bidisciplinaire mandatée par l'OAI auprès des Drs D. _____ et F. _____ à l'automne 2015. Il demande désormais, par économie de procédure, de soumettre aux experts prénommés une question relative à l'estimation du degré d'atteinte à l'intégrité.

Le juge en charge de l'instruction de la cause a requis la production du dossier AI et en a informé les parties. L'intimée s'est déterminée le 13 mars 2017 et a maintenu ses conclusions. Après plusieurs prolongations du délai qui lui avait été imparti, le recourant s'est pour sa part déterminé le 12 juin 2017 en maintenant sa requête d'expertise pluridisciplinaire. Il a produit plusieurs rapports médicaux, parmi lesquels :

- un rapport du 22 décembre 2016 du Dr I. _____, spécialiste en radiologie, faisant état d'une arthrose trochléo-ulnaire débutante avec une discrète tendinopathie du tendon commun des épicondyliens latéraux ;

- un rapport du 17 février 2017 des Drs O. _____ et S. _____ du Centre de psychiatrie du [...] ([...]), qui mentionnent une hospitalisation en mode volontaire pour mise à l'abri d'idées suicidaires, du 12 janvier au 16 février 2017, et posent le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques ;

- un rapport (non daté) du Dr I._____, chef de clinique adjoint au [...], faisant état notamment d'hémicrânie et évoquant, à titre de diagnostics différentiels, une névralgie d'Arnold, des céphalées cervicogènes, une migraine atypique ou une névralgie du trijumeau.

Le 14 juin 2017, le juge en charge de l'instruction de la cause a communiqué à chaque partie la détermination de la partie adverse. Il a rejeté les requêtes de mesures d'instruction complémentaires dans la mesure où elles n'avaient pas déjà été ordonnées, sous réserve d'un avis contraire de la Cour lorsque la cause lui serait soumise.

C. Le tribunal a tenu une audience de débats publics et jugement le 4 septembre 2017. Me Marine Girardin, avocate-stagiaire, a assisté le recourant et a notamment produit une liste des opérations accomplies au titre de l'assistance judiciaire.

E n d r o i t :

1. **a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents sous réserve de dérogations expresses (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 (art. 56 al. 1 LPGA). Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours et contestations par voie

d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

b) En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile et devant le tribunal compétent, respecte les autres conditions de forme prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. La contestation porte en l'espèce sur le droit à la rente d'invalidité et à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI). En tant qu'autorité de recours, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal peut examiner d'office l'ensemble des aspects des prestations litigieuses. Elle peut toutefois aussi se limiter à se prononcer expressément sur les seuls griefs soulevés, sans exposer de manière détaillée dans le jugement les autres éléments fondant la décision, sauf si des aspects particuliers du dossier le justifient (ATF 125 V 413 consid. 2c). Elle se prononce sur la situation en fait et en droit jusqu'au moment de la décision litigieuse (ATF 140 V 70 consid. 4.2 et 131 V 242 consid. 2.1).

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). Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose notamment entre l'évènement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle. Cette condition est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet évènement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 129 V 402 consid. 4.3.1, 119 V 335 consid. 1 et 118 V 286 consid. 1b et les références citées; TF 8C_377/2009 du 18 février 2010 consid. 5.1). Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé: il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs,

il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de cette atteinte (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 129 V 402 consid. 4.3.1 et 119 V 335 consid. 1).

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident suppose en outre un lien de causalité adéquate entre l'évènement dommageable et l'atteinte à la santé. Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, cependant, en cas d'atteinte à la santé physique, la causalité adéquate se recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb, 118 V 286 consid. 3a et 117 V 359 consid. 5d/bb; TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1).

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

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;
- la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ;
- la durée anormalement longue du traitement médical ;
- les douleurs physiques persistantes ;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ;
- les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

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 et 403 consid. 5c/aa ; TF 8C_788/2008 du 4 mai 2009 consid. 2).

4. Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite d'un 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 à 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, le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cessant dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA).

Conformément à l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 7 al. 1 LPGA, toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité est réputée incapacité de gain, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. L'art. 7 al. 2 LPGA précise que seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain et qu'en outre, il y a incapacité de gain uniquement si celle-ci n'est pas objectivement surmontable. Pour établir si on peut raisonnablement exiger de l'assuré qu'il surmonte par ses propres efforts les répercussions négatives de ses problèmes de santé et exerce une activité lucrative et, partant, réalise un revenu, il faut se placer d'un point de vue objectif. L'élément déterminant n'est donc pas la perception subjective de l'intéressé, mais de savoir si on peut

objectivement attendre de lui qu'il surmonte ses limitations et exerce une activité lucrative en dépit de ses problèmes de santé (ATF 135 V 215 consid. 7.2 et les références citées).

En matière de capacité de gain, le droit des assurances sociales prévoit l'obligation de limiter le préjudice subi. Ce principe implique pour l'assuré qu'il est tenu de mettre en œuvre tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer les conséquences de son accident, fut-ce au prix d'un effort important (ATF 117 V 394 consid. 4b et 115 V 38 consid. 3b/bb; RAMA 1996, p. 37 consid. 3d).

5. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les autres références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 2c et 105 V 156 consid. 1; TFA I 274/2005 du 21 mars 2006 consid. 1.2 et I 562/2006 du 25 juillet 2007 consid. 2.1).

b) 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, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b et 125 V 351 consid. 3a; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). 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 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

6. En l'occurrence, le recourant conteste, en lien avec son droit à la rente d'invalidité dès le 1^{er} décembre 2014, l'évaluation de son état de santé, respectivement sa capacité de travail résiduelle à 100% retenue par le Dr N. _____ - suivi par la CNA au terme de sa décision - dans l'exercice d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Il soutient notamment souffrir d'atteintes incapacitantes supplémentaires à celles de sa cheville gauche à savoir des problèmes de dos et à l'épaule droite préexistants mais aggravés en raison de la gravité de l'accident. A le suivre, le médecin d'arrondissement de la CNA n'en aurait à tort pas tenu compte. La CNA éluderait en outre les constatations et les conclusions de l'expertise bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) diligentée par l'OAI. S'estimant pour sa part totalement incapable de retravailler en raison de l'intensité des douleurs, le recourant requiert la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire (orthopédique, neurologique et psychiatrique).

7. a) En ce qui concerne l'évaluation de l'état de santé, respectivement la capacité résiduelle de travail du recourant, de nombreux examens ont été pratiqués, en particulier à l'occasion de deux séjours de celui-ci auprès de la CRR. Durant sa seconde hospitalisation à l'été 2013, l'assuré a notamment fait l'objet d'un bilan radiographique qui a mis en évidence des troubles dégénératifs de la colonne dorsale avec ossification antérieure et du côté droit évoquant une maladie de Forestier (cf. notamment le rapport du 19 septembre 2013 des Drs Z. _____ et

E._____ et ses annexes dont les différents rapports des radiographies réalisées en cours de séjour). Dans leur rapport du 19 septembre 2013, les spécialistes de la CRR posent le diagnostic principal de thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs chroniques et limitation de la cheville gauche. Ils établissent de manière probante les motifs pour lesquels la situation doit être considérée comme stabilisée en lien avec les aptitudes fonctionnelles du recourant. Au vu des limitations définitives mises en évidence, les Drs Z._____ et E._____ sont d'avis que l'assuré dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations purement somatiques, ceci sous réserve de facteurs contextuels défavorables. Le Dr N._____ en a dûment tenu compte en reprenant telles quelles les limitations fonctionnelles décrites lors du séjour de 2013 à la CRR (à savoir : station debout prolongée ; marche prolongée ; marche en terrain irrégulier ; monter et descendre des escaliers de manière répétitive), dans son rapport du 26 mai 2014. Il a alors estimé que, dans une activité adaptée respectant ces limitations, il n'existait pas de motif pour que le recourant ne puisse pas travailler en plein.

b) S'agissant des problèmes de dos et d'épaules qui engageraient la CNA en raison de leur aggravation consécutive à l'accident, le recourant ne rend pas plausible de telles allégations. Le Dr N._____ est convaincant lorsqu'il nie ce rapport de causalité dans son appréciation médicale du 14 avril 2015. Le recourant a exposé lors d'un entretien du 7 novembre 2012 avec un collaborateur de la CNA qu'il souffrait depuis de nombreuses années de douleurs à l'épaule gauche, qui aurait dû être opérée depuis des années selon son médecin traitant. Par la suite, le Dr D._____ a diagnostiqué des omalgies gauches sur conflit sous-acromio-claviculaire. Rien ne permet d'envisager un rapport de causalité naturelle entre cette atteinte et l'accident. Par ailleurs, le Dr D._____ a fait état de dorso-lombalgies récurrentes sans signes radiculaires irritatifs ou déficitaires, sur probable maladie de Forestier. Là encore, rien n'indique un rapport de causalité naturelle avec l'accident. Dans le même sens, il n'y a aucun motif d'envisager un lien de causalité entre l'accident du 27 janvier 2012 et l'arthrose trochléo-ulnaire

débutante, ainsi que la discrète tendinopathie du tendon commun des épycondiliens latéraux, mentionnées dans le rapport du 23 décembre 2016 du Dr I._____, produit le 12 juin 2017 par le recourant. Un rapport de causalité entre l'accident et une éventuelle névralgie d'Arnold, évoquée dans un rapport du Dr I._____ produit par le recourant, ne pourrait pas davantage être établi au degré de la vraisemblance prépondérante. Le diagnostic lui-même n'est posé par le Dr I._____ que comme une hypothèse. Un éventuel lien de causalité avec l'accident ne constitue également qu'une simple hypothèse, reposant sur un éventuel trauma par hyper-extension lors d'un accident sur la voie publique, qui ne correspond pas à la description initiale de l'accident. En résumé, le recourant se limite à alléguer un rapport de causalité naturelle entre diverses atteintes à la santé et l'accident assuré, contrairement aux constatations du Dr N._____, sans apporter d'indice sérieux d'un tel rapport de causalité. Dans ces conditions, l'intimée a nié à juste titre un tel rapport de causalité et un complément d'instruction n'est pas nécessaire.

c) La différence d'appréciation de la capacité résiduelle de travail par les Drs D._____ et F._____, par rapport au Dr N._____, ne justifie pas d'avantage un tel complément.

En lien avec la baisse de rendement de 25% qu'il retient dans une activité adaptée, l'expert rhumatologue n'indique pas explicitement pour quels motifs cette diminution de rendement est justifiée et, de surcroît, à quels troubles elle se rattache. Il convient toutefois de relever que le Dr D._____ constate une amélioration au niveau de la cheville par rapport à 2013 suite à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse (cf. le rapport d'expertise du 4 novembre 2015 p. 13). L'expert rhumatologue observe peu d'argument parlant en faveur d'une algodystrophie active ainsi qu'une amélioration de la structure osseuse malgré une importante arthrose du pilon tibio-astragalien. Partant la baisse de rendement retenue par le Dr D._____, au contraire des spécialistes de la CRR qui avaient pris en compte l'arthrose du pilon tibio-astragalien pour leur définition de l'exigibilité à 100%, s'explique par les problèmes dorsaux et claviculaires

avec un abaissement du seuil à la douleur chez le recourant en raison du syndrome douloureux somatoforme retenu par le Dr F. _____ (cf. le rapport d'expertise du 17 novembre 2015 p. 14). En se limitant pour sa part à considérer l'atteinte invalidante à la cheville, le médecin-conseil de la CNA retient donc à juste titre, une capacité de travail pleine et entière de l'assuré dans une activité adaptée aux restrictions fonctionnelles uniquement liées aux déplacements.

8. a) Le recourant allègue des atteintes à la santé psychique, dont il soutient qu'elles sont en rapport de causalité avec l'accident assuré. Il a produit, en vue de les établir, le 12 juin 2017, un rapport que les Drs O. _____ et S. _____ ont adressé à son mandataire, le 17 février 2017. Ces médecins indiquent que l'assuré a été hospitalisé en mode volontaire pour mise à l'abri d'idées suicidaires, du 12 janvier au 16 février 2017. Les Drs O. _____ et S. _____ posent le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques. Peu auparavant, le Dr F. _____ avait pour sa part nié une atteinte dépressive. Le point de savoir si le recourant présente effectivement une atteinte dépressive en relation de causalité naturelle avec l'accident peut toutefois demeurer ouverte. En effet, les atteintes à la santé psychique alléguées ne pourraient pas, quoi qu'il en soit, être mises en relation de causalité adéquate avec l'accident.

b) Les atteintes à la santé psychique ne sont pas en relation de causalité adéquate avec l'accident. Au vu de son déroulement et en l'absence de circonstances particulièrement dramatiques ou impressionnantes, l'événement du 27 janvier 2012 doit être classé dans la catégorie des événements de gravité moyenne. Il y a certes eu des complications médicales, de sorte que l'événement accidentel a entraîné une incapacité de travail persistante dans l'ancienne activité professionnelle et a laissé une atteinte à l'intégrité fixée à 25% par la CNA. L'assuré a néanmoins recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée - au regard des seules séquelles de l'accident - dès le 20 septembre 2013 à tout le moins (cf. le rapport du 19 septembre 2013 des Drs E. _____ p. 4 et 5). Le pronostic défavorable relatif à une reprise du

travail alors mentionné était essentiellement lié à des facteurs contextuels sans rapport avec les séquelles accidentelles (sentiment d'avoir été mal pris en charge initialement, tendance à la catastrophisation, besoin de reconnaissance, perception élevée du handicap fonctionnel, absence de formation certifiée, retrait prolongé du monde du travail et licenciement récent).

En présence d'un accident de gravité moyenne et en l'absence en l'espèce, de cumul des circonstances à prendre en considération ou d'intensité particulière de celles-ci, les critères posés par la jurisprudence ne peuvent pas être retenus. Il convient en conséquence de nier l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident du 27 janvier 2012 et les troubles psychiques présentés par l'assuré.

9. Pour le surplus, le recourant ne soulève aucun grief contre la comparaison de revenus effectuée par l'intimée, qui ne prête au demeurant pas flanc à la critique. Il n'y a pas lieu d'y revenir plus avant.

10. a) A. _____ reproche en dernier lieu à la CNA une évaluation incorrecte de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI). Il conclut en ce sens au versement par l'intimée d'une indemnité supérieure à celle allouée de 25%.

b) L'art. 24 al. 1 LAA énonce que l'assuré qui souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique par suite de l'accident a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (IPAI). Selon l'art. 36 al. 1 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202), une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie. Elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave. A teneur de l'art. 25 al. 1 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestations en capital. Elle ne doit

pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité.

Une atteinte à l'intégrité au sens de l'art. 24 al. 1 LAA consiste généralement en un déficit corporel (anatomique ou fonctionnel), mental ou psychique. La gravité de l'atteinte, dont dépend le montant de l'indemnité, se détermine uniquement d'après les constatations médicales. L'évaluation incombe donc avant tout aux médecins, qui doivent, d'une part, constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et, d'autre part, estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (cf. TF 8C_703/2008 précité consid. 5.2 avec les références citées).

L'annexe 3 de l'OLAA comporte un barème - reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 124 V 29 consid. 1b, 209 consid. 4a/bb et 113 V 218 consid. 2a) - des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent. L'indemnité allouée pour ces lésions s'élève, en règle générale, au pourcentage indiqué du montant maximum du gain assuré (ch. 1 al. 1). Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, compte tenu de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2). La Division médicale de la CNA a établi des tables d'indemnisation en vue d'une évaluation plus affinée de certaines atteintes (Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA). Ces tables n'ont pas de valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Toutefois, dans la mesure où il s'agit de valeurs indicatives, destinées à faire assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 de l'OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc; cf. TF 8C_195/2013 du 15 octobre 2013 consid. 6.1 et les références citées).

c) En l'espèce, la CNA a alloué au recourant une indemnité pour atteinte à l'intégrité d'un montant de 31'500 fr., sur la base du taux de l'atteinte à l'intégrité fixé à 25% par son médecin d'arrondissement. Le Dr N._____ a constaté objectivement que la cheville gauche restait fortement élargie par une tuméfaction chronique remontant jusqu'au tiers moyen de la jambe. Il a relevé également que la tibio-talienne avait

conservé une petite mobilité dans un secteur utile, que la sous-talienne était passablement enraidie et qu'il y avait un signe de Tinel sur le trajet du nerf tibial postérieur, un peu en avant de la malléole interne, paraissant toutefois moins vif que précédemment. Il a noté en outre sur les radiographies du 5 août 2013 que le tibia distal gauche paraissait fortement remanié et déminéralisé et que les interlignes articulaires n'étaient plus guère visibles. D'avis qu'une arthrodeuse de la tibio-talienne n'apporterait « pas grand-chose » en présence d'un assuré très centré sur ses douleurs, le médecin-conseil de la CNA se ralliait aux limitations fonctionnelles retenues au terme du dernier séjour à la CRR dont il affirmait que celles-ci ne se modifieraient pas « quoiqu'on entreprenne ». Il a estimé ainsi qu'une cheville pratiquement bloquée dans les suites d'une fracture du pilon tibial gauche s'étant compliquée d'une algodystrophie, selon la table 5, conduisait à un taux de 20% (cf. table 5, page 5.2 d'Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA de la CNA). A ces 20%, il convenait d'ajouter 5% en raison d'une neuropathie du nerf tibial distal gauche, laissant des douleurs et un trouble sensitif. La situation était toutefois plus favorable que celle de la perte du pied gauche équivalent, selon la table 4 du même barème, à un taux de 30% (cf. table 4, page 4.3 d'Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA de la CNA). Le Dr N. _____ a ainsi exposé soigneusement sur la base de ses constatations cliniques objectives et de son analyse de l'ensemble des pièces à disposition, les raisons médicales le conduisant à retenir en définitive le taux d'atteinte attribué à une arthrose moyenne de toute la cheville s'élevant à 25%. Il n'y a aucune estimation médicale mettant en doute ces conclusions. Contrairement à ce que soutient le recourant, le médecin d'arrondissement de la CNA a dûment tenu compte, lors de son évaluation de l'atteinte à l'intégrité, de l'algodystrophie de stade II diagnostiquée au terme du second séjour à la CRR en 2013 et dont il avait connaissance, mais qui est au décours. Il a également tenu compte de l'atteinte au nerf tibial distal gauche.

11. Vu ce qui précède, mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

a) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA *a contrario* ; art. 55 LPA-VD).

b) Par décision du 22 septembre 2015, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire à compter du 9 juin 2015 et a obtenu à ce titre l'exonération du paiement d'avances et des frais judiciaires ainsi que la commission d'un avocat d'office en la personne de Me Jean-Michel Duc.

Conformément à l'art. 2 al. 1 RAJ (règlement vaudois sur l'assistance judiciaire en matière civile du 7 décembre 2010 ; RSV 211.02.3), le conseil juridique commis d'office a droit au remboursement de ses débours et à un défraiement équitable, qui est fixé 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 ; à cet égard, le juge apprécie l'étendue des opérations nécessaires pour la conduite du procès.

c) La liste des opérations produite en audience du 4 septembre 2017 est difficilement lisible dans la mesure où elle n'indique pas directement le temps consacré à chacune des opérations effectuées. Elle mentionne par ailleurs des actes réalisés dans le cadre d'une procédure ouverte devant l'assurance-invalidité, qui ne sont pas couverts par l'assistance judiciaire (opérations des 9 octobre 2015 et 12 janvier 2016). De nombreuses opérations facturées à un tarif horaire de 100 fr. n'ont pas été effectuées par un avocat ou un avocat-stagiaire de l'étude. Or, les frais de secrétariat font partie des frais généraux et ne peuvent pas être facturés séparément. Quoi qu'il en soit, même en admettant qu'une partie des montants mentionnés à ces postes correspondent à des opérations effectuées partiellement par un avocat, notamment pour certaines lettres qui ont été signées par l'avocat, les montants pris en considération dans la liste des opérations sont excessifs. Il convient de réduire les montants facturés sous ces postes à un montant global de 150 fr. (contre 350 fr. environ selon la liste des opérations). S'y ajoutent différents montants facturés pour des demandes de prolongation de délai

ou des demandes de dossier effectuées par un avocat, facturés forfaitairement 45 fr. par courrier, mais qu'il convient toutefois de réduire à 10 fr. par courrier, pour un total de 40 francs. Il n'y a pas lieu de prendre en considération les honoraires pour l'envoi d'une simple copie à la personne au bénéfice de l'assistance judiciaire. Par ailleurs, les frais de photocopies mentionnés sont excessifs. Il convient de n'admettre que vingt centimes par page, soit un total de 324 francs. Enfin, le temps total consacré aux conférences avec le client, à l'étude du dossier, à la rédaction des différents mémoires, à la préparation de l'audience et à l'audience du 4 septembre 2017 est de l'ordre de 16h10, ce qui paraît excessif au vu de l'ampleur et de la difficulté du dossier. Le volume du dossier est certes important, mais comprend de nombreuses pièces à double ou à triple. Au final, il convient d'admettre 15h10 pour ce poste, dont 6h35 pour le travail effectué par une avocate-stagiaire, ce qui représente un montant de 2'269 francs ([6h35 x 110 fr.] + [8h35 x 180 fr.]). Au final, il convient de fixer à 2'459 fr. (2'269 fr. + 150 fr. + 40 fr.) le montant de l'indemnité pour le travail effectué par un avocat ou une avocate-stagiaire, à 324 fr. les frais d'impression de dossier et à 15 fr. 90 les frais d'envois postaux, soit un total de 2'799 francs (montant arrondi). Compte tenu de la TVA, une indemnité d'office de 3'022 fr. 90 doit être allouée.

d) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (cf. art. 61 let. a LPGA).

e) Le recourant est rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser le montant pris en charge par le canton dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272]). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 8 mai 2015 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais de justice.
- IV.** L'indemnité d'office de Me Jean-Michel Duc, conseil du recourant, est arrêtée à 3'022 fr. 90 (trois mille vingt-deux francs et nonante centimes), TVA et débours compris.
- V.** Il n'est pas alloué de dépens.
- VI.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement de l'indemnité du conseil d'office mise à la charge de l'Etat.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Jean-Michel Duc (pour A. _____),
- 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 :