

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 12 octobre 2018

---

Composition : Mme DURUSSEL, présidente  
M. Métral et Mme Dessaux, juges  
Greffière : Mme Berseth Béboux

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**H.** \_\_\_\_\_, à Lausanne, recourant, représenté par Me David Métille, avocat  
à Lausanne,

et

**CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS**, à  
Lucerne, intimée, représenté par Me Didier Elsig, avocat à Lausanne.

---

**Art. 7 et 8 LPGA ; art. 6 al. 1, 18 al. 1 et 24 al. 1 LAA ; art. 36 al. 1 et 2 OLAA**

## **E n f a i t :**

**A.** H.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], électricien sans formation, ressortissant Y.\_\_\_\_\_ et père de jumelles nées en [...] et d'un fils né en [...], travaillait en qualité de maçon pour le compte de J.\_\_\_\_\_ au taux de 100% depuis octobre 2008 ; il percevait un salaire mensuel de 5'300 fr., servi treize fois l'an, plus 400 fr. d'allocations familiales. 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 CNA ou l'intimée).

Selon la déclaration de sinistre du 21 février 2011, le 17 février 2011, vers 15h30, il était tombé d'un escabeau (échelle double à 4 marches) d'une hauteur de 80 centimètres et s'était fracturé la malléole intérieure droite. L'assuré a séjourné dans le Service de traumatologie du R.\_\_\_\_\_ (ci-après : R.\_\_\_\_\_) du 17 février au 5 mars 2011, date de son retour à domicile. Les Drs Z.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_, spécialistes en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, ont posé le diagnostic principal de fracture type Maisonneuve de la cheville droite avec arrachement osseux de la syndesmose tibiale (Chaput). Quant à la causalité/étiologie, ces médecins ont indiqué « chute d'une hauteur d'env. 2 m. » et ont prescrit un arrêt de travail du 17 février au 13 avril 2011 (rapport du 8 mars 2011).

La fracture a été réduite et ostéosynthésée le 28 février 2011.

La CNA a pris le cas en charge.

Lors d'un entretien le 9 mars 2011 avec un case manager de la CNA, l'assuré a expliqué être monté sur une échelle métallique de 1,80 mètre à 2 mètres du sol pour poser une poutrelle avec un fil de plomb et, sans s'expliquer pour quelle raison, il était tombé. Il a ressenti immédiatement de fortes douleurs sur la jambe droite, remontant jusqu'à la hanche. Il a immédiatement crié et ses collègues sont arrivés.

L'ablation des vis péronéo-tibiales a eu lieu le 6 mai 2011.

Le 11 août 2011, les Drs Q.\_\_\_\_\_ et K.\_\_\_\_\_, spécialistes en ophtalmologie auprès de P.\_\_\_\_\_, ont relevé avoir constaté une petite hémorragie pré-rétinienne para-maculaire de l'œil gauche possible liée à une manœuvre de Valsalva. La lésion avait toutefois présenté une résolution spontanée et le 13 avril 2011, l'examen ophtalmologique était dans les limites de la norme.

Par rapport du 31 août 2011 à la CNA, les Drs W.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_, spécialistes en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, ont indiqué que l'évolution était lente, le patient ayant probablement développé un Sudeck qui avait été traité par Micalcic et anti-inflammatoires.

L'assuré a séjourné à la F.G.\_\_\_\_\_ (ci-après : F.G.\_\_\_\_\_) du 16 novembre au 20 décembre 2011. Le 5 janvier 2012, le diagnostic principal de thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs persistantes de la cheville droite dans le contexte d'un CRPS (Complex Regional Pain Syndrome) de type II a été posé par les Drs F.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réhabilitation, et D.\_\_\_\_\_, médecin assistant auprès de la F.G.\_\_\_\_\_. A cette occasion, ces médecins ont relevé que dix mois après le traumatisme, le patient présentait actuellement un CRPS de type II du membre inférieur droit, qui touchait principalement la cheville, provoquait une symptomatologie douloureuse difficile à maîtriser par les médicaments, chez un patient qui semblait psychologiquement fragile, et présentait une symptomatologie anxio-dépressive. La situation serait réévaluée à la consultation orthopédique du pied du 19 janvier 2012 chez le Dr E.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur au R.\_\_\_\_\_. La physiothérapie serait poursuivie dans le but de maintenir les fonctions actuelles du membre inférieur droit.

L'assuré a déposé le 12 décembre 2011 une demande de prestations de l'assurance-invalidité.

Le 3 février 2012, l'assuré a subi une ablation du matériel d'ostéosynthèse (ci-après : AMO) du tibia droit en raison d'une gêne du matériel, ainsi qu'une cure d'ongle incarné du bord latéral de l'hallux droit (cf. protocole opératoire du 17 février 2012).

Le 25 juillet 2012, la Dresse S.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, a posé les diagnostics de CRPS type II (algoneurodystrophie) de la cheville droite post-fracture Maisonneuve avec arrachement du Chaput traitée par réduction ouverte et ostéosynthèse le 28 février 2011 et de status post-ablation du matériel d'ostéosynthèse (vis péronéo-tibiale en mai 2011) et ablation du matériel du tibia distal en février 2012. L'évolution était extrêmement pénible malgré le traitement médicamenteux, la physiothérapie et l'ergothérapie. Le pronostic était dans l'immédiat favorable, mais ce type de complication post-traumatique pouvait durer minimum deux ans.

L'assuré a été examiné le 28 août 2012 par le Dr V.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement auprès de la CNA, qui a retenu ce qui suit dans son rapport du même jour :

« Le patient, qui s'exprime maintenant assez bien en français, dit que sa cheville droite a beaucoup enflé il y a un mois et demi. La Dresse S.\_\_\_\_\_ lui a conseillé de marcher en décharge avec deux cannes anglaises. Actuellement, il a toujours passablement de douleurs et il souffre aussi de l'autre cheville. Le matin, il a de la peine à se mettre en route. Il a également des douleurs nocturnes lorsqu'il se retourne dans son lit.

A l'examen clinique, la marche s'effectue sans déroulement du pas mais sans véritable boiterie.

Objectivement, la cheville droite, qui a une morphologie normale, est à peine élargie mais il n'y a pas de franche tuméfaction, pas d'hyperthermie, pas de discoloration ni d'hyper-sudation. La mobilisation serait extrêmement douloureuse en fin de course, dès qu'on force un peu, avec un seul doigt. Le patient décrit également une allodynie péri-cicatricielle mais il n'y a pas de signe de Tinel. L'arrière-pied est normo-axé et normo-fonctionnel. La mobilité de la tibio-talienne a un peu progressé. La sous-talienne et la médiotarsienne restent légèrement enraidies.

A noter que le patient se dit épuisé par cet examen succinct, restant allongé au motif de récupérer.

Cette attitude laisse un peu songeur, d'autant que les constatations objectives sont finalement assez minces, contrastant avec l'ampleur des douleurs annoncées et celle du handicap affiché. »

Après avoir examiné l'assuré le 5 octobre 2012, le Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, a fait l'appréciation suivante du cas dans son rapport du 8 octobre 2012 :

« Le présent bilan n'apporte pas d'explication neurologique aux plaintes persistantes exprimées par M. H.\_\_\_\_\_.

Cliniquement, je n'ai pas observé de syndrome lombo-vertébral significatif ni de signes d'irritation/déficit radiculaire. J'ai par contre retrouvé bien entendu une importante amyotrophie de l'ensemble du membre inférieur droit d'origine orthopédique/inutilisation plutôt que de nature neurologique compte tenu de l'ensemble du bilan pratiqué. Les réflexes tendineux m'ont paru bien préservés. Pour ce qui est de la force musculaire, bien que le patient signale une impossibilité de flexion distale du gros orteil droit, je n'ai pas observé de franche faiblesse contre résistance de la flexion plantaire de ce dernier et je n'ai pas également mis en évidence d'autres déficits moteurs. Quant à l'examen de la sensibilité, ce dernier a été caractérisé par une hyperesthésie tactile et douloureuse globale de la jambe et du pied droits ne correspondant pas à un territoire radiculaire ou tronculaire, l'hypoesthésie du dos du pied droit notée préalablement n'étant plus retrouvée actuellement. La seule anomalie a été un discret signe de Tinel sur le nerf tibial postérieur au passage du tunnel tarsien droit.

Comme convenu, j'ai encore pratiqué un ENMG [électroneuromyogramme] du membre inférieur droit. Compte tenu de mouvements incomplets, cet examen ne révèle pas de signes d'atteinte neurogène périphérique significatifs dans l'ensemble des muscles examinés au niveau du membre inférieur droit et dépendant des myotomes L3 à S1 ainsi que des nerfs SPI et SPE. J'ai également pratiqué un bilan électroneuro-graphique des 2 nerfs précités qui ne révèle pas d'atteinte actuellement significative du SPE/fibulaire sur tout son trajet depuis le creux poplité, l'atteinte notée préalablement du fibulaire superficiel ayant disparu. Cet examen ne révèle pas d'atteinte significative du SPI droit sur tout son trajet depuis le creux poplité notamment au passage du tunnel tarsien postérieur.

En conclusion, les troubles présentés actuellement par M. H.\_\_\_\_\_ me paraissent essentiellement d'ordre orthopédique/post-Südeck avec une hyperpathie et des déficits fonctionnels ne trouvant pas d'explication neurologique.

Sur le plan thérapeutique symptomatique, je pense que le traitement d'Amitriptyline et de Lyrica proposé dans le service d'orthopédie et de traumatologie est correct. Il me paraît nécessaire d'éviter toutes les mesures invasives voire même semi-invasives.

Même s'il n'existe pas d'anomalies neurologiques significatives justifiant une incapacité de travail, il paraît bien entendu nécessaire

de discuter avec l'Office AI d'une réadaptation du patient en raison des problèmes orthopédiques et du type d'activité exercée jusqu'ici. »

Par rapport du 12 décembre 2012 à la CNA, la Dresse S. \_\_\_\_\_ a relevé que sur le plan subjectif, l'assuré était toujours dans le registre douloureux, les médicaments antidépresseurs ayant été stoppés après quelques jours en raison des effets secondaires, le patient ne prenant que du Co-Dafalgan. Cliniquement, la cheville présentait un discret œdème, mais dans l'ensemble elle était beaucoup plus calme que quelques mois auparavant. La mobilisation était douloureuse, surtout en inversion/éversion, le patient n'arrivant pas à se mettre sur la pointe des pieds ou sur les talons en raison des douleurs. Devant ce tableau clinique, la Dresse S. \_\_\_\_\_ avait décidé de refaire une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) de la cheville droite, effectuée le 14 novembre 2012. Il y avait vraisemblablement un remaniement inflammatoire de l'extrémité distale du tibia qui évoquait une pseudarthrose, diagnostic qui n'était pas retenu par tous les radiologues avec qui le cas avait été discuté. Il y avait également la présence d'une tendinopathie du tibia postérieur, mais plus de signe d'algodystrophie sur cette image.

Dans son rapport du 4 février 2013 à la CNA, la Dresse S. \_\_\_\_\_ a constaté qu'en ce qui concernait la rééducation, le cas de l'assuré était un échec.

L'assuré a été examiné le 1<sup>er</sup> mars 2013 par le Dr O. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans son rapport à la CNA du 5 mars 2013, ce médecin a en particulier relevé ce qui suit :

« L'arthro-Ct (on a jamais besoin d'arthrographie dans le domaine de la cheville et du pied ; un Ct est largement suffisant) démontre une arthrose tibio-fibulaire sévère avec une incongruence tibio-fibulaire au niveau syndesmotique avec un diastasis et une arthrose en regard du Chaput.

C'est une situation post-traumatique délicate. Dans mon expérience, ces fractures du Chaput évoluent de façons défavorables, surtout chez les travailleurs de force.

A ce stade je ne vois pas d'autres solutions que celle de pratiquer une arthrodèse tibio-talienne et tibia-fibulaire distale.

Toutefois il faut être conscient qu'il y a une partie des douleurs qui s'expriment le long du nerf tibial. Ces douleurs sont en relation soit avec les broches obliques qui ont été introduites et qui font protrusion en postéro latéral, soit avec l'étirement traumatique lié à l'accident lui-même.

Mon pronostic reste difficile à déterminer. Je pense que seule l'arthrodèse comporte l'élément le plus prédictif parmi les autres possibilités de prise en charge. »

Par avis du 8 octobre 2013, le Dr N.\_\_\_\_\_, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a estimé que la reprise de l'activité antérieure de maçon semblait à l'avenir bien compromise.

Le Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a examiné l'assuré le 9 octobre 2013. Dans son rapport du 14 octobre 2013 au Dr V.\_\_\_\_\_, il a notamment observé ce qui suit :

« Je n'ai pas besoin de vous rappeler le contenu de ma dernière lettre dans laquelle je mentionnais que j'avais organisé une infiltration test en deux temps (tibio-talienne et tibio-fibulaire distale) à l'Hôpital [...] pour avoir les idées plus claires en les combinant avec le Spect-CT.

M. H.\_\_\_\_\_, pour des raisons que j'ai encore de la peine à comprendre, ne s'est tout simplement pas rendu à ma convocation pour l'infiltration.

Grâce au courrier de mon collègue le Dr O.\_\_\_\_\_ j'apprends qu'une infiltration test de la cheville a eu lieu chez lui le 16.09.2013 sans que cette infiltration ne donne de résultat positif.

### **Discussion**

D'une part on a fortement envie d'aider ce patient qui souffre manifestement beaucoup et ne peut toujours pas se séparer de ses cannes. D'autre part le résultat de l'infiltration test est, comme l'écrit le Dr O.\_\_\_\_\_, relativement frustrant. Une autre source de frustration est le tourisme médical conduit par ce patient. La troisième source de frustration est le caractère diffus des douleurs.

En résumé je partage l'avis du Dr O.\_\_\_\_\_ pour dire que l'intervention la plus prédictible, à terme, est une arthrodèse tibio-talienne et tibio-fibulaire distale. Je me demande toutefois si l'on ne devrait pas tenter, dans un premier temps, une résection de la zone conflictuelle uniquement ce qui ne nous couperait pas les ponts pour une arthrodèse ultérieure.

Avant d'aller de l'avant je vais encore en parler avec le Dr O.\_\_\_\_\_ qui nous lit en copie. Par la suite il faudra encore décider qui prendra en charge ce patient dont le comportement, jusqu'ici, n'est pas forcément encourageant et ne laisse pas augurer de suites faciles.

De votre côté, vous êtes fort de plusieurs éléments maintenant, je vous serais aussi reconnaissant de nous aider en convoquant une nouvelle fois le patient pour vous faire une idée de la situation puis, conjointement, entre le Dr O. \_\_\_\_\_ vous et moi, nous pourrions probablement proposer au patient la solution la plus prédictible possible. »

Dans son rapport à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) du 25 novembre 2013, le Dr T. \_\_\_\_\_ a relevé que la situation de l'assuré n'était pas stabilisée, une reprise de l'activité antérieure dans la construction n'étant pas envisageable pour l'instant et peu probable à long terme.

Le 16 décembre 2013, le Dr V. \_\_\_\_\_ a adressé le courrier suivant au Dr T. \_\_\_\_\_ :

« Dans l'intervalle, faisant suite à celui du 14.10.2013, j'avais prévu de revoir M. H. \_\_\_\_\_ à l'agence.

Actuellement, il ne va pas du tout avec, au premier plan, des symptômes évocateurs d'un trouble dépressif majeur chez un patient pour lequel l'accident et ses suites constituent une véritable blessure narcissique.

Il va sans dire que le patient est totalement incapable de se projeter dans l'avenir.

Dans ces conditions, je suis persuadé que le résultat subjectif d'une arthrolyse ou de quelque intervention que ce soit ne pourra être que catastrophique.

A noter également que le patient, qui n'a même pas de médecin traitant, a beaucoup de peine à admettre qu'il aurait besoin d'un soutien psychologique et d'une médication psychotrope.

Je vais quand même demander à notre psychiatre-conseil, le Dr M. \_\_\_\_\_ de le voir à l'agence.

Je vous tiendrai au courant. »

Le Dr M. \_\_\_\_\_, psychiatre conseil auprès de la CNA, a examiné l'assuré le 25 février 2014 et a posé le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2). Il a fait l'appréciation suivante du cas :

« L'examen de ce jour a mis en évidence un trouble dépressif sévère qui se manifeste par des troubles du sommeil, de la libido, une tristesse importante, une asthénie, une anhédonie et des troubles de l'attention et de la concentration.

Cette atteinte est niée par l'assuré dans un premier temps. Mais le fait qu'au milieu de l'entretien il se soit effondré en larmes l'a

contraint à reconnaître qu'il allait psychiquement moins bien qu'il ne le prétendait.

Ce trouble dépressif est lien de causalité naturelle avec l'accident du 17 février 2011. En effet c'est en raison des douleurs de sa cheville gauche et de la diminution de sa mobilité que l'assuré s'est senti très lourdement handicapé.

J'estime qu'actuellement il n'y a pas d'autre diagnostic psychiatrique à poser. Il n'y a pas de symptômes évocateurs d'un état de stress post-traumatique, ni de trouble dissociatif, ni de somatisation ou de trouble hypochondriaque, ni de trouble de la personnalité.

Un traitement psychothérapeutique devrait débuter auprès du Dr G.\_\_\_\_\_. Il est vraisemblable que l'on ne pourra pas attendre des résultats immédiats et trop importants. Néanmoins c'est le seul traitement qui puisse peut-être soulager un peu l'assuré.

En raison des troubles psychiques qu'il présente, l'assuré est actuellement totalement incapable de travailler. »

Le Dr M.\_\_\_\_\_ a résumé comme suit son entretien téléphonique du 12 août 2014 avec le Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie :

« Le Dr G.\_\_\_\_\_ m'a appelé pour répondre à la demande de rapport qu'il venait de recevoir.

L'assuré suit régulièrement maintenant le traitement psychothérapeutique. Il peut accepter progressivement de parler de sa souffrance et la reconnaître. Les progrès sont très lents et l'évolution se fait à petits pas. Le Dr G.\_\_\_\_\_ propose la poursuite du traitement et estime que des progrès notables ne pourront pas intervenir avant une année.

Je vous suggère donc de suivre les propositions du Dr G.\_\_\_\_\_ et de lui demander un nouveau rapport en été 2015. »

Le 14 mai 2014, le Dr N.\_\_\_\_\_ a résumé la situation en ces termes :

« Tous les empêchements au retour dans l'économie sont pris en charge par la SUVA qui reconnaît un lien de causalité naturelle. Il s'agit d'un cas uniquement SUVA.

L'état de santé n'est pas stabilisé sur le plan somatique et psychique et l'IT [incapacité de travail] reste de 100% dans toute activité de l'économie de façon continue depuis le 17 avril 2011. »

Dans son rapport à l'OAI du 21 octobre 2014, le Dr O.\_\_\_\_\_ a diagnostiqué une arthrose de la cheville droite, une dépression et des polyalgies existant depuis le 17 février 2011, estimant l'incapacité de travail totale dans l'activité de maçon, une profession en position assise étant possible.

Selon une note d'entretien téléphonique du 27 octobre 2014 entre l'assuré et la CNA, il poursuivait son traitement chez le psychiatre, qui lui avait proposé de prendre des antidépresseurs, mais il ne voulait pas les prendre.

Le 12 novembre 2014, le Dr O.\_\_\_\_\_ a écrit au médecin-conseil de la CNA que l'assuré avait actuellement des plaintes en train de s'exacerber et se diffuser également de façon générale avec des douleurs au niveau de la cheville controlatérale, du bassin, de la colonne vertébrale et des épaules, expliquant que c'était « fort heureusement » que lui et le Dr T.\_\_\_\_\_ n'étaient pas entrés dans la prise en charge de son arthrodèse de la cheville, une prise en charge chirurgicale n'étant en tout cas pas à l'ordre du jour dans ces circonstances.

Lors d'un entretien à l'agence de Lausanne du 13 novembre 2014, l'assuré a déclaré ne pouvoir s'imaginer ne plus travailler en qualité de maçon, car il se voyait progresser et devenir responsable. Il pensait que des erreurs médicales avaient été faites car il n'était pas possible de se retrouver dans cette situation à la suite d'une fracture de cheville.

Dans son rapport à l'OAI du 22 décembre 2014, le Dr G.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) depuis l'été 2011 et de divers problèmes orthopédiques consécutifs à l'accident depuis le 17 février 2011. Il a estimé que l'état psychique de son patient l'empêchait actuellement de se projeter dans l'avenir et suivre un processus de formation professionnelle.

L'assuré a été examiné le 19 janvier 2015 par le Dr V.\_\_\_\_\_. Dans son rapport médical final du même jour, ce médecin a constaté ce qui suit :

**« 4. Constatations**

Il s'agit d'un patient de 3 [...] ans, de constitution plutôt athlétique, dont la thymie reste abaissée, en état général conservé.

### **Cheville droite :**

La démarche, pieds nus dans la salle d'examen, s'effectue sans déroulement du pas mais sans véritable boiterie. Le patient peut même faire quelques pas sur la pointe des pieds et sur les talons. L'appui monopodal D [droit] est refusé au motif d'un manque de force et d'équilibre. L'accroupissement est profond mais les talons ne décollent pas du sol, le patient se relève sans difficulté majeure.

En station debout, le patient a tendance à reporter la charge sur le MIG [membre inférieur gauche]. Les MI [membres inférieurs] sont normo-axés. On retrouve une importante amyotrophie du mollet D.

La cheville D a un aspect strictement normal. Elle ne présente aucun signe réactif ou dystrophique manifeste et la mobilisation reste un peu sensible en fin de course, sans plus. L'arrière-pied D est normo-axé et normo-fonctionnel. Le pied D est bien aligné mais il est froid et aminci. Le tannage plantaire est également estompé à D.

La tibio-talienne a conservé une petite mobilité dans un secteur utile avec une E/F à 5-0- 15° par rapport à 15-0-30° à G [gauche]. Les articulations du pied D sont souples.

La circonférence du mollet D mesure 39 cm par rapport à 42 cm à G, celle de la cheville D mesure 23 cm comme à G.

### **5. Appréciation**

Les antécédents de ce patient sont détaillés dans mon rapport d'examen du 28.08.2012 et l'anamnèse intermédiaire est exposée plus haut.

Actuellement, le patient, qui parle assez bien le français mais qui préfère s'exprimer en [...], dit que ça ne va pas du tout. Il a des douleurs dans la cheville D mais également dans la cheville G. Il n'arrive pas à marcher en charge. A l'extérieur, il doit s'aider systématiquement de 2 cannes anglaises. Il a aussi des douleurs dans la cuisse D, dans la région lombaire et dans les épaules.

Objectivement, la cheville D a un aspect strictement normal. Elle ne présente aucun signe réactif ou dystrophique manifeste et la mobilisation reste un peu sensible en fin de course, sans plus. L'arrière-pied D est normo-axé et normo-fonctionnel. Le pied D est bien aligné mais il est froid et aminci. Le tannage plantaire est également estompé à D. On retrouve une importante amyotrophie du mollet D.

Les RX [radiographies] du 29.01.2013, qui ne semblent pas avoir été répétées, montrent une arthrose tibio-talienne débutante et surtout tibio-fibulaire.

On s'accorde quand même pour dire que l'examen radio-clinique peine à expliquer l'importance du handicap perçu et c'est à juste titre qu'on a renoncé à procéder à une arthrodeuse en présence d'un patient que l'accident et ses suites ont littéralement brisé.

A noter qu'à l'examen de ce jour, le status est avant tout compatible avec une décharge quasi systématique du MID [membre inférieur droit].

Du point de vue thérapeutique, on ne peut que recommander la poursuite de la prise en charge psychothérapeutique.

Pour les seules suites organiques de l'accident, une pleine capacité de travail est sans autre envisageable dans une activité adaptée.

Les limitations fonctionnelles sont les charges moyennes, la station debout prolongée et les longs trajets, surtout en terrain inégal.

Si on se réfère à la table 5 du barème de l'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA, détail N° 2870/5.f-2000, un taux de 10% peut être retenu, en présence d'une arthrose encore modérée de la cheville D.

Une augmentation de 5% peut se concevoir, prenant en compte une certaine aggravation prévisible et surtout le fait qu'une arthrodèse a même été envisagée en raison de l'importance des douleurs avancées.

L'atteinte à l'intégrité totale est donc de 15%. »

Le 23 janvier 2015, J. \_\_\_\_\_ a fait savoir à la CNA qu'en 2014, le salaire mensuel de l'assuré était de 5'400 francs.

Le 5 février 2015, la CNA a signifié à l'assuré qu'elle mettrait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 30 avril 2015, dans la mesure où l'examen médical qu'il avait subi récemment avait révélé qu'il n'avait plus besoin de traitement. Le traitement psychiatrique serait à la charge de sa caisse-maladie dès le 1<sup>er</sup> mai 2015.

Le 5 février 2015 également, la CNA a retenu cinq descriptions de poste de travail (ci-après : DPT ; n° 5828, 10198, 3726, 11576 et 8449), dont quatre postes de collaborateur de production (assembleuse, préparateur, ébavurage-calibrage et soudure Laser) et un poste de fabricant d'instruments de mesure (montage général-poste de mesure), dont la moyenne des salaires moyens en 2014 s'élevaient à 58'608 fr. (moyenne des salaires minimum : 53'814 fr. ; moyenne des salaires maximum : 63'401 fr. 80)

Le 19 février 2015, le Dr N. \_\_\_\_\_ du SMR a estimé qu'il convenait de mettre en place une expertise psychiatrique afin d'apprécier l'évolution de la dépression de l'assuré et sa capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations somatiques.

Par décision du 30 mars 2015, la CNA a reconnu à l'assuré le droit à une rente de 16% à compter du 1<sup>er</sup> mai 2015, compte tenu d'un revenu sans accident de 70'161 fr., comparé au revenu de 58'608 fr. avec accident. Quant à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI), elle était de 15%, ce qui représentait une somme de 18'900 francs.

L'assuré s'est opposé le 5 mai 2015 à la décision de la CNA.

Le Dr V.\_\_\_\_\_ a fait l'appréciation suivante du cas le 26 octobre 2015 :

« Pour mémoire, ce patient, âgé actuellement de 3 [...] ans, maçon, d'origine [...], est tombé d'une échelle d'une hauteur de 2 mètres le 17.02.2011 et il a présenté une fracture bi-malléolaire de la cheville D [droite], de type Maisonneuve, avec un arrachement du Chaput. Le 28.02.2011, la fracture a été réduite et ostéosynthésée. L'évolution a été défavorable, surtout sur le plan subjectif, avec installation d'un état douloureux chronique invalidant, partiellement expliqué par la nature de la fracture, une probable algodystrophie de la cheville D et une atteinte du SPE D.

Le patient a été examiné par plusieurs spécialistes, notamment par le Dr O.\_\_\_\_\_ à [...] et par le Dr T.\_\_\_\_\_ au R.\_\_\_\_\_. La situation a été largement documentée par un bilan radiologique extensif, incluant un SPECT-CT [scanner]. On a conclu à une arthrose post-traumatique de la cheville D, tibio-talienne et tibio-fibulaire distale, pour laquelle une arthrodèse devait être envisagée au vu des plaintes avancées. Malheureusement, il n'a pas été possible de procéder à cette intervention, au demeurant non souhaitée par le patient, lequel a présenté un épisode dépressif sévère en lien de causalité naturelle avec l'accident.

La Suva, qui n'entendait pas admettre une relation de causalité adéquate entre les troubles psychiques et l'accident, a souhaité clore le cas. Le 30.03.2015, elle a mis l'assuré au bénéfice d'une rente d'invalidité de 16%, assortie d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15%. Le 29.04.2015, l'assuré a fait opposition à cette décision et le 05.05.2015, son avocate a motivé cette opposition. Elle reproche en particulier au soussigné de s'être focalisé sur l'atteinte de la cheville D alors que le patient se plaignait également de douleurs au bassin, à la colonne vertébrale et aux épaules.

Le 09.03.2011, l'assuré a expliqué à la personne qui s'occupe de son dossier que des RX [radiographies] de la colonne cervicale et de la colonne lombaire avaient été faites au R.\_\_\_\_\_. Une IRM aurait également été effectuée. En réalité, c'est un scanner cérébral et cervical qui a été fait le 25.02.2011. Il n'a pas montré de lésion traumatique. Le radiologue a décrit des troubles dégénératifs marqués en C5-C6, précisant qu'ils étaient connus depuis mars 2009, date à laquelle des RX standard avaient été effectuées, soit bien avant l'accident.

A noter que le rapport de sortie du R.\_\_\_\_\_ se rapportant au séjour du 17.02.2011 au 05.03.2011 ne mentionne ni cervicalgies, ni

lombalgies alors qu'il relève que le patient a présenté une rétinopathie maculaire à G [gauche], en sus de la fracture de la cheville D.

Lorsque j'ai examiné le patient à l'agence, le 01.11.2011, il se plaignait effectivement des épaules, du dos et surtout du versant interne du genou D dont l'examen m'avait semblé normal.

A la suite de mon examen, le patient a séjourné près d'un mois à la F.G.\_\_\_\_\_.

Si on se réfère au rapport de sortie de cet établissement, force est de constater que le patient ne se plaignait plus des épaules. En revanche, il évoquait des troubles mnésiques, des troubles de la concentration ainsi qu'un manque du mot, raison pour laquelle un examen neuropsychologique a été effectué. Il a paru compatible avec un trouble anxieux et dépressif. On a également relevé la faible motivation du patient durant les tests. Le diagnostic de TCC [traumatisme cranio-cérébral] n'a pas été retenu.

Par la suite, le patient a régulièrement été suivi par la Dresse S.\_\_\_\_\_, connue pour une prise en charge holistique des patients, sans qu'elle parvienne à l'aider. A aucun moment, elle n'a mis en œuvre d'examen complémentaire pour le bassin, la colonne vertébrale ou les épaules.

En réalité, les plaintes de ce patient sont changeantes d'un examen à un autre.

Dans ce genre de situation, on parle d'extension des troubles, de « totalgies », de somatisations, le tout s'inscrivant dans le cadre d'un état anxio-dépressif. En l'absence de signes cliniques d'appel, multiplier les investigations est contreproductif et ne fait que renforcer le patient dans son idée qu'il est gravement atteint dans sa santé.

Pour ce qui est de l'atteinte à l'intégrité, elle aurait été sous-évaluée, au motif notamment qu'il y aurait une instabilité de la syndesmose tibio-fibulaire distale. Il s'agit, en réalité, d'une interprétation radiologique d'un SPECT-CT, réalisé le 17.07.2013, mais ni le Dr O.\_\_\_\_\_, ni le Dr T.\_\_\_\_\_ n'ont jugé la cheville instable. A cet égard, il est intéressant de relire les constatations faites par le Dr T.\_\_\_\_\_ lors de sa consultation du 18.07.2013. Il s'étonnait notamment d'une symptomatologie douloureuse extrêmement marquée après une fracture de la cheville D, « certes grave, mais réduite anatomiquement avec des interlignes articulaires préservés, malgré le développement d'une arthrose tibio-talienne débutante et tibio-fibulaire plus sévère ».

Quoi qu'il en soit, l'intervention projetée, si elle avait pu être réalisée, aurait bien évidemment supprimé toute hypothétique instabilité de la cheville D de M. H.\_\_\_\_\_.

Le taux de 15% correspond à un status après arthrodèse de la cheville D.

Le taux de 20%, réclamé par la mandataire de l'assuré, s'applique à une arthrodèse totale de la cheville, incluant la sous-talienne, ce qui n'était pas prévu.

Pour en revenir aux autres troubles, dont s'est plaint le patient à un moment ou à un autre, il n'est pas exclu que l'accident ait quelque peu aggravé des cervicalgies préexistantes. On notait, en effet, une

colonne cervicale sensible lors du séjour à la F.G.\_\_\_\_\_. Si c'est le cas, en l'absence de lésion structurelle qu'on puisse rapporter à l'accident, il est évident que le statu quo sine a été rapidement atteint. »

Par décision sur opposition du 4 février 2016, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré.

**B.** Par acte du 7 mars 2016, H.\_\_\_\_\_, représenté par Me David Métille, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente fondée sur un degré d'invalidité de 23% au moins pour les séquelles physiques de l'accident du 17 février 2011, à partir du 1<sup>er</sup> mai 2015, la CNA devant assumer l'ensemble des prestations en rapport avec la sphère psychique. A titre subsidiaire, il a conclu à un complément d'instruction aux plans orthopédique et psychiatrique, la cause étant renvoyée à la CNA à cet effet. En substance, le recourant a fait valoir que c'était un revenu sans invalidité de 70'200 fr. qui aurait dû être pris en compte, et non de 70'161 francs. Il a ensuite contesté le choix des DPT retenues, estimant que seule l'une d'elles était compatible avec son état de santé, les autres ne respectant pas les restrictions physiques posées par le Dr V.\_\_\_\_\_ le 19 janvier 2015. Dans ce cadre, il a également relevé que la différence de revenu entre la DPT prévoyant le revenu annuel le plus bas (55'424 fr. 50) et le plus élevé (62'050 fr.) était de 10.68%, arrondi à 11%, alors que selon la jurisprudence, elle ne saurait excéder 10%. Le recourant a dès lors calculé le revenu avec invalidité sur la base de l'ESS (Enquête suisse sur la structure des salaires), avec un abattement de 15%, estimant dès lors que son revenu d'invalidité s'élevait à 54'259 fr. 75 pour les seules séquelles orthopédiques, ce qui, comparé au revenu de valide de 70'200 fr., conduisait à un degré d'invalidité de 22.71%, arrondi à 23%. Dans un troisième moyen, le recourant a soutenu qu'il convenait de reconnaître la causalité adéquate entre l'accident et le développement des troubles psychiques, reprochant dans ce cadre à l'intimée d'avoir entrepris des démarches en vue d'établir la situation au plan psychiatrique - notamment en le soumettant au Dr M.\_\_\_\_\_ - pour finalement contester le caractère

adéquat du lien de causalité. Il a estimé que le fait d'avoir chuté d'une hauteur de 1,80 mètre à 2 mètres sur un sol dur, et d'avoir ressenti immédiatement une douleur intense au niveau de la jambe droite conduisait à qualifier l'accident de gravité moyenne (se référant aux arrêts du TF U 74/95, U 149/01 et U 315/02). Il a ainsi plaidé que seuls trois à quatre critères pouvaient suffire pour admettre l'existence d'une relation de causalité adéquate. A cet égard, il a soutenu que son traitement avait été anormalement long, que le critère de l'intensité des douleurs devait être retenu, de même que celui des complications apparues en cours de traitement et celui du degré de la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques, estimant ainsi que quatre critères sur sept étaient donnés. A titre de mesures d'instruction, il a requis la mise en œuvre de « tout complément » sur les plans orthopédique et psychiatrique afin de définir le taux de l'IPAI, et a sollicité des explications de l'intimée quant à son « revirement de position » s'agissant du refus de prise en charge des troubles psychiques.

Dans sa réponse du 10 juin 2016, l'intimée a conclu au rejet du recours.

Le recourant a maintenu sa position en réplique, le 22 septembre 2016.

Le 11 octobre 2016, il a produit un rapport du 28 septembre 2016 du Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, selon lequel un travail en position uniquement assise serait difficile car il présentait également suite à une démarche pathologique des douleurs au niveau du bassin ; un travail où des positions alternées pourraient être possibles pourrait peut-être être envisagé, ce poste devant être adapté, ne pas impliquer de longues marches, de travail en pente ou en montée-descente trop fréquente d'escaliers. Au niveau de la cheville droite, le taux d'atteinte à l'intégrité était de 40% selon le Dr X.\_\_\_\_\_, dans la mesure où l'assuré souffrait d'arthrose de toute la cheville. Le recourant en a déduit que les DPT 8448, 11576, 3726 et 10198 n'étaient pas adaptées. Il a en outre fait valoir que

son IPAI devait être fixée à 40%, et non à 15%, compte tenu d'une arthrose grave de la cheville.

Le 7 novembre 2016, l'intimée a une nouvelle fois conclu au rejet du recours.

**C.** Le dossier de l'assurance-invalidité du recourant a été produit, et les parties invitées à se déterminer à son sujet.

Il en ressort en particulier que l'assuré a été examiné le 7 novembre 2016 par le Dr B.C.\_\_\_\_\_, psychiatre mandaté par l'OAI. Selon le rapport de ce médecin du 19 décembre 2016, celui-ci s'est également entretenu avec le psychiatre traitant de l'assuré avant de rédiger son rapport, a effectué des tests psychométriques, et a étudié les pièces du dossier. L'entretien a été mené en [...] sans interprète. Ce spécialiste a en particulier fait l'appréciation suivante du cas :

« **5. Discussion diagnostique**

La description que donnaient le Dr M.\_\_\_\_\_ et le Dr G.\_\_\_\_\_ en 2014 et qui confirmait les observations de la Dresse S.\_\_\_\_\_ et le Dr V.\_\_\_\_\_ est bien celle d'un état dépressif - et même d'un état dépressif sévère lors de l'évaluation du Dr M.\_\_\_\_\_ et de la première évaluation du Dr G.\_\_\_\_\_.

Toutefois, on ne constate plus à présent de symptomatologie suffisante pour justifier un état dépressif, même léger. En fait, l'examen clinique permet de constater l'absence d'une pathologie thymique ou anxieuse actuelle.

De ce fait, le diagnostic que l'on peut poser actuellement est celui de **trouble de l'adaptation, réaction dépressive prolongée**, actuellement en rémission.

L'impression clinique mène à vérifier les critères diagnostiques, qui confirment l'existence d'un **trouble de la personnalité**.

H.\_\_\_\_\_ remplit autant les critères pour une **personnalité dyssociale** que pour une **personnalité narcissique**.

Une discrépance notable entre l'examen clinique et radiologique et les plaintes subjectives, constatée par plusieurs spécialistes de différents domaines qui ont été consultés, oblige à s'interroger sur l'existence d'un **trouble douloureux somatoforme**.

La définition de ce trouble dans la CIM-10 est : «*Douleur persistante (pendant au moins six mois, en permanence et presque tous les jours), intense et s'accompagnant d'un sentiment de détresse, n'importe où dans le corps, non expliquée entièrement par un processus physiologique ou un trouble physique, et qui constitue en permanence la préoccupation essentielle du sujet.*»

En l'occurrence, bien que l'assuré décrive une douleur de sa cheville droite, celle-ci ne peut pas être considérée comme intense, car aucun signe algique n'est perceptible au cours d'un examen de plus de trois heures et demi. Les douleurs qu'il décrit surviennent en moyenne une fois par jour, elles ne durent jamais longtemps et elles ne sont pas fortes : elles ne correspondent pas à la définition « Douleur persistante, intense », ni à « en permanence et presque tous les jours ». Nous ne pouvons donc pas retenir cette douleur comme caractéristique d'un trouble douloureux somatoforme.

La douleur est censée s'accompagner d'un sentiment de détresse, que nous ne retrouvons pas non plus.

Enfin, il apparaît que la douleur que l'assuré accuse ne constitue pas en permanence sa préoccupation essentielle. Etant donné qu'il négligeait ses thérapies en faveur des vacances en 2012, lorsque les médecins faisaient plus d'efforts qu'il n'en faisait lui-même, on peut conclure que déjà en 2012 cette douleur ne constituait pas sa préoccupation essentielle.

On constate, en outre, que :

Il existe une divergence considérable entre les douleurs décrites et le comportement de l'assuré.

L'assuré ne suit aucun traitement médicamenteux et aucune thérapie.

L'assuré ne consulte plus aucun spécialiste depuis deux ans déjà.

Les plaintes concernant l'ampleur du handicap et ses répercussions sur la vie quotidienne sont exagérées et démonstratives.

Dans ces circonstances, un diagnostic de trouble douloureux somatoforme ne peut pas être retenu.

## **6. Diagnostics positifs**

### **6.1. Diagnostic ayant une influence sur la capacité de travail :**

Néant.

### **6.2. Diagnostics sans influence sur la capacité de travail :**

F 43.21 - Trouble de l'adaptation, réaction dépressive prolongée, actuellement en rémission

*Existant depuis : vraisemblablement présent déjà à la fin de l'année 2012, mais devenu important fin 2013.*

F 60.2 - Trouble de la personnalité - dyssociale

*Existant depuis : l'adolescence.*

F 60.8 - Autres troubles spécifiques de la personnalité (personnalité narcissique)

*Existant depuis : l'adolescence.*

## **7. Limitations fonctionnelles et capacité de travail**

Parmi tous les signes et symptômes que nous pouvons retenir, seuls les fonctionnements liés au trouble de la personnalité peuvent constituer des entraves à un fonctionnement professionnel optimal.

Il s'agit ici des modes relationnels utilisés par l'assuré, ainsi que de sa manière de se considérer et de considérer les relations et les règles sociales.

Ces limitations n'ont pas empêché H. \_\_\_\_\_ de travailler jusqu'en 2011, et même avec beaucoup de succès, selon ses dires.

Il n'y a aucune raison pour qu'elles soient devenues handicapantes depuis lors, ni pour qu'elles le deviennent dans les années à venir.

En considérant l'ensemble des données précédemment exposées, il n'y a pas actuellement de diminution de la capacité de travail ou du rendement.

**L'évolution de la capacité de travail**, considérée du point de vue strictement psychiatrique, est difficile à établir, car l'assuré décrit l'absence de toute modification de son état psychique entre son arrivée en Suisse (2008) et le jour de l'examen.

Or, il y a une forte discordance entre les constatations de l'expert et la description clinique que donnaient en 2014 le Dr M. \_\_\_\_\_ et le Dr G. \_\_\_\_\_, tous deux psychiatres FMH.

C'est probablement vers la fin de l'année 2013 que le trouble de l'adaptation (avec une réaction dépressive prolongée) s'est manifesté de manière incapacitante - c'est là qu'il a été signalé par le médecin SUVA, qui l'a adressé pour consultation au psychiatre de la SUVA. La description donnée par les deux psychiatres FMH qui l'ont vu début 2014 correspond à un état dépressif qui implique une incapacité de travail.

Selon le Dr G. \_\_\_\_\_, l'état thymique de l'assuré est actuellement aussi mauvais qu'il l'était au début de la prise en charge, en 2014.

Dans ces circonstances, l'expert ne peut se prononcer sur l'évolution des limitations et de la capacité de travail.

On peut seulement constater que le Dr V. \_\_\_\_\_ (médecin de SUVA), qui tirait le signal d'alerte sur la symptomatologie dépressive en décembre 2013, ne mentionne plus cette symptomatologie lors de son rapport sur l'état de l'assuré en janvier 2015. Toutefois, il est impossible de savoir si son dernier rapport ne mentionne plus l'aspect dépressif parce que celui-ci n'est plus saillant ou si c'est parce que l'argument ne lui paraît plus pertinent.

## **8. Mesures médicales et professionnelles**

### **8.1. Mesures médicales et exigibilité :**

Il est désormais très peu probable que la psychothérapie puisse encore amener l'assuré à modifier sa position et/ou ses revendications. Cette psychothérapie pourrait amener comme bénéfices à long terme d'améliorer le trouble de la personnalité.

Mais dans la mesure où cela n'améliorera en rien la capacité de travail, cette thérapie n'est pas exigible.

De manière similaire, étant donné que la position de l'assuré ne peut plus être considérée comme étant liée à un trouble dépressif, et surtout considérant qu'il n'existe plus actuellement un état dépressif, le traitement médicamenteux n'est pas exigible.

### **8.2. Mesures professionnelles :**

Des mesures professionnelles ne seraient indiquées qu'au cas où l'assuré modifierait sa position concernant une reconversion professionnelle (ce qui nous semble très peu probable).

## **9. Pronostic**

Au vu de l'absence de limitations fonctionnelles réelles et de la capacité de travail qui est complète du point de vue psychiatrique, le pronostic concernant cette capacité est très bon.

Il n'en est pas de même en ce qui concerne sa volonté de reprendre une activité, alors que son objectif est d'obtenir une rente. »

En réponse aux questions de l'OAI, le Dr B.C. \_\_\_\_\_ a notamment indiqué ce qui suit :

#### **« IV. Traitement et réadaptation**

##### **1. La thérapie suivie jusqu'à présent est-elle conduite dans les règles de l'art (nature et ampleur des thérapies, intensité requise, dosage) ?**

La thérapie menée par le Dr G. \_\_\_\_\_ est certainement menée dans les règles de l'art, mais seulement dans la mesure où l'assuré s'y implique et surtout dans la mesure où l'assuré ne ment pas à son psychiatre. Cette implication est faussée d'une part par le trouble de la personnalité, d'autre part par le fait que la thérapie lui sert d'alibi auprès de l'AI. L'assuré prend ce qu'il a envie de prendre et s'ouvre seulement autant que nécessaire pour l'alibi. C'est ainsi qu'il affirme (lors de l'examen d'expertise) que le Dr G. \_\_\_\_\_ lui aide à comprendre comment les médecins l'ont floué.

[...]

##### **7. Considérations fondées relatives au caractère raisonnablement exigible des mesures de réadaptation**

*Prendre position sur l'aptitude de l'assuré à suivre une mesure de réadaptation et en particulier à s'investir dans une mesure de réinsertion (mesure de type progressif avec un taux de présence minimal de 2h par jour, quatre jours par semaine, et ceci sans obligation de rendement).*

Des mesures de réadaptation sont clairement exigibles.

Le problème n'est pas l'aptitude de l'assuré à suivre une mesure de réadaptation, mais la volonté de s'investir, sachant qu'une telle mesure est contraire à ses attentes.

[...]

#### **VI. Capacité de travail**

##### **1. Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici**

Du point de vue psychiatrique, il n'y a pas de diminution de la capacité de travail, que ce soit dans l'activité exercée auparavant ou dans une autre activité.

##### **2. Capacité de travail dans une activité correspondant aux aptitudes de l'assuré**

La capacité de travail est entière du point de vue psychiatrique.

[...]

**5. Se positionner sur la présence d'une éventuelle diminution de rendement tant dans l'activité exercée jusqu'ici que dans une activité adaptée.**

Rien ne justifie une diminution du rendement dans une quelconque activité. »

Il ressort également du dossier de l'OAI un rapport de la Dresse M.N.\_\_\_\_\_ du SMR du 19 janvier 2017 qui a estimé que la capacité de travail était pleine sur les plans somatique et psychiatrique dans une activité adaptée.

Selon le calcul du salaire exigible du service de réadaptation de l'OAI du 3 février 2017, le préjudice économique était de 14.48%, compte tenu d'un revenu annuel de 68'900 fr. pour 2012, indexé pour l'année 2015, s'élevant à 70'217 fr. 10, ainsi qu'un revenu d'invalidé de 60'047 fr. 04 (fondé sur l'ESS 2014 indexé pour 2015, avec un abattement de 10%).

Par projet de décision du 6 février 2017, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait lui reconnaître le droit à une rente entière du 1<sup>er</sup> juin 2012 au 30 avril 2015.

**D.** Dans ses déterminations du 12 mai 2017, le recourant a pour l'essentiel contesté la teneur du rapport d'expertise du Dr B.C.\_\_\_\_\_, psychiatre mandaté par l'OAI, reprochant à ce médecin son manque d'objectivité. Il a produit avec son écriture un rapport du 13 mars 2017 du Dr G.\_\_\_\_\_, dans lequel ce médecin a déclaré qu'actuellement il continuait de présenter un tableau clinique compatible avec le diagnostic CIM-10 de trouble de l'adaptation avec prédominance de la perturbation d'autres émotions (F43.23). De l'avis du Dr G.\_\_\_\_\_, les ressources adaptatives du patient étaient passablement taries et les chances d'une reconversion professionnelle fortement diminuées, estimant que la mise en route d'un projet visant une reconversion professionnelle pourrait être envisagée, mais uniquement lors d'un travail multidisciplinaire associant le patient, un spécialiste en réinsertion professionnelle de l'AI et le thérapeute.

Le 4 septembre 2017, l'intimée a à nouveau confirmé ses conclusions.

Dans des déterminations complémentaires du 23 avril 2018, le recourant a confirmé les conclusions de son recours, nié toute valeur probante au rapport du Dr B.C. \_\_\_\_\_ et corroboré sa requête de mise en œuvre d'une expertise orthopédique et psychiatrique, en s'appuyant sur le rapport du 21 février 2018 du Dr R.S. \_\_\_\_\_, médecin de la douleur antalgiste auprès de [...], qui le suit depuis septembre 2018, dont la teneur est la suivante :

« Le patient présente initialement une douleur neuropathique au niveau de la cheville droite dans les suites d'un accident de travail avec une fracture de la cheville droite de type Maisonneuve.

Malheureusement cette symptomatologie douloureuse s'est hautement chronifiée et le patient présente actuellement un tableau clinique d'une douleur chronique primaire généralisée avec des douleurs au niveau du dos avec irradiation au niveau des deux jambes mais également des douleurs au niveau des membres supérieurs.

Une première infiltration périurale faite au mois de novembre n'a pas amélioré la symptomatologie douloureuse d'une manière importante raison pour laquelle, nous avons décidé d'interrompre le traitement interventionnel et nous avons réagendé une deuxième perfusion de Xylocaïne. Eventuellement, selon l'évolution nous allons discuter aussi avec le patient d'une perfusion de Kétamine intraveineuse. Le traitement local avec Amitriptyline et Kétamine n'a pas pu vraiment calmé (sic) la symptomatologie douloureuse locale.

L'examen de QST évaluation quantitative de la sensibilité des douleurs fait au mois d'octobre montre des modifications au niveau de la jambe droite avec une sensation de chaleur paradoxale à la douleur et une allodynie très marquée. Nous avons constaté beaucoup d'asymétrie entre le côté testé et le côté contrôle, le pied gauche, avec des modifications au niveau de la sensibilité thermique mais également vibratoire. Une participation neuropathique est relativement sûre chez ce patient.

Un effet négatif sur l'évolution de la douleur est l'association actuelle de l'expansion de la région initiale à une douleur chronique primaire généralisée, la dépression associée, l'état de santé extrêmement diminué du patient comme également la longue durée de la maladie.

Nous reverrons le patient pour une prochaine perfusion de Xylocaïne et nous ne manquerons pas de vous tenir au courant de l'évolution. »

Le recourant a invoqué l'incompatibilité des DPT retenues dans le cadre de la décision attaquée et a proposé quelques DPT qui auraient

pu être prises en considération (n° 11554 comme contrôleur, n° 9465967 comme angleur, n° 7077 comme monteur en appareil, n° 438406 comme polisseur), lesquelles procurent des revenus annuels moyens de 53'854 francs. Il en a déduit que le taux d'invalidité à retenir en rapport avec les seuls troubles purement physiques consécutifs au « grave » accident dont il a été victime le 21 février 2011 serait de 23%.

Le 17 mai 2018, le recourant a déposé de nouvelles déterminations complémentaires, confirmant ses conclusions précédentes, ajoutant la mise en œuvre d'une éventuelle expertise rhumatologique dans ses réquisitions. Il a produit un nouveau rapport médical du Dr R.S. \_\_\_\_\_ du 5 avril 2018, lequel a la teneur suivante :

**« 1. Quels sont les diagnostics présentés par le patient au niveau de sa cheville droite ?**

Diagnostics :

- Douleur neuropathique au niveau de la cheville droite.
- Neuropathie péronière droite axonale ENMG 18.11.2011 avec récupération ENMG 2016
- Douleurs chroniques primaires généralisées (ICD-10 R 52.2) sans hypersensibilisation
- Dysrégulation végétative

Autres diagnostics :

- Dépression
- Reflux gastro-oesophagienne
- Accident travail 2011 avec cheville droite opérée (AMO 2012)
- Hémorragie pré-rétinienne para-maculaire de l'œil droit.

**2. Quelle pourrait être l'origine des douleurs, respectivement de leur persistance, au niveau de la cheville droite du patient ?**

La douleur est clairement post traumatique et post opératoire avec une douleur mixte, de type neuropathique et une douleur nociceptive qui s'est péjorée dû au manque de traitement efficace dans les premiers mois et actuellement nous nous retrouvons face à une exacerbation des douleurs avec hypersensibilisation et extension de la région douloureuse.

**3. Quel(s) traitement(s) serai(en)t susceptible(s) à améliorer la situation douloureuse présentée par le patient ? Quelle pourrait être la durée ?**

Une prise en charge globale avec un traitement médicamenteux qui améliore la symptomatologie locale mais aussi les effets systémiques, avec la dysrégulation végétative très importante, également une prise en charge physiothérapeutique afin d'éviter un déconditionnement musculaire même si la physiothérapie n'améliore pas la symptomatologie douloureuse primaire.

Une prise en charge psychologique afin de mieux gérer la situation sociale très difficile du patient car, une prise en charge interventionnelle - selon la décision du chirurgien - une neuromodulation peut être envisagée chez le patient.

Actuellement, les signes généraux nous limitent encore dans cette approche thérapeutique relativement agressive.

**4. Au vu des différentes limitations présentées par le patient en ce qui concerne sa cheville, quel serait le taux de sa capacité de travail dans une activité des plus adaptées à son état de santé ?**

Concernant une évaluation de capacité fonctionnelle faite par exemple au Service de Rhumatologie du R.\_\_\_\_\_ peut être évoquée dans le cadre du patient.

**5. Est-ce qu'il est possible d'admettre une diminution de rendement de l'ordre de 20 à 30%, même dans le cadre d'une activité adaptée ? Pour le cas où un taux différent de diminution de rendement serait retenu, quel serait le taux en question ?**

Voir point 4.

**6. En admettant l'existence d'une capacité de travail du patient limitée dans le cadre d'une activité adaptée à son état de santé, quels seraient les facteurs limitatifs empêchant une pleine capacité de travail dans une telle activité ?**

Voir point 4.

**7. A quelles conditions un traitement médical approprié serait susceptible d'augmenter le taux de capacité de travail du patient, dans l'hypothèse où celui-ci ne serait actuellement pas complet ?**

Voir point 4.

**8. Toute(s) autre(s) remarque(s) utile(s) :**

Aucune. »

Le 5 septembre 2018, la CNA s'est référé à l'appréciation chirurgicale établie le 14 août 2018 par la Dresse D.E.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie générale et traumatologie auprès de la Suva. Ce document présente une anamnèse rappelant l'historique des faits et résumant les actes selon la documentation à disposition, notamment les divers rapports médicaux établis depuis février 2011, et se réfère à une série d'imageries. Sur ces bases, l'appréciation faite par la Dresse D.E.\_\_\_\_\_ est la suivante :

**« Appréciation**

Monsieur H. \_\_\_\_\_ a subi en 2011 une fracture de la cheville droite en chutant d'un escabeau. Cette fracture a été qualifiée par les différents intervenants de fracture de Maisonneuve, tout comme fracture Weber C et encore fracture luxation.

Il est évident que nous avons à faire à une fracture complexe comme l'indique le Docteur O. \_\_\_\_\_, puisqu'il y a arrachement de Chaput et rupture de la syndesmose.

Néanmoins, cette fracture est donc réduite et ostéosynthésée avec succès, fait confirmé sur l'imagerie conventionnelle et par le Docteur T. \_\_\_\_\_.

Les deux vis fixant la syndesmose sont retirées le 9 mai 2011, ce qui est dans l'ordre des choses. L'ablation du matériel d'ostéosynthèse est complétée en février 2012 à une année, ce qui est également lege artis, la consolidation étant acquise et les traits de fractures n'étant plus visibles. Il n'y a donc rien à redire quant au bien-fondé du traitement et nous peinons à parler de complications sur le plan orthopédique, comme suggéré par Monsieur H. \_\_\_\_\_ ou encore le Docteur G. \_\_\_\_\_ « consécutif à l'accident subi et au cortège de malheureuses complications qui l'a suivi ».

Il semble que le cortège de complications est un peu abusif car comme précité du point de vue purement orthopédique, il y a eu consolidation et les deux opérations pratiquées font partie du traitement.

Par contre, il est vrai que Monsieur H. \_\_\_\_\_ développe un syndrome douloureux régional complexe (SDRC) aussi nommé algodystrophie ou encore Südeck de la cheville droite.

Là, encore est-ce une complication ou est-ce malheureusement l'évolution de l'étirement du nerf provoqué par le mécanisme de l'accident - entorse ?

Nous n'allongerons pas sur ce sujet, nous rappellerons brièvement, afin d'étayer notre interpellation, que le SDRC est une entité très particulière et est réparti en deux catégories, le SDRC de type I et de type II.

Le SDRC de type I a été défini selon l'IASP (International Association for the Study of Pain) comme un syndrome douloureux se développant localement après un événement nociceptif, de façon disproportionnée par rapport à l'événement initial et ne restant pas limité au territoire de projection d'un nerf périphérique [1 ; 2].

Le SDRC de type II est défini toujours selon l'IASP comme un syndrome douloureux, habituellement d'une main ou d'un pied, débutant après une blessure incomplète d'un nerf ou d'une de ses branches principales. La douleur de type neurogène évolue peu à peu vers un syndrome comparable au SDRC de type I [1 ; 2].

L'examen neurologique et ENMG réalisés à la F.G. \_\_\_\_\_ ayant mis en évidence une atteinte axonale du nerf sciatique poplité externe, il nous faut retenir un SDRC de type II chez Monsieur H. \_\_\_\_\_.

Cette atteinte du nerf sciatique poplité externe est guérie en octobre 2012, comme le confirme le Docteur C. \_\_\_\_\_ après avoir réalisé un EMG, « le bilan myographique du membre inférieur droit ne révèle pas de signes d'atteinte neurogène périphérique significatifs dans l'ensemble des muscles examinés et dépendant des myotomes L3 à S1 ainsi que des nerfs sciatique poplité externe et sciatique

poplité interne et à l'étude du sciatique poplité externe droit, on ne note actuellement plus d'atteinte significative notamment pour ce qui est de la branche sensitive du nerf fibulaire superficiel (nerf musculo-cutané).

De plus lors de ces examens médicaux du 1<sup>er</sup> novembre 2011, du 12 août 2012 et du 19 janvier 2015, les constatations cliniques du Docteur V.\_\_\_\_\_ sont respectivement les suivantes « La cheville droite est nettement élargie mais elle a une morphologie normale. Il n'y a pas d'hyperthermie, pas d'autre signe réactif local », « La cheville droite, qui a une morphologie normale, est à peine élargie mais il n'y a pas de franche tuméfaction, pas d'hyperthermie, pas de discoloration ni d'hyperhidration » et « La cheville droite a un aspect strictement normal. Elle ne présente aucun signe réactif ou dystrophique manifeste ».

Ces constatations cliniques ne sont pas compatibles avec un status séquellaire d'un SDRC.

En mars 2013, le Docteur O.\_\_\_\_\_ objective la présence d'une arthrose tibio-talienne et tibio-fibulaire à droite sur l'arthro-CT réalisé le 30 janvier 2013.

Nous ne pouvons que confirmer cet état de fait, mais nous précisons que l'arthrose tibio-talienne se situe seulement latéralement et le reste de l'interligne intra-articulaire est conservé [Figurel].

Ce remaniement arthrosique étant très localisé, il ne peut expliquer la symptomatologie douloureuse intense et très limitante lors de la charge du membre inférieur droit chez Monsieur H.\_\_\_\_\_.

Tout comme en novembre 2011, Monsieur H.\_\_\_\_\_ déclarait au Docteur V.\_\_\_\_\_ ne plus prendre ni d'antalgie, ni AINS [antiinflammatoire non-stéroïdien). Ceci est très déroutant, avoir d'importantes douleurs qui empêchent de charger le pied droit obligeant à se déplacer avec de cannes anglaises et ne pas prendre d'antalgie.

De plus, lors de l'examen médical du Docteur V.\_\_\_\_\_ le 28 août 2012, ce dernier relevait « A noter que le patient se dit épuisé par cet examen succinct, restant allongé au motif de récupérer. Cette attitude laisse un peu songeur, d'autant que les constatations objectives sont finalement assez minces, contrastant avec l'ampleur des douleurs annoncées et celle du handicap affiché ».

Au vu de ce qui est précité, nous ne trouvons pas d'explications orthopédiques à cette symptomatologie douloureuse intense qui de plus semble se généraliser jusqu'aux membres supérieurs. Le Docteur T.\_\_\_\_\_ est également interpellé par le caractère diffus de la symptomatologie douloureuse chez Monsieur H.\_\_\_\_\_.

Le Docteur R.S.\_\_\_\_\_, lui, retient des douleurs neuropathiques suite à différents tests réalisés chez Monsieur H.\_\_\_\_\_, notamment le test QST — Quantitative Sensory Testing, qui correspond à un thermotest.

Le thermotest a pour but d'évaluer de manière quantitative la sensibilité cutanée thermique permettant d'examiner l'intégrité fonctionnelle des petites fibres nerveuses afférentes cutanées (fibres a delta et c qui véhiculent la sensation de douleur).

Il est réalisé de la façon suivante, la consigne étant donnée au sujet d'appuyer sur un bouton poussoir ou le clic d'une souris dès la perception d'un changement de température cutanée. Cette action arrête la stimulation et ramène la température de la thermode au niveau de départ. Le seuil de détection au froid ou au chaud est alors mesuré lors d'une série successive de stimulations.

Le thermotest reste un simple test observationnel (et non objectif) : des facteurs personnels peuvent avoir une influence majeure sur les résultats.

En revenant sur les réponses aux questions de Monsieur R.S.\_\_\_\_\_, notamment quant au traitement, « Une prise en charge globale avec un traitement médicamenteux et une prise en charge physio-thérapeutique afin d'éviter un déconditionnement musculaire et une prise en charge psychologique afin de mieux gérer la situation sociale très difficile du patient », nous sommes fort surpris par ces propositions, car, pour rappel, Monsieur H.\_\_\_\_\_ lui-même a arrêté toute antalgie ; Monsieur H.\_\_\_\_\_ a bénéficié d'un séjour à la F.G.\_\_\_\_\_ qui n'a pas été très conclusif et le déconditionnement musculaire est déjà présent, il n'y a donc plus rien à éviter ; et enfin Monsieur H.\_\_\_\_\_ jouit déjà d'une prise en charge psychologique chez le Docteur G.\_\_\_\_\_.

Le Docteur G.\_\_\_\_\_, lui, a relevé que « son patient, sans antécédents sur un plan psychiatrique, présente un état dépressif important consécutif à l'accident subi [...]. Il a ajouté que nous assistons à un véritable effondrement de tout un projet de vie sans qu'il ne puisse envisager d'alternative. Son action thérapeutique vise à l'aider à faire le deuil ».

Par la suite le Docteur G.\_\_\_\_\_ en écrivant à Maître Métille, atteste que « l'observation sur la durée de ce patient me conduit à retenir le diagnostic de trouble de l'adaptation ».

Il y a donc une certaine évolution, chez Monsieur H.\_\_\_\_\_, sur le psychique.

En effet le Docteur B.C.\_\_\_\_\_, lors de l'expertise psychiatrique organisée par [...], retient également comme diagnostic des troubles de l'adaptation chez Monsieur H.\_\_\_\_\_.

En résumé, chez Monsieur H.\_\_\_\_\_, nous sommes en présence :

- D'une fracture complexe de la cheville droite.
- D'un traitement par réduction ouverte et ostéosynthèse adéquat ayant abouti à une consolidation de cette fracture.
- D'un étirement d'un nerf — sciatique polité externe - ayant évolué en SDRC de type II, considéré comme guéri en octobre 2012 suite à l'ENMG réalisé.
- De douleurs si intenses que la charge du membre inférieur droit n'est pas réalisable.
- D'un arrêt de toute antalgie déjà fin 2011, tout comme le traitement pour le SDRC n'a pas ou que partiellement été suivi.
- D'une arthrose tibio-talienne et tibio-fibulaire débutante/modérée localisée, ce qui n'est en rien surprenant suite à une fracture de ce type et qui avant tout n'explique pas cette symptomatologie douloureuse intense décrite.
- Du refus de la part de Monsieur H.\_\_\_\_\_ d'exercer une autre profession que celle de maçon.
- De douleurs diffuses qui se généralisent même aux membres supérieurs, qui n'ont pas été lésés lors de l'accident.

- D'un état psychique décompensé, sous forme d'un état dépressif sévère, puis de troubles de l'adaptation.
- D'une impossibilité de réaliser le traitement de cette arthrose qui consiste en une arthrolyse partielle de la cheville, vu l'état psychique précaire de Monsieur H. \_\_\_\_\_ et surtout vu le fait qu'il ne peut concevoir avoir une cheville bloquée.

En se référant à cette liste, nous peinons à envisager que les plaintes actuelles décrites par Monsieur H. \_\_\_\_\_ aient pour origine des atteintes organiques traumatiques.

Des rapports du Docteur R.S. \_\_\_\_\_, d'aucun ne nous permet de nous écarter des conclusions des Docteurs V. \_\_\_\_\_ et T. \_\_\_\_\_.

Nous nous permettrons d'ajouter que tout au long du dossier il apparait clairement au vu du tourisme médical de Monsieur H. \_\_\_\_\_ dans l'espoir que quelqu'un lui redonnera une cheville « neuve », que ce dernier veut pas ou ne peut pas accepter l'atteinte de sa cheville droite et ses conséquences et ce malgré les explications multiples des médecins et autres intervenants.

La Docteure T.U. \_\_\_\_\_ parlait déjà lors de son consilium « une source d'inquiétude et une blessure narcissique difficilement supportables ».

Nous rejoignons les Docteurs V. \_\_\_\_\_ et T. \_\_\_\_\_ quand ils estiment que les douleurs intenses voire presque insupportables décrites par Monsieur H. \_\_\_\_\_ n'ont pas de substrat clinique.

### **Conclusions**

Nous ne voyons pas en quoi les rapports médicaux du Docteur R.S. \_\_\_\_\_ seraient susceptibles de mettre à mal les conclusions des Docteurs V. \_\_\_\_\_ et T. \_\_\_\_\_.

Nous rejoignons les Docteurs V. \_\_\_\_\_ et T. \_\_\_\_\_ quand ils estiment que les douleurs décrites par Monsieur H. \_\_\_\_\_ n'ont pas de substrat clinique. »

Dans des déterminations complémentaires du 1<sup>er</sup> octobre 2018, le recourant a confirmé les conclusions de son recours, reprochant à la Dresse D.E. \_\_\_\_\_ d'avoir relativisé dans une mesure importante l'étendue des lésions consécutives à l'accident.

### **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).

**b)** Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi vaudoise 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).

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

**2.** Le litige porte sur le taux de la rente d'invalidité allouée au recourant à compter du 1<sup>er</sup> mai 2015, de même que sur le taux de l'IPAI, ainsi que sur le point de savoir si les troubles qu'il a développés au plan psychiatrique sont en relation de causalité avec l'événement accidentel.

**3. a)** Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Le droit à des prestations découlant d'un accident 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; 402 consid. 4.3.1; 119 V 335 consid. 1; 118 V 286 consid. 1b et les

références). Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 ; 402 consid. 2.2 ; 125 V 456 consid. 5a et les références).

**b)** En vertu de l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité.

**c)** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, 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 (art. 7 LPGA). 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).

**d)** Pour pouvoir examiner le droit aux prestations, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que les médecins, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. 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 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées).

**4. a)** Pour l'évaluation de la capacité de travail, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. 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 132 V 93 consid. 4 et les références ; TF 9C\_219/2013 du 13 septembre 2013 consid. 3.1).

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 expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a et la référence citée ; TF 9C\_851/2012 du 5 mars 2013 consid. 2.2).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra toutefois en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

Un rapport médical ne saurait toutefois être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur (TF 9C\_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 5.2).

**b)** En vertu du principe de la libre appréciation des preuves, consacré notamment à l'art. 61 let. c LPGA, le juge est tenu de procéder à une appréciation complète, rigoureuse et objective des rapports médicaux en relation avec leur contenu ; il doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre (ATF 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C\_573/2010 du 8 août 2011 consid. 4.1).

**5.** Il est constant qu'à la suite de la chute survenue le 17 février 2011, le recourant a présenté une fracture de la cheville droite (cf. rapport du 8 mars 2011 des Drs Z.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_), qui a été réduite et ostéosynthésée le 28 février 2011.

L'évolution a été défavorable. Devant la persistance des douleurs, il a bénéficié d'une ablation des vis péronéo-tibiales le 6 mai 2011, ainsi que d'une AMO du tibia droit en raison d'une gêne du matériel le 17 février 2012.

On précisera à ce stade qu'il est établi que l'atteinte alléguée au niveau oculaire a été asymptomatique à compter du 13 avril 2011, date à laquelle l'examen ophtalmologique était dans les limites de la norme (cf. rapport des Drs Q.\_\_\_\_\_ et K.\_\_\_\_\_ du 11 août 2011). Il est également admis qu'il n'y a pas d'explication neurologique aux plaintes persistantes exprimées par le recourant, le Dr C.\_\_\_\_\_ n'ayant pas constaté d'anomalies neurologiques significatives dans le cadre de son examen du 5 octobre 2012 (cf. rapport du 8 octobre 2012).

Cela étant, un probable Sudeck a été évoqué à compter du mois d'août 2011 (cf. rapport du 31 août 2011 des Drs W.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_), et le diagnostic de CRPS de type II posé par les Drs F.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_ à la suite du séjour de l'assuré à la F.G.\_\_\_\_\_ (cf. rapport du 5 janvier 2012 des médecins précités). La Dresse S.\_\_\_\_\_ a également posé ce diagnostic le 25 juillet 2012. Elle a toutefois indiqué le 12 décembre 2012 - après avoir fait effectuer une IRM de la cheville droite le 14 novembre 2012 - qu'il n'y avait plus de signe d'algodystrophie, mentionnant désormais une pseudarthrose. Le Dr O.\_\_\_\_\_ a confirmé après son examen de l'assuré du 1<sup>er</sup> mars 2013 que celui-ci présentait de l'arthrose au niveau de la cheville droite et a suggéré de pratiquer une arthrodèse (cf. rapport du 5 mars 2013), rejoint dans cette proposition par le Dr T.\_\_\_\_\_ (cf. rapport du 14 octobre 2013 de ce dernier au Dr V.\_\_\_\_\_). Le Dr V.\_\_\_\_\_ a cependant fait savoir au Dr T.\_\_\_\_\_ le 16 décembre 2013 qu'il était persuadé que le résultat *subjectif* d'une arthrodèse ou de quelque intervention que ce soit serait catastrophique vu l'état de l'assuré au plan psychiatrique. Le Dr O.\_\_\_\_\_ a du reste admis le 12 novembre 2014 qu'au vu des plaintes de l'assuré qui étaient en train de s'exacerber, c'était « fort heureusement » que lui et le Dr T.\_\_\_\_\_ n'étaient pas entrés dans la prise en charge de son arthrodèse de la cheville.

Il est ainsi établi et non contesté qu'au vu de l'atteinte au niveau de la cheville droite, dont l'origine accidentelle n'est à juste titre pas remise en cause par l'intimée, l'activité habituelle de maçon du recourant n'est plus adaptée. Cette appréciation est partagée par l'ensemble des médecins (cf. en particulier avis du Dr N.\_\_\_\_\_ du SMR du 8 octobre 2013, rapport du 25 novembre 2013 du Dr T.\_\_\_\_\_, rapport du Dr O.\_\_\_\_\_ du 21 octobre 2014).

Objectivement cependant, le Dr V.\_\_\_\_\_ a constaté dès son examen du 28 août 2012 que la cheville droite avait une morphologie normale, était à peine élargie, sans franche tuméfaction, ni hyperthermie, discoloration, hyper-sudation, ni signe de Tinel. L'arrière-pied était normo-axé et normo-fonctionnel. Pour le Dr V.\_\_\_\_\_, l'ampleur des douleurs et

du handicap annoncés contrastait avec les constatations objectives finalement assez minces.

Le Dr V.\_\_\_\_\_ a fait des constats largement superposables dans le cadre de son examen de l'assuré du 19 janvier 2015 : dans ce contexte, il a en particulier relevé que l'état général de l'assuré était conservé, sa constitution plutôt athlétique, et que la cheville droite était d'aspect strictement normal ; elle ne présentait aucun signe réactif ou dystrophique manifeste et la mobilisation restait un peu sensible en fin de course, « sans plus ». L'arrière-pied droit était normo-axé et normo-fonctionnel. Le pied droit était bien aligné mais il était froid et aminci. Le tannage plantaire était également estompé à droite. Quant aux radiographies du 29 janvier 2013, elles montraient une arthrose tibio-talienne débutante et surtout tibio-fibulaire. Aux yeux du Dr V.\_\_\_\_\_, le status était avant tout compatible avec une décharge quasi systématique du membre inférieur droit. Cependant pour les seules suites organiques de l'accident, une pleine capacité de travail était sans autre envisageable dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, à savoir : les charges moyennes, la station debout prolongée et les longs trajets, surtout en terrain inégal. Il n'y a pas lieu de s'écarter de l'appréciation probante du Dr V.\_\_\_\_\_ : celle-ci a en effet été établie en pleine connaissance du dossier, après un examen détaillé de l'assuré, en tenant compte des plaintes de ce dernier. Les conclusions du Dr V.\_\_\_\_\_ sont claires et dénuées de contradiction. Son appréciation n'est au demeurant pas sérieusement contredite. Du reste, dans son rapport du 21 octobre 2014, le Dr O.\_\_\_\_\_ relevait déjà qu'une profession en position assise était possible. Quant au Dr X.\_\_\_\_\_, il n'a pas non plus contre-indiqué la reprise d'une activité adaptée, relevant qu'elle ne devait pas impliquer de longues marches, de travail en pente ou en montée-descente trop fréquente d'escaliers, rejoignant ainsi les limitations fonctionnelles posées par le Dr V.\_\_\_\_\_.

Au plan somatique, il n'y a ainsi pas d'autres atteintes que celle de la cheville droite pouvant être imputée à l'accident. Or cette seule atteinte permet, ainsi que l'a constaté le Dr V.\_\_\_\_\_ dans son

appréciation très détaillée du 19 janvier 2015, confirmée le 26 octobre 2015, de retenir que la capacité de travail de l'intéressé est entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (les charges moyennes, la station debout prolongée et les longs trajets, surtout en terrain inégal).

**6. a)** Le recourant soutient que les troubles qu'il présente au plan psychiatrique sont en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'événement accidentel du 17 février 2011, et que la CNA doit les prendre en charge. Dans ce cadre, il plaide en premier lieu que la CNA a admis le lien de causalité entre les troubles psychiatriques et l'accident, dans la mesure où elle a chargé le Dr M. \_\_\_\_\_ de l'examiner et a pris en charge le traitement psychiatrique jusqu'au 30 avril 2015.

A cet égard, il est exact que c'est car les troubles psychiatriques étaient au premier plan, que par courrier au Dr T. \_\_\_\_\_ du 16 décembre 2013, le Dr V. \_\_\_\_\_ a suggéré que l'assuré soit vu par le psychiatre d'arrondissement M. \_\_\_\_\_. Ce médecin a alors fait état d'un trouble dépressif sévère, qu'il a estimé en lien de causalité naturelle avec l'accident du 17 février 2011.

Il n'en demeure pas moins que cette seule affirmation, respectivement le fait que la CNA a pris en charge pour un temps le traitement psychiatrique du recourant, ne permettent pas encore d'établir que l'atteinte alléguée au plan psychiatrique et ses suites sont en relation de causalité adéquate avec l'événement accidentel de février 2011.

**b)** Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, 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 138 V 248 consid. 4 ; 127 V 102 consid. 5b/bb ; 118 V 286 consid. 3a ; TF 8C\_220/2016 du 10 février 2017 consid. 7.3 ; 8C\_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1). Ainsi, l'examen du rapport de causalité adéquate est superflu lorsque, sur la base de l'appréciation médicale, le lien de causalité naturelle entre l'événement assuré et les

troubles signalés n'a pas été prouvé à tout le moins selon le critère de la vraisemblance prépondérante (ATF 119 V 335 consid. 4c).

Il en va différemment lorsqu'il convient de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique, la jurisprudence ayant dégagé des critères objectifs pour juger d'un tel lien (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 ; TF 8C\_464/2014 du 17 juillet 2015 consid. 5.1 ; 8C\_651/2014 du 31 août 2015 consid. 6.1).

Dans ce cas, il faut d'abord classer les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité, les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa ; 115 V 403 consid. 5c/aa ; TF 8C\_804/2014 du 16 novembre 2015 consid. 3.1). Sont déterminantes les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent. La gravité des lésions subies - qui constitue l'un des critères objectifs définis par la jurisprudence pour juger du caractère adéquat du lien de causalité - ne doit être prise en considération à ce stade de l'examen que dans la mesure où elle donne une indication sur les forces en jeu lors de l'accident (TF 8C\_816/2012 du 4 septembre 2013 consid. 7.2 et les références citées).

Dans le cas d'un accident insignifiant ou de peu de gravité, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques doit, en règle ordinaire, être d'emblée niée. Dans les cas d'un accident grave, l'existence d'une relation adéquate doit en règle générale être admise, sans même qu'il soit nécessaire de recourir à une expertise psychiatrique. 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 (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 ; TF

8C\_804/2014 du 16 novembre 2015 consid. 4.1 ; 8C\_651/2014 du 31 août 2015 consid. 6.1) :

- 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 en cours de guérison et les 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. De manière générale, lorsque l'on se trouve en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut un cumul de trois critères sur les sept susmentionnés ou au moins que l'un des critères retenus se soit manifesté de manière particulièrement marquante pour l'accident. En revanche, en présence d'un accident apparaissant comme l'un des plus graves de la catégorie intermédiaire, à la limite de la catégorie des accidents graves, un seul des sept critères peut être suffisant. 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 de l'accident puisse être admis (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 ; TF 8C\_804/2014 du 16 novembre 2015 consid. 4.1 ; 8C\_651/2014 du 31 août 2015 consid. 6.1).

**c)** Le requérant soutient en se référant en particulier aux rapports de son psychiatre traitant, le Dr G.\_\_\_\_\_, qu'il présente des troubles au plan psychiatrique affectant sa capacité de travail et qui sont en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'événement accidentel du 17 février 2011.

A cet égard toutefois, s'il est établi que les Drs M. \_\_\_\_\_ et G. \_\_\_\_\_ ont retenu un trouble dépressif sévère en 2014 (cf. rapports du Dr M. \_\_\_\_\_ du 25 février 2014 et du Dr G. \_\_\_\_\_ du 22 décembre 2014), le Dr B.C. \_\_\_\_\_ qui a été mandaté pour expertiser le recourant par l'OAI a pour sa part constaté à la suite de son examen du 7 novembre 2016 que désormais, l'intéressé ne présentait plus de symptomatologie suffisante pour justifier un état dépressif, même léger. Ce spécialiste a en particulier relevé que l'assuré ne suivait aucun traitement médicamenteux, ses plaintes et leurs répercussions sur la vie quotidienne étant exagérées et démonstratives. Le rapport d'expertise du Dr B.C. \_\_\_\_\_ a été établi à la suite d'un examen de l'assuré de près de quatre heures ; des tests psychométriques ont été réalisés, et le Dr B.C. \_\_\_\_\_ s'est de surcroît entretenu durant trente minutes avec le Dr G. \_\_\_\_\_. Après avoir résumé de façon très détaillée le dossier de l'assuré, le Dr B.C. \_\_\_\_\_ a résumé son histoire personnelle, l'accident et ses suites, ses plaintes et sa situation actuelle, en prenant soin de décrire en particulier dans ce cadre ce qu'il en est de son logement, de sa situation financière, et de sa vie sociale. Le Dr B.C. \_\_\_\_\_ a encore interrogé le recourant sur le déroulement d'une de ses journées type. Après avoir décrit avec soin son status psychique, l'expert est parvenu à la conclusion que le recourant ne présente aucune atteinte incapacitante au plan psychiatrique, retenant sans effet sur la capacité de travail les diagnostics de trouble de l'adaptation, réaction dépressive prolongée, actuellement en rémission, existant depuis la fin de l'année 2012 et devenu important en 2013, ainsi que de personnalité dyssociale et narcissique existant depuis l'adolescence. Certes le recourant reproche à l'expert son manque d'objectivité. Il ne peut toutefois être suivi dans cette affirmation : le fait que le Dr B.C. \_\_\_\_\_ ait constaté une divergence considérable entre les douleurs décrites par l'assuré et son comportement rejoint les observations de plusieurs médecins, dont le Dr V. \_\_\_\_\_ ; il en va de même s'agissant du caractère exagéré et démonstratif des plaintes concernant l'ampleur du handicap et ses répercussions sur la vie quotidienne. A cet égard, le Dr B.C. \_\_\_\_\_ a constaté que bien que l'assuré décrive une douleur de sa cheville droite, celle-ci ne pouvait être

considérée comme intense, car aucun signe algique n'avait été perceptible au cours d'un examen de plus de trois heures et demie. Les douleurs qu'il décrivait survenaient en moyenne une fois par jour, elles ne duraient jamais longtemps et elles n'étaient pas fortes : elles ne correspondaient dès lors pas à la définition de « Douleur persistante, intense », ni à « en permanence et presque tous les jours ». Finalement, de l'avis de l'expert, c'était ainsi les fonctionnements liés au trouble de la personnalité qui pouvaient constituer des entraves à un fonctionnement professionnel optimal. Toutefois ces limitations n'avaient pas empêché l'assuré de travailler jusqu'en 2011, si bien qu'il n'y avait aucune raison de retenir qu'elles soient devenues handicapantes ni le deviennent à l'avenir. L'expertise du Dr B.C.\_\_\_\_\_ est pleinement probante. Certes le Dr G.\_\_\_\_\_ fait état d'un trouble de l'adaptation incapacitant dans son rapport du 13 mars 2017 ; toutefois l'appréciation de ce médecin, psychiatre traitant de l'assuré, doit être considérée avec réserve vu le lien de confiance qui le lie à son patient. L'expert a au demeurant fait état avec précision des raisons pour lesquelles il a estimé que le trouble de l'adaptation était sans effet sur la capacité de travail. Le Dr G.\_\_\_\_\_ n'exclut au demeurant pas que son patient puisse entrer dans une démarche de reconversion professionnelle, rejoignant en cela le Dr B.C.\_\_\_\_\_ qui a relevé que des mesures de réadaptation étaient exigibles. En outre, il est constant que le mandat d'un expert psychiatre n'est pas analogue au rôle d'un thérapeute traitant. Il ne peut dès lors être fait grief à l'expert d'avoir relevé le caractère incohérent des allégations de l'assuré. Du reste, le Dr G.\_\_\_\_\_ admet que son rôle ne consiste pas à vérifier les dires de ses patients, mais entendre « leur vérité ». Cette divergence d'approche inhérente au mandat thérapeutique ne permet toutefois pas de remettre en cause les constatations de l'expert B.C.\_\_\_\_\_.

Les observations du Dr R.S.\_\_\_\_\_ produites avec les déterminations complémentaires du recourant ne remettent pas en cause la fiabilité et la pertinence de l'expertise. En effet, elles doivent également être appréciées avec réserve dès lors que ce médecin exerce un suivi du recourant avec lequel il a tissé un lien de confiance. Au demeurant, le Dr

R.S.\_\_\_\_\_ pose des diagnostics qui ne sont pas étayés et il ne résulte pas de ses rapports que la situation du recourant ait été appréhendée dans son ensemble dans une étude circonstanciée, ni que les rapports se fondent sur des examens complets. En outre, les douleurs évoquées sont connues et ont été examinées et prises en compte dans l'appréciation de l'expert. On relève que le Dr R.S.\_\_\_\_\_ se garde de se prononcer sur une éventuelle incapacité de travail, indiquant qu'une évaluation de capacité fonctionnelle faite par le Service de rhumatologie du R.\_\_\_\_\_ *peut* être évoquée avec le recourant. Puis, à titre de traitement, le Dr R.S.\_\_\_\_\_ suggère une prise en charge psychologique afin de mieux gérer la situation sociale très difficile du recourant car une prise en charge interventionnelle, selon décision du chirurgien, *peut* être envisagée. Ces considérations ne sont pas argumentées et n'émettent que des suppositions sur des éléments qui ont été étudiés par l'expert. Les rapports médicaux du Dr R.S.\_\_\_\_\_ n'apportent ainsi aucun élément nouveau permettant de remettre en cause les considérations de l'expert. D'ailleurs, la Dresse D.E.\_\_\_\_\_ a procédé à un nouvel examen à la suite des rapports médicaux du Dr R.S.\_\_\_\_\_ et arrive aux mêmes conclusions que les Drs V.\_\_\_\_\_ et T.\_\_\_\_\_. En particulier, la Dresse D.E.\_\_\_\_\_ a confirmé que les douleurs décrites par le recourant n'avaient pas de substrat clinique. Son appréciation tient compte de l'ensemble de la situation du recourant.

On relèvera enfin pour autant que de besoin que l'expertise a été effectuée en langue Y.\_\_\_\_\_, sans interprète, l'expert psychiatre s'étant directement entretenu en Y.\_\_\_\_\_ avec le recourant.

Il y a finalement lieu de retenir que le recourant ne présente pas d'atteinte invalidante au plan psychiatrique. Cela étant, et par surabondance, on relèvera que même dans l'éventualité où une telle atteinte existait, la relation de causalité adéquate entre celle-ci et l'événement accidentel devrait quoi qu'il en soit être niée, pour les raisons décrites ci-après.

Pour procéder à la classification des accidents selon leur gravité, 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 (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa ; 115 V 403 consid. 5c/aa ; TF 8C\_804/2014 du 16 novembre 2015 consid. 3.1). Sont déterminantes les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent. La gravité des lésions subies - qui constitue l'un des critères objectifs définis par la jurisprudence pour juger du caractère adéquat du lien de causalité - ne doit être prise en considération à ce stade de l'examen que dans la mesure où elle donne une indication sur les forces en jeu lors de l'accident (TF 8C\_816/2012 du 4 septembre 2013 consid. 7.2 et réf. cit.).

En l'occurrence, l'accident doit être qualifié d'accident de gravité moyenne, à la limite inférieure de la catégorie, comme l'a retenu l'intimée (cf. dans le même sens TF U 53/01 du 16 octobre 2001, concernant un soudeur qui avait chuté en arrière d'une hauteur estimée à 2 mètres). D'après la casuistique en matière de chutes d'une certaine hauteur, ont été considérées comme faisant partie de la limite supérieure de la catégorie des accidents de gravité moyenne, les chutes qui se sont produites d'une hauteur entre 5 et 8 mètres et qui ont entraîné des lésions osseuses relativement sévères (voir les arrêts publiés à la RAMA 1999 n° U 330 p. 122 consid. 4b/bb et RAMA 1998 n° U 307 p. 448 consid. 3a). Le recourant ne peut dès lors être suivi lorsqu'il affirme que l'accident se situerait à la limite supérieure des accidents de gravité moyenne. Par ailleurs, l'événement accidentel en lui-même, d'un point de vue objectif, n'a pas généré de force particulière. La lésion subie n'a du reste pas été conséquente, puisqu'elle a consisté en une fracture de la cheville.

Partant, il faut un cumul de quatre critères au moins parmi les sept consacrés par la jurisprudence ou que l'un des critères se manifeste avec une intensité particulière pour qu'on puisse admettre le caractère adéquat de l'atteinte psychique (voir arrêt 8C\_566/2013 du 18 août 2014 consid. 6.1 et la référence).

Le recourant ne soutient à juste titre pas que l'accident a revêtu un caractère particulièrement impressionnant : tel n'est manifestement pas le cas en l'espèce, s'agissant d'une chute de 80 centimètres selon la déclaration d'accident, respectivement de 1,80 mètre, voire 2 mètres, selon les déclarations de l'assuré. L'assuré n'a du reste pas perdu connaissance, mais a indiqué avoir immédiatement crié, ses collègues étant alors arrivés auprès de lui. Quant aux lésions physiques, comme relevé ci-dessus, elles n'ont finalement consisté qu'en une fracture de la cheville droite (la lésion oculaire s'étant résolue spontanément peu après l'accident) qui, si elle s'est compliquée par la suite, n'est cependant pas selon l'expérience de nature à entraîner des troubles psychiques. Il est en outre établi qu'il n'y a pas eu d'erreurs dans le traitement médical ayant entraîné une aggravation notable des séquelles de l'accident, le constat d'échec évoqué par la Dresse S. \_\_\_\_\_ ne permettant pas d'admettre que de telles erreurs ont été commises (cf. dans le même sens 8C\_755/2012 du 23 septembre 2013 consid. 4.2.4). La Dresse D.E. \_\_\_\_\_ a également confirmé que le traitement orthopédique était bienfondé et qu'on ne saurait parler de complication sur ce plan. Elle a relevé que les constatations cliniques n'étaient pas compatibles avec un status séquellaire d'un SDRC. Elle a en outre souligné que le remaniement arthroscopique très localisé ne pouvait pas expliquer la symptomatologie douloureuse intense et très limitante lors de la charge du membre inférieur droit du recourant.

Pour l'examen du critère de la durée anormalement longue du traitement médical, il ne faut pas uniquement se fonder sur l'aspect temporel ; sont également à prendre en considération la nature et l'intensité du traitement, et si l'on peut en attendre une amélioration de l'état de santé de l'assuré (arrêts 8C\_361/2007 du 6 décembre 2007 consid. 5.3, U 92/06 du 4 avril 2007 consid. 4.5 et les références). La prise de médicaments antalgiques et la prescription de traitements par manipulations même pendant une certaine durée ne suffisent pas à fonder ce critère (arrêts 8C\_361/2007 consid. 5.3, U 380/04 du 15 mars 2004 consid. 5.2.4 in RAMA 2005 n° U 549 p. 239). Or en l'espèce, sur la durée, l'intensité n'a pas été telle que l'on puisse parler d'un traitement

anormalement long, ce dernier ayant consisté en une réduction et ostéosynthèse le 28 février 2011, l'ablation des vis le 6 mai 2011, puis une AMO le 17 février 2012. Le traitement impliquant des interventions chirurgicales a donc duré une année. Si par la suite une intervention a été envisagée, elle n'a finalement pas eu lieu. Pour le surplus, le recourant a fait de la physiothérapie à fonction conservatrice. On rappellera que lorsque l'administration d'une médication a essentiellement pour finalité de soulager les douleurs et non de traiter - en l'occurrence la cheville, - elle ne saurait entrer en ligne de compte dans l'examen du critère de la durée du traitement médical (cf. arrêt 8C\_361/2007 consid. 5.3). Il convient également de retenir avec l'intimée que si l'incapacité de travail a perduré, c'est avant tout en raison des douleurs alléguées, associées à un état psychique défavorable (TF U53/01 du 16 octobre 2001). A cela s'ajoute qu'il n'y a pas eu à la suite des traitements administrés au recourant de complications importantes. Certes les traitements n'ont pas permis de le soulager comme il le souhaitait, mais ils n'ont pas péjoré son état. Au demeurant, plusieurs médecins se sont interrogés sur l'importance des plaintes compte tenu de la nature de la lésion en cause : le Dr V.\_\_\_\_\_ en août 2012 estimait déjà que l'attitude du recourant laissait songeur en présence de lésions objectives finalement assez minces. Quant au Dr T.\_\_\_\_\_, il notait dans son rapport du 14 octobre 2013 que le comportement du patient n'était pas forcément encourageant et ne laissait pas augurer de suites faciles. S'agissant des douleurs physiques persistantes, et du degré et de la durée de l'incapacité due aux lésions physiques, il est douteux que ces deux critères suffisent à retenir l'existence d'un lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques allégués et l'événement accidentel. S'agissant des douleurs, on relèvera que la compliance médicamenteuse a été relative, le recourant ayant en particulier interrompu rapidement la prise d'un antidépresseur, quand bien même les médecins - psychiatres et somaticiens - s'accordaient sur l'opportunité d'introduire une telle médication, à tout le moins en 2014. Pour le surplus, il ressort de l'expertise du Dr B.C.\_\_\_\_\_ que les douleurs ne surviennent en moyenne qu'une fois par jour, ne durent jamais longtemps et ne sont pas fortes. Il est dès lors douteux que ce critère puisse être retenu. Il en va finalement de même du critère du degré et de

la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques, dans la mesure où il apparaît que c'est un état psychique défavorable qui a prédominé. Quant aux arrêts dont se prévaut le recourant, ils ne permettent pas d'arriver à une autre conclusion.

Dans ces circonstances, et dans l'éventualité, non réalisée comme indiqué ci-dessus, où les troubles psychiques du recourant devaient être qualifiés d'incapacitants, il y aurait quoi qu'il en soit lieu de nier l'existence d'un lien de causalité adéquate entre ceux-ci et l'événement accidentel du 17 février 2011.

**7.** Le recourant a contesté le taux d'IPAI fixé par l'intimée.

**a)** Selon l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique par suite de l'accident a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. Aux termes de l'art. 36 al. 1 OLAA, une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie ; elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 à l'OLAA (art. 36 al. 2 OLAA). Cette annexe comporte un barème - reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 124 V 29 consid. 1b, 209 consid. 4a/bb; TF 8C\_451/2009 du 18 août 2010 consid. 3.2) - des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent. Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, compte tenu de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 annexe 3 OLAA).

**b)** En l'espèce, aucun élément au dossier ne permet de s'écarter du taux d'IPAI de 15% en lien avec l'atteinte à la cheville droite. Ce taux correspond à celui fixé par le Dr V. \_\_\_\_\_ à la suite de son examen de l'assuré du 19 janvier 2015. A cette occasion, il a constaté qu'objectivement, la cheville droite était d'aspect strictement normal,

avec toutefois une arthrose tibio-talienne débutante et surtout tibio-fibulaire. Pour le Dr V.\_\_\_\_\_, le status était cependant avant tout compatible avec une décharge quasi systématique du membre inférieur droit. Dans ces circonstances, c'est à juste titre que ce médecin s'est référé à la table 5 du barème de l'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA, et a retenu un taux de 10% à ce titre, en présence d'une arthrose encore modérée de la cheville droite. C'est également de façon non critiquable qu'il a ajouté 5% supplémentaire, afin de prendre en compte une certaine aggravation prévisible et surtout le fait qu'une arthrodèse a été envisagée en raison de l'importance des douleurs avancées. Le rapport du Dr X.\_\_\_\_\_ du 11 octobre 2016 ne remet pas en cause cette appréciation, dans la mesure où il se limite à affirmer que c'est un taux de 40% qui devrait être retenu vu l'arthrose de la cheville, sans autre précision.

**8.** Dans un dernier moyen, le recourant conteste les revenus avec et sans invalidité retenus par la CNA dans le cadre de l'évaluation de son préjudice économique. A ses yeux, le revenu sans invalidité aurait dû se monter à 70'200 fr. en lieu et place de 70'161 francs. Pour le surplus, les DPT ne seraient pas appropriées, et c'est sur la base de l'ESS que le revenu d'invalidité aurait dû être évalué, en tenant compte d'un abattement de 15%, ce qui selon le recourant aurait conduit à un revenu avec invalidité de 54'259 fr. 75 qui, comparé au revenu sans invalidité, aboutit à retenir un taux d'incapacité devant être arrondi à 23%.

**a)** Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4 et 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C\_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1).

De jurisprudence constante, en l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible -, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base des données salariales résultant des DPT ou sur les données statistiques issues de l'ESS (ATF 139 V 592 consid. 2.3 p. 593; 135 V 297 consid. 5.2; 129 V 472 consid. 4.2.1 et les références).

Pour que le revenu d'invalidé corresponde aussi exactement que possible à celui que l'assuré pourrait réaliser en exerçant l'activité que l'on peut raisonnablement attendre de lui (ATF 128 V 29 consid. 1), l'évaluation dudit revenu doit nécessairement reposer sur un choix large et représentatif d'activités adaptées au handicap de la personne assurée. C'est pourquoi la jurisprudence impose, en cas de recours aux DPT, la production d'au moins cinq d'entre elles (ATF 129 V 472 consid. 4.2.2 ; TF 8C\_809/2008 du 19 juin 2009 consid. 4.2.2 et 8C\_4/2008 du 25 juin 2008 consid. 3.2). La jurisprudence exige de plus la communication du nombre total des postes de travail pouvant entrer en considération d'après le type de handicap de l'assuré, ainsi que du salaire le plus haut, du salaire le plus bas et du salaire moyen du groupe auquel il est fait référence (ATF 129 V 472 ; TF 8C\_809/2008 précité consid. 4.2.2). Il s'agit d'assurer une certaine représentativité des DPT produites et de garantir le respect du droit d'être entendu du recourant (ATF 129 V 472 ; TF 8C\_809/2008 précité consid. 4.2.2). De jurisprudence constante, dans le cadre de la méthode des DPT, aucune réduction liée à la situation personnelle et professionnelle (limitations liées au handicap, à l'âge, aux années de service, à la nationalité/permis de séjour et taux d'occupation, qui permettent un taux d'abattement global de 25% au maximum sur le revenu statistique, TF 8C\_800/2015 du 7 juillet 2016 consid. 3.4.2) n'est possible, contrairement à ce qui est admis dans la méthode fondée sur l'ESS (ATF 139 V 592 consid. 7.3, ATF 129 V 472 consid. 4.2.3). En effet, dans le cadre de la méthode des DPT, les différents éléments précités doivent être pris en compte dans le cadre du choix du salaire de référence entre le revenu

minimum et le revenu maximum mentionnés dans les DPT retenues (ATF 139 V 592 consid. 7.3, ATF 129 V 472 consid. 4.2.3).

**b)** En l'espèce, le revenu sans invalidité doit être arrêté à 70'217 fr. 10, ce montant correspondant au salaire mensuel de l'assuré en 2014 de 5'400 fr. tel qu'indiqué à la CNA par l'employeur le 23 janvier 2015, servi treize fois l'an et indexé à 2015.

S'agissant du salaire avec invalidité, le recourant a critiqué le caractère exigible des activités décrites dans les DPT produites par la CNA, et a fait valoir que les DPT présentaient quoi qu'il en soit un écart entre la plus basse et la plus haute de plus de 10%, contraire à la jurisprudence. Il a ainsi soutenu que le revenu d'invalidité aurait dû être fondé sur l'ESS.

Ainsi à suivre l'assuré, selon lequel les DPT auxquelles la CNA s'est référée ne sont pas compatibles avec les limitations fonctionnelles, il faudrait alors retenir un revenu mensuel de 5'312 fr., fondé sur le tableau TA1, niveau de compétences 1, des ESS 2014, puis adapter ce salaire à la durée hebdomadaire normale de travail en 2014 (41,7 heures) et à l'évolution des salaires de 2014 à 2015 (+0,40%), ce qui correspond à un salaire annuel de 66'719 francs. Toutefois, c'est alors un abattement de 10% qui devrait être retenu pour tenir compte des limitations fonctionnelles, et non de 15% comme le plaide le recourant, qui conduit à retenir un revenu d'invalidité de 60'047 fr. 04, supérieur à celui de 58'608 fr. retenu par la CNA sur la base des DPT contestées. Après comparaison des revenus (revenu sans invalidité : 70'200 fr. ; revenu d'invalidité : 60'047 fr. 04.), il en résulterait un degré d'invalidité de 14,48%, lui aussi inférieur à celui de 16% retenu dans la décision attaquée, laquelle sera dès lors confirmée sur ce point, sans qu'une *reformatio in pejus* ne se justifie *in casu*.

Dans ses déterminations du 23 avril 2018, le recourant fait valoir que l'intimée aurait dû sélectionner les DPT suivantes :

- DPT n° 11554, comme contrôleur auprès de [...], à [...], prévoyant un revenu annuel moyen de 50'830 francs ;

- DPT n° 9465967, comme angleur, auprès de [...], au [...] (sous la seule réserve de la durée du trajet), retenant un revenu annuel moyen de 51'320 francs ;
- DPT n° 7077, comme monteur an appareil, auprès de l'entreprise [...] à [...], retenant un salaire annuel moyen de 54'900 francs ;
- DPT n° 438406, comme polisseur, dans l'entreprise [...], à [...], moyennant un salaire annuel de 55'150 francs ;
- DPT n° 5062, en tant que collaborateur de production auprès de [...], aux [...], retenant un salaire mensuel moyen de 57'070 fr., sous la réserve toutefois que cette DPT pourrait impliquer des stations debout non négligeables et des déplacements assez importants.

On relève d'emblée que le recourant émet des réserves pour deux de ses propositions de DPT, de sorte que celles-ci ne sauraient être suivies. En outre, le recourant ne dit pas en quoi les DPT prises en considération par l'intimée ne seraient pas compatibles avec ses limitations fonctionnelles. Tel n'est pas le cas puisqu'elles tiennent compte de ces restrictions, à savoir les charges moyennes, la station debout prolongée et les longs trajets, surtout en terrain inégal. Ce moyen est par conséquent également mal fondé.

**9.** Le dossier étant complet, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, on ne voit pas en quoi la mise en œuvre d'une expertise avec volets psychiatrique et orthopédique, voire rhumatologique, telle que sollicitée par l'intéressé serait de nature à modifier les considérations qui précèdent. Il y a donc lieu d'y renoncer, par appréciation anticipée des preuves (cf. ATF 122 II 464 consid. 4a ; cf. TF 8C\_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2 et TF 9C\_440/2008 du 5 août 2008).

**10. a)** En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

**b)** La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA ; art. 4 al. 3 TFJDA [tarif vaudois du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en

matière administrative ; RSV 173.36.5.1]), il n'y a pas lieu de percevoir des frais judiciaires.

N'obtenant pas gain de cause, le recourant n'a pas droit à des dépens, pas plus que l'intimée en sa qualité d'assureur social (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205).

Le recourant bénéficie en outre, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me David Métille (art. 118 al. 1 let. c CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Ce dernier a produit une liste de ses opérations, datée du 23 avril 2018 et totalisant 35 heures et 15 minutes. Vérifiée d'office, cette liste doit être approuvée. L'indemnité d'office sera dès lors fixée à 6'919 fr. 10 (débours par 69 fr. 20 et TVA par 504 fr. 90 compris).

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

- I. Le recours formé le 7 mars 2016 par H. \_\_\_\_\_ est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue le 4 février 2016 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.
- IV. L'indemnité d'office de Me David Métille, conseil d'H. \_\_\_\_\_, est arrêtée à 6'919 fr. 10 (six mille neuf cent dix-neuf francs et dix centimes), débours et TVA compris.
- V. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 al. 1 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.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me David Métille (pour le recourant),
- Me Didier Elsig (pour l'intimée),
- 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 :