

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 19 juin 2024

---

Composition : Mme GAURON-CARLIN, présidente  
Mme Livet, juge, et Mme Silva, assesseure  
Greffière : Mme Mestre Carvalho

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**G.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Olivier Carré, avocat à  
Lausanne,

et

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

---

**Art. 4 LPGA ; art. 6 et 19 LAA.**

**E n f a i t :**

**A.** G. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant kosovar né en 1977, sans formation professionnelle, a été employé du 20 juin au 30 novembre 2016 en tant que chauffeur-livreur pour le compte du garage O. \_\_\_\_\_ Sàrl. Pour cette période, il était en conséquence 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).

L'assuré a été victime d'un accident de voiture le 6 août 2016 au Kosovo. Il a ensuite été transféré au Centre hospitalier [...] (ci-après : le Centre hospitalier Z. \_\_\_\_\_), à [...], le 8 août 2016.

Dans le cadre de cette prise en charge, la Dre M. \_\_\_\_\_, médecin assistante au Service d'orthopédie et traumatologie du Centre hospitalier Z. \_\_\_\_\_, a diagnostiqué le 19 août 2016 une fracture du talus de type Hawkins I à gauche et des contusions costales, précisant qu'un traitement conservateur était mis en place. Le 22 août 2016, les Drs S. \_\_\_\_\_, chef de clinique adjoint au Service d'orthopédie et traumatologie du Centre hospitalier Z. \_\_\_\_\_, et M. \_\_\_\_\_ ont plus précisément fait état d'une fracture du talus gauche de type Hawkins I multifragmentaire et d'une contusion costale gauche à la suite d'un accident de la voie publique le 6 août 2016 avec choc latéral gauche. Le 28 octobre 2016, le Dr A. \_\_\_\_\_, médecin assistant au Service d'orthopédie et traumatologie du Centre hospitalier Z. \_\_\_\_\_, a en particulier mentionné un probable PTSD ("*post-traumatic stress disorder*").

A teneur d'un rapport médical intermédiaire du 8 décembre 2016, le Dr E. \_\_\_\_\_, médecin généraliste traitant, a posé les diagnostics de status post fracture du talus gauche, de trouble de l'adaptation avec humeur anxieuse et dépressive et de status post contusion costale.

Aux termes d'un rapport du 25 janvier 2017, les Drs F. \_\_\_\_\_ et J. \_\_\_\_\_, respectivement médecin chef et chef de clinique au Service d'orthopédie et traumatologie du Centre hospitalier Z. \_\_\_\_\_, ont signalé la persistance d'une douleur et d'une raideur marquée de la cheville, avec un déplacement secondaire de la fracture.

En date du 14 mars 2017, l'assuré s'est annoncé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI).

Par rapport du 29 mars 2017, le Dr D. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a évoqué des douleurs résiduelles de l'arrière-pied gauche sur status après fracture déplacée du col de l'astragale de la cheville gauche et un status après traitement conservateur avec développement d'une malunion et probable réaction de Sudeck. Un traitement chirurgical par arthrodèse correctrice de la sous-astagalienne et résection de la partie dorsale du col de l'astragale était préconisé. Dans un compte-rendu du 8 mai 2017, le Dr D. \_\_\_\_\_ a ajouté qu'un stress psychologique s'additionnait aux douleurs.

L'assuré a séjourné du 21 février au 22 mars 2017 auprès de la Clinique [...] (ci-après : la Clinique C. \_\_\_\_\_). Dans ce contexte, l'intéressé a plus spécifiquement fait l'objet d'un consilium psychiatrique établi le 23 février 2017 par la Dre P. \_\_\_\_\_, cheffe de clinique auprès du Service de psychosomatique de la Clinique C. \_\_\_\_\_, faisant état d'un trouble de l'adaptation avec symptomatologie anxieuse de type PTSD, dite symptomatologie était principalement responsable d'une altération du sommeil depuis l'accident. Dans un rapport de synthèse du 17 mai 2017, les Drs N. \_\_\_\_\_ et W. \_\_\_\_\_, respectivement chef de clinique et médecin assistante auprès du Service de réadaptation de l'appareil locomoteur de la Clinique C. \_\_\_\_\_, ont retenu les diagnostics de probable syndrome douloureux régional complexe (SDRC ou CRPS) du pied et de la cheville gauches, fracture multifragmentaire du talus gauche et traumatisme crânien à la suite de l'accident du 6 août 2016, ainsi que de trouble de l'adaptation avec symptômes anxieux de type PTSD. Ils ont précisé que le diagnostic de probable CRPS était fondé sur la présentation

clinique ainsi que sur l'aspect radiologique et scintigraphique. Ils ont en outre relevé, sur le plan psychiatrique, que l'assuré restait très centré sur les douleurs, en attente d'une réparation pour le tort subi lors de l'accident, et semblait disposer de peu de ressources pour gérer la douleur et permettre la mise en place d'un programme de rééducation efficace. Ils ont souligné que des facteurs contextuels (absence de qualification et de contrat de travail) et psychologiques (patient très centré sur la douleur, au comportement démonstratif, présentant une kinésiophobie et une catastrophisation élevée) influençaient négativement les aptitudes fonctionnelles, chez un assuré sous-estimant le niveau d'activité qu'il pouvait réaliser.

En date du 25 août 2017, le Dr D.\_\_\_\_\_ a procédé à une arthrodèse de l'articulation sous-astragalienne du pied gauche, avec plastie d'os spongieux autologue du tibia proximal gauche et résection des ostéophytes du col de l'astragale du pied gauche. Dans des rapports des 8 septembre et 6 octobre 2017, il a fait état d'une évolution postopératoire favorable. Le 29 novembre 2017, ce médecin a décrit une évolution lentement favorable, avec la persistance de douleurs diffuses probablement d'ordre neuropathiques. Par rapport du 17 janvier 2018, ledit spécialiste a confirmé une évolution favorable, avec des douleurs importantes au niveau des tissus mous difficilement explicables morphologiquement. Dans un compte-rendu du 16 avril 2018, le Dr D.\_\_\_\_\_ a évoqué une évolution plutôt stationnaire, avec des douleurs difficilement explicables morphologiquement. A la suite d'un Spect-CT réalisé le 25 avril 2018, le Dr D.\_\_\_\_\_ a exposé, dans un rapport du 4 mai suivant, que cet examen avait permis d'exclure « *en principe* » une réaction de Sudeck, qu'une nette discrépance était par ailleurs notée entre les symptômes du patient et les résultats objectifs et que, afin d'exclure une réaction infectieuse au niveau du col de l'astragale (hypothèse ne correspondant cependant pas du tout à l'examen clinique), une scintigraphie aux granulocytes allait être organisée. Aux termes d'un rapport du 29 mai 2018, le Dr D.\_\_\_\_\_ a exposé que l'évolution était stationnaire, que l'examen scintigraphique aux granulocytes avait permis d'exclure un problème infectieux au niveau de l'arrière-pied gauche, que

l'intensité des douleurs décrites par le patient en infra-malléolaire des deux côtés demeurait inexplicquée et qu'il n'y avait pour le moment pas d'autre possibilité sur le plan orthopédique.

En parallèle, le 8 février 2018, le Dr K.\_\_\_\_\_, médecin dentiste, a signalé à la CNA que l'assuré présentait des douleurs accompagnées de craquements au niveau de l'articulation temporo-mandibulaire gauche depuis l'accident du 6 août 2016. S'étant vu soumettre le cas, le Dr H.\_\_\_\_\_, médecin dentiste-conseil de la CNA, a estimé le 30 avril 2018 qu'une origine traumatique était peu vraisemblable.

A la suite d'un avis du Dr R.\_\_\_\_\_ du 26 juillet 2018 préconisant un nouveau séjour à la Clinique C.\_\_\_\_\_, l'assuré a été hospitalisé du 28 août au 18 septembre 2018 auprès de ladite clinique. Dans ce contexte, l'intéressé a en particulier fait l'objet d'un consilium psychiatrique établi le 29 août 2018 par le Dr BB.\_\_\_\_\_, médecin associé au Service de psychosomatique de la Clinique C.\_\_\_\_\_, concluant à la persistance d'un trouble de l'adaptation avec symptômes de type PTSD, le patient présentant toujours des symptômes émotionnels et comportementaux faisant évoquer un stress post-traumatique sans pour autant réunir les critères d'un PTSD. Un électroneuromyogramme (ENMG) a par ailleurs été réalisé le 7 septembre 2018, sur la base duquel le Dr AA.\_\_\_\_\_, médecin consultant au Service de réadaptation en neurologie de la Clinique C.\_\_\_\_\_, a conclu le 13 septembre 2018 à l'absence d'atteinte tronculaire du membre inférieur gauche consécutive au traumatisme subi mais a en revanche fait état d'une altération globale de la conduction sensitive des deux membres inférieurs, compatible avec une polyneuropathie axonale sensitive nécessitant la réalisation d'un bilan étiologique. Dans leur rapport de synthèse du 14 septembre 2018, les Drs N.\_\_\_\_\_ et O.\_\_\_\_\_, médecin assistante au sein dudit service, ont retenu les diagnostics de polyneuropathie axonale sensitive des membres inférieurs, d'arthrose tibio-talienne postérieure débutante, de probable syndrome douloureux régional complexe au pied et à la cheville gauches en mars 2017, au décours, de fracture multifragmentaire du talus gauche

et traumatisme crânien à la suite de l'accident du 6 août 2016, ainsi que de trouble de l'adaptation avec symptômes de type PTSD. Ils ont en particulier exposé ce qui suit :

"Les diagnostics suivants ont été posés au cours du séjour :

Sur le plan orthopédique : **arthrose tibio-talienne postérieure débutante** (cf. CT-scan de la cheville du 31.08.2018). L'arthrodèse paraît consolidée et la présence de cartilage au-dessus de la vis parle contre un conflit intra-articulaire [...].

Sur le plan neurologique : **polyneuropathie axonale sensitive des membres inférieurs (cf. ENMG du 07.09.2018)**, sans lien avec l'accident. Le bilan étiologique est pour l'heure négatif (pas de déficit vitaminique, sérologies négatives (VIH, hépatites B, C et Lyme), pas de syndrome inflammatoire). La glycémie devrait encore être contrôlée. Une polyneuropathie génétique pourrait être évoquée au vu du jeune âge du patient. Vu cette découverte une nouvelle évaluation neurologique, avec un ENMG de contrôle[,] est recommandée dans six mois auprès d'un neurologue [...].

Sur le plan psychiatrique, le diagnostic de trouble de l'adaptation avec symptômes de type PTSD est toujours retenu (cf. consilium du 29.08.2018). [...] L'état psychique de M. G.\_\_\_\_\_ est largement superposable à ce qu'il était lors de son premier séjour en 2017 avec des plaintes similaires concernant sa thymie. Le contexte social reste compliqué, avec selon le patient une cohabitation forcée chez son ex-femme en raison de difficultés économiques et une expertise médicale (en lien avec le procès du responsable de l'accident) qui doit avoir lieu d'ici la fin de l'année au Kosovo. [...], comme lors de son premier séjour, il semble attendre réparation pour le tort qu'il a subi et rester pour l'instant dans une position plutôt passive, ne notant aucun progrès, aucun soulagement possible et ne pouvant formuler aucun projet pour son futur. [...]

[...]

Sur le plan orthopédique il est retenu des douleurs du pied gauche, dont l'ampleur semble disproportionnée au vu de la bonne consolidation de l'arthrodèse sous-astragalienne. Il est exclu un conflit possible des vis d'arthrodèse au niveau de l'articulation tibio-talienne.

[...]

Les plaintes et limitations fonctionnelles ne s'expliquent pas principalement par les limitation objectives constatées pendant le séjour.

Des facteurs contextuels (catastrophisme élevé, sous-estimation de ses capacités fonctionnelles, attente de règlement judiciaire en lien avec son accident) et la personnalité du patient jouent un rôle important dans les plaintes et limitations fonctionnelles rapportées par le patient.

[...]

Des incohérences ont été relevées : force isométrique du quadriceps gauche à 10 kg, sans amyotrophie constatée. Mise en charge sur le MIG variable, avec notamment boiterie augmentée en piscine malgré la décharge, station unipodale droite (côté sain) non tenue.

Les limitations fonctionnelles définitives suivantes sont retenues : marche sur de longues distances ou en terrain accidenté ; [p]orts de charges répétés supérieure[s] à 10-15 kg.

La situation paraît stabilisée du point de vue médical.

Aucune nouvelle intervention n'est proposée. Le patient a été présenté à notre consultant chirurgien orthopédiste pour qui l'arthrodèse est consolidée et qui estime que la présence de cartilage talien parle en défaveur d'un conflit, chez un patient qui s'auto-limite.

Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité est défavorable (facteurs médicaux retenus après l'accident).

Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles ci-dessus est défavorable en lie[n] avec des facteurs contextuels (longueur de l'éloignement du monde du travail, absence de qualification, situation juridique en attente de résolution) chez un patient n'ayant pas de projet professionnel et qui s'estime invalide."

Aux termes d'un rapport du 6 novembre 2018, le Dr D. \_\_\_\_\_ a relevé que l'évolution était stationnaire, qu'une infiltration talo-naviculaire n'avait amené aucune amélioration et que la situation était avant tout évocatrice d'une prédominance de douleurs neuropathiques, voire d'une réaction sudeckoïde chronique. Dans un compte-rendu ultérieur du 20 décembre 2018, ce médecin a exposé que l'évolution demeurait stationnaire, avec la persistance de douleurs chroniques d'origine neuropathique présentant une très nette tendance à l'aggravation, et qu'en l'absence d'autre solution à apporter au patient sur le plan orthopédique, il y avait lieu de mettre l'accent sur un traitement de la douleur. Par la suite, dans un rapport du 11 mars 2019, le Dr D. \_\_\_\_\_ a indiqué que l'évolution restait inchangée, avec la persistance de douleurs probablement de type neuropathique sur l'ensemble de l'arrière-pied gauche, et qu'il n'y avait actuellement pas de solution sur le plan orthopédique.

Suite à un avis du Dr R. \_\_\_\_\_ préconisant la mise en œuvre d'un examen neurologique, l'assuré a été examiné le 7 juin 2019 par le Dr

DD.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie. Dans son rapport du même jour, le Dr DD.\_\_\_\_\_ a estimé que le bilan réalisé par ses soins était globalement superposable à celui effectué à la Clinique C.\_\_\_\_\_. Ainsi, il a fait mention de troubles algiques et sensitivo-moteurs retrouvés cliniquement, sans topographie tronculaire, au niveau du membre inférieur gauche ; au niveau du membre inférieur droit, il n'y avait en revanche aucune signe d'atteinte sensitivo-motrice et notamment aucun élément en direction d'une atteinte polyneuropathique. Sur la base de ces éléments, le Dr DD.\_\_\_\_\_ a conclu à la persistance de troubles sensitivo-moteurs pouvant avoir été déclenchés par un syndrome algoneurodystrophique mais avec actuellement un aspect très atypique évoquant d'importants facteurs de surcharge. Ledit médecin a ajouté qu'il n'y avait, selon lui, pas d'éléments cliniques clairement indicateurs d'une atteinte polyneuropathique significative, étant relevé que les résultats observés sur ce plan à la Clinique C.\_\_\_\_\_ pouvaient très vraisemblablement être expliqués par la tension du sujet qui faisait que les potentiels sensitifs - tout particulièrement les potentiels sensitifs des membres inférieurs - étaient généralement difficilement obtenables et/ou microvoltés dans ce type de situation.

A teneur d'un rapport du 25 juin 2019, le Dr D.\_\_\_\_\_ a mentionné que l'évolution demeurait stationnaire, avec la persistance de douleurs diffuses d'origine indéterminée montrant une discrédance avec les constatations cliniques et radiologiques. Il a confirmé que cette situation était, pour lui, évocatrice de douleurs d'origine neuropathique avec une tendance à l'aggravation.

Par courrier de son mandataire du 24 septembre 2019, l'assuré a contesté l'appréciation du Dr DD.\_\_\_\_\_, relevant que ce médecin faisait souvent polémique, et a évoqué l'opportunité d'une nouvelle évaluation neurologique.

Le 25 septembre 2019, l'assuré a été vu par le Dr R.\_\_\_\_\_. Dans son rapport y relatif daté du 30 septembre suivant, ce médecin a retenu les diagnostics de fracture du talus gauche avec arthrodèse sous-

astragaliennne du pied gauche, de syndrome douloureux régional complexe au décours et d'arthrose tibio-taliennne gauche modérée secondaire. Le Dr R.\_\_\_\_\_ a plus particulièrement fait état d'une évolution stationnaire, avec une raideur diffuse de la cheville, et d'une exacerbation de la symptomatologie douloureuse depuis quelques mois au niveau de la cheville et de l'arrière-pied gauches, un CT-scan ayant été requis par le Dr D.\_\_\_\_\_. Du fait de cette récente exacerbation, le Dr R.\_\_\_\_\_ a estimé que le cas n'était pas stabilisé.

Dans un rapport du 8 octobre 2019, le Dr D.\_\_\_\_\_ a exposé qu'un Spect-CT de l'arrière-pied gauche du 2 octobre précédent avait mis en évidence une zone d'hyper-captation au niveau de l'articulation talo-naviculaire du pied gauche, confirmant une arthrose symptomatique à ce niveau-là. Le Dr D.\_\_\_\_\_ a ajouté que cette arthrose pouvait expliquer une partie des symptômes présentés par le patient. Compte tenu de la persistance de douleurs diffuses généralisées et de l'absence de progrès au cours des derniers mois, il était prévu de procéder prochainement à une ablation des vis de l'articulation sous-astragaliennne et à une arthrodèse de l'articulation talo-naviculaire, ce qui permettrait également d'améliorer la vascularisation au niveau du col de l'astragale. L'ablation du matériel d'ostéosynthèse au niveau de l'articulation sous-astragaliennne du pied gauche a conséquemment été réalisée le 8 novembre 2019, avec arthrodèse talo-naviculaire du pied gauche et plastie d'os spongieux autologue du tibia proximal gauche. Selon le rapport de sortie y relatif établi par le Dr D.\_\_\_\_\_ le 3 décembre 2019, l'évolution était favorable. Ultérieurement, dans des rapports des 7 janvier, 6 février et 13 mars 2020, le Dr D.\_\_\_\_\_ a confirmé que l'évolution demeurait favorable. Le 29 mai 2020, le Dr D.\_\_\_\_\_ a décrit une évolution stationnaire avec un patient relativement algique. Il a également noté une certaine discrédance entre l'examen clinique et le ressenti de l'intéressé, avançant à cet égard l'hypothèse d'une réaction sudeckoïde résiduelle possible et d'un manque de réhabilitation. Dans un compte-rendu subséquent du 31 août 2020, le Dr D.\_\_\_\_\_ a indiqué que le patient rapportait toujours des douleurs diffuses d'origine neurologique dans le contexte d'une réaction de Sudeck

résiduelle et qu'il allait, de ce fait, être adressé au Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie, de l'Institut [...].

Par rapport du 5 octobre 2020, les Drs L.\_\_\_\_\_ et T.\_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie à l'Institut [...], ont retenu le diagnostic de douleurs chroniques post-traumatiques de la cheville gauche secondaires à un syndrome douloureux régional complexe (M89.07) selon les critères de Budapest, évoluant probablement depuis plusieurs mois et secondaire au traumatisme de 2016. Ils ont précisé que ces douleurs chroniques post-traumatiques s'inscrivaient dans un contexte d'épuisement psychique, avec un probable PTSD. Sur le plan thérapeutique, ils ont notamment évoqué la possible réalisation de blocs sympathiques, voire d'une neurostimulation médullaire en fonction de l'évolution des douleurs. Ils ont également fait référence à une prochaine convocation devant la Dre EE.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie.

Dans un compte-rendu du 26 novembre 2020, la Dre EE.\_\_\_\_\_ a fait état d'un examen électrophysiologique strictement normal, sans aucun argument en faveur d'une atteinte des grosses ou des petites fibres nerveuses (du système nerveux autonome) du membre inférieur gauche.

A teneur d'un rapport du 2 décembre 2020, le Dr D.\_\_\_\_\_ a noté une évolution marquée par des douleurs diffuses relativement importantes, sans réel substrat morphologique, dans le cadre d'un syndrome de douleur régionale complexe.

Par rapport du 17 mars 2021, le Dr T.\_\_\_\_\_ a mentionné une évolution plutôt défavorable, après la mise en échec de plusieurs thérapies - à savoir notamment cure de corticothérapie, perfusions de kétamine, ergothérapie (avec effet stationnaire), blocs nerveux périphériques avec optimisation de la réadaptation physiothérapeutique, blocs nerveux sympathiques lombaires (mal vécus et inefficaces) et prise d'amitriptyline. Il a expliqué qu'une neurostimulation était envisagée, bien qu'avec un possible risque d'échec compte tenu de l'absence de substrat

neurologique lésionnel à l'ENMG et des procédures administrative et judiciaire en cours.

Se prononçant sur dossier le 29 avril 2021, le Dr U.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie du Centre de compétences de la CNA, a résumé les constatations de chaque médecin chronologiquement. Il a retenu en particulier que l'hypothèse d'un CRPS apparaissait pour la première fois dans le rapport de la Clinique C.\_\_\_\_\_, du 17 mai 2017 mais sans que l'on puisse considérer cette hypothèse comme avérée, les médecins invoquant plutôt les altérations au scanner et à la scintigraphie osseuse pour motiver le diagnostic. C'était ensuite en novembre 2017 que le Dr D.\_\_\_\_\_ avait qualifié les douleurs diffuses de neuropathiques, probablement en raison de la douleur ressentie au moindre effleurement. Il n'y avait cependant pas de déficit neurologique franc et, au début de l'année 2018, le Dr D.\_\_\_\_\_ avait relevé une certaine discrédance entre l'intensité des douleurs et ses observations cliniques ; du reste, en avril et en mai 2018, les résultats des deux scintigraphies osseuses n'avaient pas parlé en faveur d'un CRPS mais plutôt pour un conflit mécanique. Le Dr U.\_\_\_\_\_ a ensuite considéré que l'on pouvait, comme le suggérait le Dr DD.\_\_\_\_\_, écarter une pathologie radiculaire ou tronculaire au niveau des membres inférieurs en relation avec l'accident. Il a de surcroît relevé que, selon les rapports du Dr D.\_\_\_\_\_, l'assuré n'avait pas présenté de CRPS durant les trois premiers mois après la deuxième opération réalisée au pied gauche en novembre 2019, que l'intéressé avait ensuite décrit en mars 2020 une coloration plus foncée de la peau du pied gauche, mais que la paucité des constatations objectives ne permettait pas de retenir un diagnostic précis. Pour le Dr U.\_\_\_\_\_, c'était donc à juste titre que les médecins de l'Institut [...] avaient retenu le diagnostic peu spécifique de douleurs chroniques post-traumatiques de la cheville gauche, étant souligné que l'examen clinique réalisé par lesdits médecins ne permettait pas de retenir un CRPS faute de prendre en considération la coopération de l'assuré, la présence d'une composante mécanique importante et le délai de plus de neuf mois entre la dernière opération et le diagnostic de CRPS. Quant au rapport de la Dre EE.\_\_\_\_\_, il ne faisait que confirmer l'absence de lésion nerveuse aux membres inférieurs. Sur le vu de ces

éléments, le Dr U.\_\_\_\_\_ a conclu que ni un CRPS, ni une douleur neuropathique n'étaient avérés de manière convaincante, que dans ces conditions l'indication pour la pose d'un neurostimulateur médullaire n'était pas retenue et que, au vu de l'évolution à ce jour, une amélioration notable de l'état de santé de l'assuré n'était plus à attendre.

Par communication du 6 mai 2021, la CNA a signifié à l'assuré un refus de prise en charge des frais relatifs à l'implantation d'un neurostimulateur médullaire épidural, au motif que cette option thérapeutique n'apparaissait pas indiquée selon les pièces au dossier.

Par rapport du 9 mai 2021 à la Dre Y.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, le Dr T.\_\_\_\_\_ a notamment relevé les risques d'échec d'une éventuelle neurostimulation médullaire et l'inefficacité d'un récent traitement par amitriptyline.

En date du 2 juillet 2021, la CNA a réceptionné un rapport à l'attention de l'OAI établi le 30 avril 2021 par la Dre Y.\_\_\_\_\_, relevant, du point de vue psychologique, la persistance « *des plaintes* » et d'un pessimisme et considérant qu'une activité en milieu adapté ne pouvait pas être envisagée actuellement.

Toujours le 2 juillet 2021, l'assuré a été vu par le Dr I.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement de la CNA. Dans son rapport d'examen final du 7 juillet suivant, ce médecin a retenu le diagnostic de douleurs chroniques de la cheville gauche suite à une fracture du talus gauche avec arthrodèse sous-astragalienne du pied gauche. Il a considéré qu'à presque cinq ans du traumatisme de 2016, l'état de santé pouvait désormais être considéré comme stabilisé au niveau de la fonction du membre inférieur gauche. A cet égard, il y avait lieu de retenir des limitations fonctionnelles contre-indiquant le port de charges régulier de cinq kilos, la marche prolongée, la marche en terrain irrégulier, la position accroupie et la réalisation répétée d'escaliers ou de tâches nécessitant un excellent équilibre. Le Dr I.\_\_\_\_\_ a estimé que, dans une activité

adaptée respectant les restrictions susdites, la capacité de travail était totale, sans diminution de rendement, pour les suites de l'événement du 6 août 2016 ; l'activité habituelle telle qu'exercée à l'époque de l'accident n'était en revanche plus envisageable faute de respecter les limitations fonctionnelles retenues. Pour la suite, le Dr I.\_\_\_\_\_ a en particulier précisé que l'assuré pourrait ponctuellement bénéficier de séances de physiothérapie ou d'ergothérapie pour le maintien des acquis et d'une antalgie adaptée pour ses douleurs. Ledit médecin a, au surplus, laissé à l'administration le soin de déterminer si une évaluation psychiatrique était nécessaire. Quant à l'atteinte à l'intégrité, elle a été évaluée à 27,75 % sur la base de la table 5 du barème d'indemnisation des atteintes à l'intégrité résultant d'arthroses, compte tenu d'un taux de 15 % pour l'arthrose sous-talienne et d'un taux de 15 % en présence d'une arthrose de Chopart justifiant de retenir l'équivalent d'une arthrodèse du Chopart, moyennant une pondération de ces différents éléments.

Par communication du 29 juillet 2021, la CNA a fait savoir à l'assuré qu'il était mis fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 31 août 2021.

Par décision du 17 août 2021, la CNA a nié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité. La Caisse a considéré que les séquelles de l'accident du 6 août 2016 n'empêchaient pas l'intéressé de déployer une pleine capacité de travail dans une activité sans port régulier de charges de plus de cinq kilos, sans marche prolongée ni en terrain irrégulier, sans position accroupie, sans utilisation répétée d'escaliers et sans activité nécessitant un excellent équilibre. Procédant à l'évaluation théorique de la capacité de gain, la CNA a arrêté le revenu d'invalidé à 62'341 fr. sur la base des données issues de l'Enquête suisse sur la structure des salaires. Ce montant étant supérieur au gain de 53'300 fr. réalisable sans l'accident, la Caisse en conséquence nié le droit à la rente d'invalidité faute de diminution notable de la capacité de gain due à l'accident. La CNA a également reconnu le droit de l'assuré à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 27,75 %.

L'assuré, sous la plume de son mandataire, a formé opposition à l'encontre de cette décision le 15 septembre 2021. Il a, d'une part, contesté la stabilisation de son état de santé et l'évaluation de la capacité de travail faite par le Dr I.\_\_\_\_\_, se prévalant en particulier de l'instruction toujours en cours devant l'OAI et de l'évolution défavorable mentionnée par le Dr T.\_\_\_\_\_. L'intéressé a, d'autre part, contesté l'appréciation relative à son atteinte à l'intégrité.

Le 22 octobre 2021, l'OAI a transmis à la CNA un courrier de la veille informant l'assuré de la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire confiée au centre d'expertises médicales FF.\_\_\_\_\_ SA, comportant un volet orthopédique et un volet psychiatrique.

Complétant son opposition le 4 mars 2022, l'assuré a invité la CNA à surseoir à sa décision dès lors que des examens médicaux avaient eu lieu les 12 et 20 janvier 2022 auprès des experts de FF.\_\_\_\_\_ SA. En annexe, l'intéressé a produit un rapport du 3 mars 2022 du Dr D.\_\_\_\_\_ faisant état d'un syndrome régional douloureux complexe chronique du pied gauche après fracture de l'astragale le 5 [recte : 6] août 2016, soulignant l'échec des mesures thérapeutiques entreprises, excluant un retour à l'activité professionnelle initiale, émettant un pronostic réservé quant à une amélioration sensible de la situation et estimant qu'une reconversion professionnelle dans une activité adaptée serait vouée à l'échec « *[c]ompte tenu des problèmes annexes* ».

Le 10 mars 2022, la CNA a réceptionné un rapport du 22 novembre 2021 du Dr T.\_\_\_\_\_ relevant que l'éventualité d'une neurostimulation était assortie de facteurs de mauvais pronostic et qu'il était pour le moment préférable d'optimiser le traitement conservateur avant d'évoquer un test de neurostimulation.

A teneur d'un projet de décision du 22 juin 2022 envoyé en copie à la CNA, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il envisageait de lui octroyer une rente entière d'invalidité pour la période du 1<sup>er</sup> septembre 2017 au 31 mai 2020. L'office a en particulier retenu que l'intéressé avait

présenté une incapacité de travail et de gain totale du 6 août 2016 au 28 février 2020. La capacité de travail était en revanche totale depuis le 1<sup>er</sup> mars 2020 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (« *activité principalement assise avec changement de position, pas de charge[s] supérieures à 5 kg, pas d'escalier, pas de marche prolongée et en terrain inégal, pas d'échelle, pas d'échafaudage, pas de flexion antérieure de la cheville de manière discontinue, pas de position accroupie, privilégier une activité seul sans interactions constantes* »), la comparaison des revenus sans et avec invalidité faisant à cet égard apparaître un taux d'invalidité de 15 %.

Par décision sur opposition du 12 juillet 2022, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé sa décision du 17 août 2021. Se référant à l'appréciation du Dr I. \_\_\_\_\_ et à celle du Dr U. \_\_\_\_\_, la Caisse a estimé qu'il n'y avait pas lieu de remettre en question la stabilisation de l'état de santé pour les suites de l'accident du 6 août 2016 – cela d'autant que la piste de la neurostimulation s'était soldée par un échec selon le rapport du Dr T. \_\_\_\_\_ du 9 mai 2021, que le Dr D. \_\_\_\_\_ avait reconnu le 3 mars 2022 qu'aucune mesure n'avait permis une amélioration de la situation et qu'une stabilisation de l'état de santé avait été confirmée par les experts de FF. \_\_\_\_\_ SA. Concernant l'évaluation de l'invalidité, la CNA, se fondant sur la pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites par le Dr I. \_\_\_\_\_, a confirmé l'absence de préjudice économique dans le cas particulier. Enfin, elle a validé le taux d'atteinte à l'intégrité fixé à 27,75 % par le Dr I. \_\_\_\_\_.

**B.** Agissant par l'entremise de son conseil, G. \_\_\_\_\_ a recouru le 14 septembre 2022 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision sur opposition précitée, concluant à son annulation ainsi qu'à celle de la décision rendue le 17 août 2021 et à la constatation d'un droit à une rente d'invalidité de 30 % de même qu'à 30 % d'atteinte à l'intégrité, cas échéant après expertise judiciaire, et subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimée pour complément d'instruction et nouvelle décision. A titre liminaire, le recourant a requis le

bénéfice de l'assistance judiciaire. En substance, il a fait valoir que la décision attaquée reposait sur un examen partiel du dossier, sans prise en compte du rapport du Dr D.\_\_\_\_\_ du 2 mars 2022, et a argué que son droit d'être entendu avait ainsi été violé. Il a ajouté que le dossier aurait dû faire l'objet d'une étude plus approfondie, en particulier pour les aspects relatifs au suivi de la douleur, à l'aspect psychique et à la composante neurologique. Il en a déduit qu'une expertise pluridisciplinaire (axée sur la chirurgie orthopédique/réadaptation, la neurologie, le traitement de la douleur et la psychiatrie) s'imposait.

Par décision du 21 septembre 2022, la juge instructrice a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 14 septembre 2022 et désigné Me Olivier Carré en qualité d'avocat d'office.

Appelée à se prononcer sur le recours, l'intimée en a proposé le rejet par réponse du 18 octobre 2022. Elle a, pour l'essentiel, renvoyé à l'argumentation développée dans la décision sur opposition attaquée.

Par réplique du 3 janvier 2023, le recourant a réfuté toute stabilisation de son état de santé, faisant valoir que rien de tel ne pouvait notamment être tiré des rapports du Dr T.\_\_\_\_\_ du 9 mai 2021 et du Dr D.\_\_\_\_\_ du 2 mars 2022 et que, du reste, la piste d'une éventuelle neurostimulation électrique relevait du traitement de la douleur, de sorte que l'éventuelle stabilisation de l'état de santé sur ce plan ne pouvait être inférée de l'expertise de FF.\_\_\_\_\_ SA diligentée par un chirurgien orthopédiste et un psychiatre. Le recourant a de surcroît contesté l'évaluation de son invalidité, relevant notamment que la reprise de l'activité habituelle de même qu'une reconversion professionnelle n'avaient pas été jugées envisageables par le Dr D.\_\_\_\_\_.

Dupliquant le 31 janvier 2023, l'intimée a maintenu sa position.

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

**1. a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'occurrence, déposé en temps utile – compte tenu des fêtes estivales (art. 38 al. 4 let. b LPGA) – auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2. a)** Les conclusions en constatation de droit ne sont recevables que lorsque des conclusions condamnatoires ou formatrices sont exclues. Sauf situations particulières, les conclusions constatatoires ont donc un caractère subsidiaire (ATF 141 II 113 consid. 1.7 et les références citées). Les conclusions doivent cependant être interprétées à la lumière de la motivation (ATF 137 II 313 consid. 1.3).

**b)** En l'espèce, la conclusion du recourant tendant à la constatation de son droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents de 30 % et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 30 % est, précisément, de nature constatatoire et devrait en conséquence être considérée comme irrecevable au vu de la jurisprudence précitée. Toutefois, on peut déduire des motifs du recours que l'intéressé conteste en définitive la position de l'intimée à l'égard de ces deux prestations et prétend, implicitement, à l'octroi de ces dernières pour un taux de 30 % chacune. Interprétée à la lumière des motifs du recours, cette conclusion est recevable, étant au demeurant précisé que le tribunal n'est pas lié par les conclusions de parties (art. 61 let. d LPGA).

**c)** Le présent litige porte, en conséquence, sur le droit du recourant à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents, ainsi que sur la quotité de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à laquelle il peut prétendre. Au stade de la réplique, l'intéressé a de surcroît contesté la question préalable de la stabilisation de son état de santé.

**d)** Pour le surplus, on précisera encore que l'objet de la contestation de la présente procédure judiciaire est circonscrit à la décision sur opposition du 12 juillet 2022, celle-ci ayant remplacé la décision du 17 août 2021 - laquelle n'a dès lors plus d'existence propre et autonome, faute d'être entrée en force de chose décidée - et clos la procédure administrative (TF 9C\_1078/2009 du 12 juillet 2010 consid. 2.1 et 9C\_1015/2009 du 20 mai 2010 consid. 3.1 avec les références citées ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 4<sup>e</sup> édition, Zurich 2020, n° 74 ad art. 52 LPGA). Partant, en tant qu'elles portent sur l'annulation de la décision rendue par la CNA le 17 août 2021, les conclusions du recourant ne sont pas recevables.

**3.** Sur le plan formel, le recourant invoque une violation de son droit d'être entendu. Il soutient plus précisément que la décision entreprise repose sur un examen insuffisant du dossier, négligeant le rapport du Dr D. \_\_\_\_\_ du 3 mars 2022 (cf. mémoire de recours du 14 septembre 2022 p. 8).

**a)** Dans la mesure où le recourant invoque ainsi un vice de procédure, la Cour de céans examinera en priorité ce grief. En effet, de nature formelle, le droit d'être entendu est une règle primordiale de procédure dont la violation entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée indépendamment des chances de succès du recours sur le fond (ATF 143 IV 380 consid. 1.4.1).

**b)** La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu (art. 29 al. 2 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101]), en particulier, le droit de chaque personne de s'expliquer avant

qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 146 IV 218 consid. 3.1.1 ; 142 II 218 consid. 2.3 et références citées).

**c)** C'est manifestement à tort que le recourant soutient que le rapport du Dr D. \_\_\_\_\_ du 3 mars 2022 n'aurait pas été pris en considération par l'intimée. En effet, ce rapport est expressément mentionné dans l'argumentaire de la décision entreprise (cf. décision sur opposition du 12 juillet 2022 ch. 5.1 p. 4 s.). Il apparaît, à cet égard, que le recourant conteste bien plutôt la manière dont la CNA s'est positionnée sur le rapport susdit. Par ce biais, il critique en réalité le résultat de l'appréciation des preuves faite par l'intimée. En ce sens, le grief formel invoqué se confond ici avec celui d'une constatation manifestement inexacte des faits pertinents, que le recourant soulève également. Ce grief sera donc examiné avec le fond du litige.

En tant que le recourant soutient plus généralement que le dossier aurait dû faire l'objet d'une étude plus approfondie de la part de la CNA, singulièrement d'une nouvelle expertise (cf. mémoire de recours du 14 septembre 2022 p. 8), il y a lieu de relever que, tel qu'invoqué, ce grief n'a pas de portée propre par rapport à la critique visant l'appréciation anticipée des preuves (sur cette notion, cf. ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 et les références citées). Il sera dès lors examiné conjointement avec les autres motifs matériels.

Au surplus, il convient d'ajouter que le recourant n'a aucunement été empêché de produire les pièces qu'il entendait verser à la procédure, ni de se déterminer sur le dossier de l'intimée.

Compte tenu de ce qui précède, on ne saurait donc conclure à une violation du droit d'être entendu dans le cas particulier.

**4.** On précisera, à ce stade, que les modifications introduites par la nouvelle du 25 septembre 2015, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2017 et modifiant diverses dispositions de la LAA, ne sont pas applicables au cas d'espèce, vu la date de l'accident assuré (cf. ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification [RO 2016 4388]).

**5. a)** Est réputée accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGGA).

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose notamment, 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 ne serait pas survenu de la même manière (ATF 148 V 356 consid. 3 ; 148 V 138 consid. 5.1.1 ; 142 V 435 consid. 1). Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 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 148 V 138 consid. 5.1.1 et les références). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 140 V 356 consid. 3.2 et la référence ; TF

8C\_404/2020 du 11 juin 2021 consid. 6.2.1). En revanche, lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un événement accidentel, ne sont pas objectivables du point de vue organique, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (ATF 134 V 109 consid. 10 ; 117 V 359 consid. 6 ; 117 V 369 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 6 ; 115 V 403 consid. 5).

**b)** L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel (art. 6 al. 1 LAA). Le catalogue des prestations comprend notamment le droit au traitement médical (art. 10 LAA), le droit à une indemnité journalière (art. 16 et 17 LAA), le droit à une rente d'invalidité (art. 18 ss LAA), ainsi que le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 24 et 25 LAA).

Dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération, il appartient à l'assureur-accidents de clore le cas en mettant fin aux frais de traitement ainsi qu'aux indemnités journalières et en examinant le droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 19 al. 1 LAA ; ATF 134 V 109 consid. 4.1). L'amélioration de l'état de santé se détermine notamment en fonction de l'augmentation ou de la récupération probable de la capacité de travail réduite par l'accident, étant précisé que l'amélioration attendue par la continuation du traitement médical doit être significative. Des améliorations mineures ne suffisent pas. Cette question doit être examinée de manière prospective (TF 8C\_210/2018 du 17 juillet 2018 consid. 3.2.3.1). L'évaluation y relative se fonde en premier lieu sur les renseignements médicaux concernant les possibilités thérapeutiques et l'évolution de la maladie, qui sont généralement compris sous la notion de pronostic (TF 8C\_682/2021 du 13 avril 2022 consid. 5.1 et les références citées). De manière générale, il n'y a pas d'amélioration sensible de l'état de santé quand la mesure thérapeutique (p. ex. une cure annuelle) ne fait

que soulager momentanément des douleurs occasionnées par un état par ailleurs stationnaire (TF 8C\_179/2014 du 16 mars 2015 consid. 4.1 et la référence citée).

**6. a)** Il résulte de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

**b)** Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C\_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C\_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

**c)** S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C\_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

**7. a)** A titre préalable, il y a lieu de constater que le caractère accidentel de l'événement survenu le 6 août 2016 n'est pas sujet à controverse.

Cela posé, il revient au Tribunal de se déterminer sur les atteintes à la santé causées par l'accident susdit, respectivement sur le point de savoir si les troubles engendrés par cet événement sont ou non stabilisés - étant souligné que le recourant a spécifiquement contesté une telle stabilisation et que le droit aux prestations de longue durée de l'assurance-accidents, ici litigieuses (cf. consid. 2c supra), n'est cependant ouvert qu'une fois l'état de santé stabilisé (cf. consid. 5b supra).

**b)** Sur le plan somatique, la décision sur opposition déferée devant la Cour de céans repose essentiellement sur l'appréciation émise par les médecins de l'intimée.

La CNA s'est plus particulièrement fondée sur l'évaluation réalisée le 7 juillet 2021 par le Dr I.\_\_\_\_\_, considérant que l'accident du 6 août 2016 avait entraîné des douleurs chroniques de la cheville gauche suite à une fracture du talus gauche avec arthrodèse sous-astragalienne et que, à cinq ans du traumatisme susdit, le cas était désormais stabilisé s'agissant de la fonction du membre inférieur gauche (cf. rapport d'examen final du 7 juillet 2021 p. 8 s.).

Il convient par conséquent d'examiner si cette appréciation est mise en doute par les pièces au dossier.

**aa)** Sur le plan strictement orthopédique, il n'est pas disputé que l'accident du 6 août 2016 a occasionné une fracture du talus gauche.

Celle-ci a, dans un premier temps, été traitée conservativement au Centre hospitalier Z.\_\_\_\_\_ (cf. rapports des 19 août 2016, 22 août 2016, 28 octobre 2016 et 25 janvier 2017 des médecins du Service d'orthopédie et traumatologie du Centre hospitalier Z.\_\_\_\_\_) et à la Clinique C.\_\_\_\_\_ (cf. rapport de synthèse du 17 mai 2017), avant une arthrodèse réalisée le 25 août 2017 par le Dr D.\_\_\_\_\_. L'évolution a ensuite été décrite comme favorable (cf. rapports du Dr D.\_\_\_\_\_ des 8 septembre 2017, 6 octobre 2017 et 17 janvier 2018), respectivement lentement favorable (cf. rapport du Dr D.\_\_\_\_\_ du 29 novembre 2017), et, à deux ans de l'événement accidentel susdit, les options thérapeutiques ont été considérées comme épuisées sur le plan orthopédique (cf. rapport du Dr D.\_\_\_\_\_ du 29 mai 2018), aucune nouvelle intervention n'ayant en particulier été proposée dans le cadre du séjour effectué à la Clinique C.\_\_\_\_\_ du 29 août au 18 septembre 2018 (cf. rapport de synthèse du 14 septembre p. 5). L'évolution est par la suite demeurée stationnaire sur le plan orthopédique (cf. rapports du Dr D.\_\_\_\_\_ des 6 novembre 2018 et 25 juin 2019), sans nouvelle solution à ce niveau (cf. rapport du Dr D.\_\_\_\_\_ du 20 décembre 2018), suivie d'une exacerbation des douleurs (cf. rapport du 30 septembre 2019 du Dr R.\_\_\_\_\_) et de la mise en évidence en octobre 2019 d'une arthrose de l'articulation talo-naviculaire (cf. rapport du Dr D.\_\_\_\_\_ du 8 octobre 2019), conduisant à une ablation du matériel d'ostéosynthèse avec arthrodèse talo-naviculaire du pied gauche le 8 novembre 2019. L'évolution ultérieure s'est avérée favorable (cf. rapports du Dr D.\_\_\_\_\_ des 3 décembre 2019, 7 janvier 2020, 6 février 2020 et 13 mars 2020), respectivement stationnaire (cf. rapport du Dr D.\_\_\_\_\_ du 29 mai 2020), sans aucun développement médical objectif nonobstant la persistance de

douleurs (cf. rapports du Dr D.\_\_\_\_\_ des 2 décembre 2020 et mars 2022).

Dès lors que les avis médicaux au dossier ne font état d'aucune mesure thérapeutique susceptible d'améliorer la situation du point de vue orthopédique mais s'accordent en revanche à décrire l'absence d'évolution significative à ce niveau, en particulier après la dernière intervention chirurgicale subie en 2019, force est d'admettre que la stabilisation de l'état de santé telle que reconnue le 7 juillet 2021 par le Dr I.\_\_\_\_\_ doit à cet égard être confirmée. On soulignera au demeurant que, dans un tel contexte, la persistance de troubles ou de douleurs de caractère chronique ne s'oppose pas à la constatation d'une stabilisation médicale (cf. dans ce sens 8C\_247/2018 du 1<sup>er</sup> avril 2019 consid. 5.3 et les références citées).

**bb)** Les appréciations médicales au dossier évoquent, en outre, une problématique de type algoneurodystrophique ou plus généralement neuropathique.

On constate ainsi qu'un probable CRPS du pied et de la cheville gauches a été évoqué dès le printemps 2017 (cf. rapport du 29 mars 2017 du Dr D.\_\_\_\_\_ ; cf. rapport de synthèse du 17 mai 2017 p.1 et 3 s.) et qu'ont ensuite été mentionnées des douleurs probablement d'ordre neuropathique difficilement explicables morphologiquement (cf. rapports du Dr D.\_\_\_\_\_ des 20 novembre 2017, 17 janvier 2018 et 16 avril 2018). Un examen par Spect-CT réalisé le 25 avril 2018 a toutefois exclu « *en principe* » une réaction de Sudeck (cf. rapport du Dr D.\_\_\_\_\_ du 4 mai 2018) et, après des examens supplémentaires, les douleurs du patient ont été qualifiées d'inexpliquées (cf. rapport du Dr D.\_\_\_\_\_ du 29 mai 2018). Dans le cadre du second séjour de l'assuré à la Clinique C.\_\_\_\_\_, une polyneuropathie axonale sensitive des membres inférieurs sans lien avec l'accident a été retenue, sur la base d'un ENMG du 7 septembre 2018, de même qu'un probable CRPS en mars 2017, au décours (cf. rapport de synthèse du 14 septembre 2018 p. 1 et 4). S'étant vu soumettre le cas, le neurologue DD.\_\_\_\_\_ a nuancé les résultats de

l'ENMG du 7 septembre 2018, réfuté une éventuelle atteinte polyneuropathique et conclu, quant à lui, à des troubles sensitivo-moteurs potentiellement déclenchés par un syndrome algoneurodystrophique mais avec actuellement un aspect très atypique évoquant d'important facteurs de surcharge (cf. rapport du 7 juin 2019). Parallèlement, le Dr D.\_\_\_\_\_ a mentionné alternativement des douleurs neuropathiques, une réaction sudeckoïde chronique ou plus précisément un CRPS (cf. rapports des 6 novembre 2018, 20 décembre 2018, 11 mars 2019, 25 juin 2019, 29 mai 2020, 31 août 2020, 2 décembre 2020 et 3 mars 2022) et a pour le surplus adressé le patient à des spécialistes en anesthésiologie. Ces derniers ont, pour leur part, retenu le diagnostic de douleurs chroniques post-traumatiques secondaires à un CRPS selon les critères de Budapest (cf. rapport des Drs L.\_\_\_\_\_ et T.\_\_\_\_\_ du 5 octobre 2020) et ont mis en œuvre diverses mesures thérapeutiques, sans succès, avant de proposer en dernier lieu la pose d'un stimulateur médullaire tout en relevant les risques d'échec d'un tel traitement (cf. rapport du Dr T.\_\_\_\_\_ des 17 mars, 9 mai et 22 novembre 2021).

Procédant à une analyse globale des avis médicaux au dossier, le Dr U.\_\_\_\_\_ du Centre de compétences de la CNA a dûment expliqué, dans un compte-rendu du 29 avril 2021, en quoi les diagnostics de CRPS et de douleurs neuropathiques émis par ses confrères n'étaient pas convaincants et ne pouvaient dès lors pas être suivis. A ce propos, il convient de souligner que pour la validation d'un diagnostic de CRPS, il est communément fait référence aux critères dits "de Budapest", qui sont exclusivement cliniques et associent symptômes et signes objectifs dans quatre domaines (sensoriels, vasomoteurs, sudomoteurs/oedème, moteurs/trophiques ; cf. TF 8C\_234/2023 du 12 décembre 2023 et la référence citée). Or le Dr U.\_\_\_\_\_ a exposé de manière détaillée, dans son appréciation du 29 avril 2021, en quoi les critères en question ne pouvaient être considérés comme réalisés sur la base des précédentes évaluations médicales, relevant en particulier l'insuffisance des constatations cliniques des médecins précédemment intervenus. Le Dr U.\_\_\_\_\_ a de surcroît réfuté l'atteinte neuropathique mentionnée par le Dr D.\_\_\_\_\_, en l'absence de déficit neurologique franc, et a également

estimé que les résultats de l'ENMG du 7 septembre 2018 ne permettaient pas de conclure à une pathologie radiculaire ou tronculaire au niveau des membres inférieurs en relation avec l'accident (étant, à ce propos, relevé que les médecins de la Clinique C.\_\_\_\_\_ avaient déjà retenu une polyneuropathie sans lien avec l'accident du 6 août 2016). Il a par ailleurs relevé que l'examen conduit en novembre 2020 par la Dre EE.\_\_\_\_\_ n'avait fait que confirmer l'absence de lésion nerveuse aux membres inférieurs. Le Dr U.\_\_\_\_\_ s'est en définitive prononcé dans le sens d'un diagnostic peu spécifique de douleurs chroniques post-traumatiques et a retenu, compte tenu de l'évolution, qu'il n'y avait plus lieu d'attendre d'amélioration notable de l'état de santé sur le plan neurologique (cf. rapport du 29 avril 2021 p. 11 ss).

Force est de constater que l'évaluation du Dr U.\_\_\_\_\_ se prononce de manière claire et motivée, sur la base d'une analyse minutieuse des différents avis médicaux au dossier. Son évaluation n'est de surcroît mise en doute par aucun élément concret au dossier. Partant, la Cour de céans ne voit aucune raison pertinente de s'en distancer. On notera en particulier, à cet égard, que si les rapports des Drs T.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_ des 9 mai 2021, 22 novembre 2021 et 3 mars 2022 sont certes postérieurs à l'évaluation du Dr U.\_\_\_\_\_, ils n'abordent toutefois aucune problématique qui aurait échappé à ce dernier médecin dans la mesure où ils ne font essentiellement que reprendre des éléments déjà mentionnés, le Dr T.\_\_\_\_\_ revenant sur les risques d'échec d'une neurostimulation et le Dr D.\_\_\_\_\_ procédant à une synthèse de la situation. Il faut par ailleurs admettre qu'au vu des paramètres défavorables relevés par le Dr T.\_\_\_\_\_ en lien avec une éventuelle neurostimulation, une telle mesure laisse tout au plus envisager une amélioration hypothétique mais non pas vraisemblable de la situation, constellation qui ne peut qu'asseoir la stabilisation de l'état de santé (cf. TF 8C\_682/2021 précité, loc. cit.).

Par surabondance, on notera encore qu'une analyse médicale fondée uniquement sur les pièces d'un dossier a valeur probante pour autant que le dossier contienne suffisamment d'appréciations médicales établies sur la base d'un examen personnel de l'assuré (TF 8C\_485/2014

du 24 juin 2015 consid. 5.1.4 et les références citées ; voir également TFA I 176/05 du 16 septembre 2005 consid. 3.1.1) – ce qui est le cas en l'espèce, le Dr U.\_\_\_\_\_ s'étant en particulier fondé sur les évaluations émises, après examen clinique, par les Drs D.\_\_\_\_\_, DD.\_\_\_\_\_, L.\_\_\_\_\_ et T.\_\_\_\_\_ ainsi que par les spécialistes de la Clinique C.\_\_\_\_\_.

Sur le vu des éléments qui précèdent, la stabilisation de l'état de santé apparaît donc vraisemblable également sur le plan neurologique.

**cc)** Le recourant n'émet en outre aucun grief à l'encontre de l'appréciation formulée le 30 avril 2018 par le Dr H.\_\_\_\_\_ de la CNA, considérant que les troubles signalés par le Dr K.\_\_\_\_\_ au niveau de l'articulation temporo-mandibulaires n'étaient pas en lien avec l'accident du 6 août 2016.

**dd)** En définitive, on doit admettre que c'est à juste titre que l'intimée, aux termes de la décision sur opposition litigieuse, a considéré l'état de santé du recourant comme stabilisé sur le plan physique.

Sur le vu de ce qui précède, il convient d'admettre qu'une expertise judiciaire ne serait pas de nature à modifier les considérations émises ci-dessus concernant l'aspect somatique (appréciation anticipée des preuves ; ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

Tout au plus ajoutera-t-on, par surabondance, que quand bien même l'expertise médicale diligentée par l'OAI est absente du dossier transmis par l'intimée dans le cadre de la présente procédure judiciaire, il résulte néanmoins de la communication de cet office du 22 juin 2022 – qui figure, elle, dans le dossier fourni par la CNA – que l'exigibilité a pu être déterminée au 1<sup>er</sup> mars 2020, ce qui évoque là aussi une stabilisation de l'état de santé bien que cette question ne revête pas la même dimension en assurance-invalidité et en assurance-accidents.

**c)** Force est par ailleurs de constater que le dossier présente une composante psychique.

En effet, il apparaît que le Dr A. \_\_\_\_\_ du Centre hospitalier Z. \_\_\_\_\_ a évoqué le 28 octobre 2016 un probable PTSD. Puis, le 8 décembre 2016, le Dr E. \_\_\_\_\_ a signalé un trouble de l'adaptation avec humeur anxieuse et dépressive. Le Dr D. \_\_\_\_\_ a, quant à lui, évoqué le 8 mai 2017 un stress psychologique s'ajoutant aux douleurs. Des éléments du volet psychique ont également été relevés par les médecins de la Clinique C. \_\_\_\_\_, qui ont pour leur part expressément retenu un diagnostic de trouble de l'adaptation avec symptômes anxieux de type PTSD (cf. rapport de synthèse du 17 mai 2017 p. 1 et 4), respectivement de trouble de l'adaptation avec symptômes de type PTSD (cf. rapport de synthèse du 14 septembre 2018 p. 1 et 4) ; on ne peut, à ce propos, que souligner la persistance d'une symptomatologie inchangée après un intervalle de plus d'une année (cf. rapport de synthèse du 14 septembre 2018 p. 4), plaidant à l'encontre d'un trouble passager. Les Drs L. \_\_\_\_\_ et T. \_\_\_\_\_ ont, de leur côté, signalé un contexte d'épuisement psychique, avec un probable PTSD (cf. rapport du 5 octobre 2020). Pour autant, la CNA n'a diligenté aucune mesure d'investigation concrète afin d'évaluer l'existence et, cas échéant, l'évolution d'éventuels troubles psychiques potentiellement en lien avec l'accident du 6 août 2016. Tout au plus la Caisse a-t-elle réceptionné, le 2 juillet 2021, un rapport du 30 avril précédent adressé par la Dre Y. \_\_\_\_\_ à l'OAI relevant la persistance de plaintes et d'un pessimisme. S'il est vrai que ce rapport ne pose aucun diagnostic, cela s'explique néanmoins par le fait que la Dre Y. \_\_\_\_\_ s'est contentée d'apporter des réponses à des questions prédéfinies par l'OAI, qui avaient essentiellement trait à l'évolution du cas et dont aucune n'exigeait la mention d'un diagnostic précis. L'absence d'atteinte psychique en lien avec l'accident du 6 août 2016 ne saurait, dès lors, être déduite de ce seul document. Du reste, l'insuffisance des éléments au dossier semble ne pas avoir échappé au Dr I. \_\_\_\_\_, lequel a expressément réservé, au terme de son analyse, l'éventuelle mise en œuvre d'une évaluation psychiatrique (cf. rapport d'examen final du 7 juillet 2021 p. 10).

A cela s'ajoute encore que l'expertise diligentée par l'OAI, dont on rappellera qu'elle n'a pas été versée au dossier produit devant la Cour de céans, comportait un volet psychiatrique et a abouti, selon le projet de décision du 22 juin 2022, à la reconnaissance de limitations fonctionnelles sur ce plan (« *privilégier une activité seul sans interactions constantes* »). De tels éléments laissent suspecter la reconnaissance d'un diagnostic psychique dont on ignore le détail en l'état du dossier et, *a fortiori*, l'éventuel lien de causalité – naturelle et adéquate – avec l'accident du 6 août 2016.

Il découle de ce qui précède que, pour ce qui est de l'aspect psychique, la CNA ne pouvait pas ignorer ces éléments et les passer sous silence, de sorte que l'instruction menée par l'intimée est lacunaire et ne permet pas de se prononcer à satisfaction de droit s'agissant de l'existence d'une potentielle atteinte à la santé d'ordre psychiatrique et de son éventuel lien de causalité naturelle et adéquate (cf. consid. 5a supra) avec l'accident du 6 août 2016.

**d)** En conséquence, la Cour de céans n'est pas en mesure de se prononcer sur le droit aux prestations d'assurance découlant de l'accident du 6 août 2016, étant rappelé que la clôture séparée d'un cas d'assurance-accidents pour les troubles psychiques d'une part et les troubles somatiques d'autre part n'entre pas en ligne de compte (TF 8C\_210/2018 du 17 juillet 2018 consid. 3.2.3.1).

**8.** Au vu de ce qui précède, il convient de retenir que la décision attaquée repose sur des éléments insuffisants. Il se justifie donc de renvoyer le dossier à l'intimée, à qui il incombe au premier chef d'instruire (art. 43 al. 1 LPGA), afin qu'elle complète l'instruction. Dans ce contexte, il lui appartiendra notamment de déterminer – moyennant, si nécessaire, la mise en œuvre d'une expertise répondant aux exigences de l'art. 44 LPGA – l'évolution de l'état de santé psychique du recourant à la suite de l'accident du 6 août 2016, d'examiner si un éventuel diagnostic peut à cet égard être confirmé et, le cas échéant, de statuer sur le point de savoir si

ce diagnostic est en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré.

Vu l'issue du litige, il n'y a pas lieu de statuer sur les autres griefs et réquisitions des parties.

**9. a)** En conclusion, le recours doit être admis dans la mesure de sa recevabilité. La décision sur opposition rendue par l'intimée est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.

**b)** Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. fbis LPGA).

**c)** La partie recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 2'500 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de la partie intimée.

**d)** La partie recourante a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Olivier Carré. Le montant alloué au recourant à titre de dépens correspondant au moins à ce qui aurait été alloué au titre de l'assistance judiciaire selon le tarif (art. 2 al. 1 let. a et 3bis al. 1 et 2 RA) [règlement vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]), il n'y a pas lieu de fixer plus précisément l'indemnité d'office.

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

**I.** Le recours est admis dans la mesure où il est recevable.

**II.** La décision sur opposition rendue le 12 juillet 2022 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants.

**III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

**IV.** La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents versera à G.\_\_\_\_\_ une indemnité de dépens fixée à 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs).

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Olivier Carré (pour G.\_\_\_\_\_),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :