

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 15 avril 2011

---

Présidence de M. JOMINI  
Juges : M. Gerber, juge suppléant, et M. Monod, assesseur  
Greffière : Mme Barman

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

Z. \_\_\_\_\_, à [...], recourant,

et

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

---

**Art. 6 al. 1 LAA**

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

**A.** Z.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré), né en 1961, travaillait depuis 1999 comme manœuvre de terrassement pour la société [...] SA, au [...], et était à ce titre assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: CNA) contre les accidents professionnels et non professionnels.

Le 2 novembre 2006, l'assuré a fait une chute de 3 mètres environ lors du décoffrage d'une dalle, a atterri sur la jambe droite et s'est ensuite effondré. Il a été transporté en ambulance à l'Hôpital du [...] où les médecins ont posé le diagnostic de fracture du calcaneum. Le 9 novembre 2006, l'assuré été transféré au Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après: CHUV) où il a été opéré le 21 novembre 2006 par le Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et en traumatologie de l'appareil locomoteur, après avoir attendu que la cheville a suffisamment désenflé. Une fracture multi-fragmentaire du calcaneum droit et une rupture complète des ligaments croisés du genou droit ont été diagnostiquées. L'opération a consisté en une reconstruction-arthrodèse de l'arrière-pied droit. S'agissant des lésions ligamentaires du genou droit, les médecins ont opté pour un traitement conservateur. L'assuré a quitté le CHUV le 29 novembre 2006. Selon le rapport de sortie du 20 décembre 2006, les suites de l'opération ont été simples. L'assuré s'est vu ordonner à la sortie notamment du Dafalgan et de la Minalgine (un puissant analgésique).

Z.\_\_\_\_\_ a été en arrêt de travail total dès le 2 novembre 2006.

Selon un rapport du 16 janvier 2007 établi par le case manager de la CNA à la suite d'un entretien avec l'assuré, celui-ci avait encore passablement de douleurs et prenait des analgésiques (Tramai et Dafalgan). Ses nuits étaient difficiles et la station debout provoquait des douleurs au pied, lequel devenait noir. De plus, il n'avait pas de sensibilité

sur l'intérieur du pied et à deux orteils. Il se déplaçait toujours en décharge totale, avec des cannes anglaises.

Aux termes d'un nouveau rapport établi par le case manager de la CNA le 6 mars 2007, l'assuré se déplaçait avec des béquilles et pouvait charger la jambe droite jusqu'à 20 kg. La rééducation avait été ralentie par la décalcification. La cheville était encore un peu enflée et le pied avait toujours tendance à devenir noir à la station debout. Les douleurs étaient toujours présentes, au niveau de l'extérieur du pied et du calcaneum. Quant au genou droit, il n'arrivait pas à le plier complètement et ressentait des douleurs lorsqu'il était en extension et lorsqu'il montait ou descendait des escaliers. La nuit, afin de dormir paisiblement, il continuait à mettre un coussin sous le genou. Il poursuivait comme médication la prise d'analgésiques et d'anti-inflammatoires et prenait également un spray pour lutter contre la décalcification.

Selon un rapport du Dr S. \_\_\_\_\_ du 13 mars 2007, l'assuré avait, lors du dernier contrôle le 19 février 2007, encore des douleurs au genou et au pied et continuait à prendre du Dafalgan. La cicatrice de chirurgie du calcaneum était en ordre. La cicatrisation cutanée interne était en bonne voie. La cheville avait une flexion-extension quasiment normale. Radiologiquement, la fracture du calcaneum était en bonne voie de consolidation. La rééducation à la marche en charge progressive avait été tentée mais l'assuré présentait passablement de douleurs sur le Chopard et le bord externe du pied.

Selon un rapport établi le 16 avril 2007 par ce même spécialiste, à l'examen clinique, le genou droit avait une flexion à 130, une extension complète, était parfaitement stable dans le plan frontal, mais avait un petit battement dans le plan sagittal qui n'était pas de grande amplitude et ne devrait pas causer de problèmes de stabilité. Au niveau de la cheville, la fonction était souple. Le pied se colorait encore un petit peu en violet et les veines gonflaient quand le patient était assis. Au niveau radiologique, le genou avait un aspect osseux normal. Quant à la cheville, la décalcification était en décours et la fracture du calcaneum

était en voie de consolidation. En revanche, l'assuré était "toujours un peu démonstratif", déclarait nouvellement qu'il avait peu mal au genou gauche, au genou droit et au cou du pied.

L'assuré a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (ci-après: CRR) à Sion du 8 mai au 15 juin 2007. Selon le consilium psychiatrique du 14 mai 2007 du Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, l'assuré souffrait d'un état de stress post traumatique qualifié de léger qui n'entraînait pas une incapacité de travail et ne semblait pas interférer de façon négative sur la réadaptation. Ce trouble justifiait un traitement psychologique sans médication psychotrope. Selon le rapport du Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, établi le 16 mai 2007, l'assuré souffrait de séquelles d'une entorse grave du genou droit avec laxité résiduelle et séquelles d'une fracture du calcanéum droit avec enraidissement pratiquement complet de la sous-astragalienne et du médiotarse dû au montage secondaire. Selon le consilium neurologique du Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, du 24 mai 2007, le bilan électroclinique démontrait l'existence d'une neuropathie surale droite distale par axonotmésis partielle modérée avec un site lésionnel vraisemblablement dans la région de la cicatrice opératoire. Selon un rapport établi à l'adresse de la CRR le 31 mai 2007 par le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine nucléaire, du Centre hospitalier du centre du Valais, la présentation scintigraphique du genou, de la jambe et du pied droit parlait pour une algodystrophie en phase de grande activité. Quant à la bande d'hypercaptation légère en projection du plateau tibial interne gauche, elle était, de l'avis du Dr D.\_\_\_\_\_, probablement de nature mécanique.

Se référant à ces rapports, le Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, a posé, le 9 juillet 2007, les diagnostics suivants:

"Diagnostic primaire:

- Thérapies physiques et fonctionnelles (Z50.1)

Diagnostics secondaires:

- Algoneurodystrophie de la jambe droite (M89.06)
- Chute d'un échafaudage le 02.11.2006 avec:

- o fracture multifragmentaire du calcanéum droit (T93.2)
  - o fracture du massif des épines tibiales droites, avec rupture complète du LCA [croisé antérieur] et du LCP [croisé postérieur] (T93.2)
  - o reconstruction-arthrodèse de l'arrière-pied droit, le 21.11.2006 (Z98.8)
  - o ablation de deux broches calcanéotaliennes en février 2007 (Z98.8)
- Neuropathie surale droite modérée (T93. 4)

Co-morbidité:

- Trouble état de stress post-traumatique (F43.1)''

Dans l'intervalle, soit le 25 juin 2007, le Dr S. \_\_\_\_\_ a revu l'assuré. Dans son rapport du 29 juin 2007, il a relevé que le patient avait "assimilé la notion de son Sudeck" et qu'il se plaignait de façon démonstrative de douleurs, essentiellement à la face externe du genou droit, s'étendant à toute la cheville et à tout le bord externe du pied, jusqu'à la base du 5<sup>e</sup> métatarsien. Le patient déclarait par ailleurs avoir mal supporté le traitement d'Aredia subi lors du séjour à la CRR, traitement auquel il attribuait les céphalées dont il souffrait le jour de la consultation. Lors de l'examen clinique du membre inférieur droit, le Dr S. \_\_\_\_\_ a constaté un genou qui était stable sur le plan frontal, qui avait un petit battement dans le plan sagittal. Le pied était calme. Les cicatrices étaient en ordre. Malgré qu'il fût bien chaussé, il marchait très mal, en s'appuyant bizarrement sur la canne dans la main droite, en même temps qu'il posait le pied à droite. Le Dr S. \_\_\_\_\_ a estimé qu'on s'orientait vers une rééducation difficile et a proposé d'introduire des antidépresseurs.

Selon un rapport médical du 25 octobre 2007 du Dr F. \_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la CNA, spécialiste FMH en chirurgie, l'assuré déclarait souffrir passablement de la cheville droite et, dans une moindre mesure, du genou droit. Il se déplaçait encore avec deux cannes anglaises, une seule à domicile et sur de courts trajets. Le périmètre de marche était estimé à une demi-heure. L'assuré avait aussi des douleurs nocturnes et des cauchemars. Objectivement, hormis un tiroir antéro-postérieur modéré qu'on ne retrouvait pas à gauche, l'examen du genou droit était normal. En revanche, l'arrière-pied était fortement élargi par un oedème chronique. Il paraissait bien axé, en léger valgus, symétrique par rapport à gauche. Le pied était aligné, mais la voûte plantaire était

effondrée. La sous-astragaliennne était bloquée en inversion-éversion neutre. La mobilité de la tibio-astragaliennne n'était que modérément limitée et l'amyotrophie du mollet droit n'était pas considérable. Si les séquelles de l'accident du 2 novembre 2006 étaient bien réelles, le handicap apparent paraissait quand même disproportionné et le pronostic franchement mauvais en termes de réinsertion professionnelle, même dans une activité adaptée.

L'assuré a été réexaminé par le Dr F. \_\_\_\_\_ le 28 avril 2008. Il déclarait souffrir encore passablement du pied droit et, dans une moindre mesure, des genoux, et avoir des douleurs à la marche ainsi qu'aux changements de temps. Il se plaignait également de la nuque, où il aurait de l'arthrose, ainsi que du dos, des épaules et des coudes. Il se déplaçait toujours avec deux cannes anglaises, une seule pour les petits trajets. Il suivait un traitement de physiothérapie, recevait un analgésique ainsi que des antidépresseurs. La thymie était maintenue. Lors de l'examen clinique, pieds nus et sans canne, l'assuré se déplaçait à peine plus aisément que lors de l'examen précédent. Objectivement, l'arrière-pied restait fortement élargi par un oedème chronique. Il paraissait bien axé, en léger valgus, symétrique par rapport à gauche. Le pied était aligné. La mobilité de la tibio-astragaliennne était bien récupérée, tandis que la sous-astragaliennne était bloquée en inversion-éversion neutre. On retrouvait un tiroir antéropostérieur modéré du genou droit. Par ailleurs, cette articulation était tout à fait calme. On assistait donc à une extension des plaintes et à la persistance d'un important handicap apparent. Dans ces conditions, il n'y avait pas grand-chose à attendre d'un deuxième séjour à la CRR et la poursuite de la physiothérapie ne se justifiait pas non plus. Du point de vue médico-théorique, l'assuré conservait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Les limitations fonctionnelles étaient les charges de plus de 10 kg, les longs trajets, la marche en terrain accidenté, les escaliers et les échelles. Le Dr F. \_\_\_\_\_ estimait, après pondération au sens de l'art. 36 al. 3 de l'ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents (OLAA, RS 832.202), l'indemnité pour atteinte à l'intégrité qui était due à 20%. La situation correspondait à un status après reconstruction-arthrodèse de l'arrière-pied

droit en bonne position, associée à une certaine laxité ligamentaire du genou droit, soit une perte fonctionnelle de 40 % du membre inférieur droit (40% de 50% = 20%).

Dans un rapport du 10 novembre 2008, le Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique – chez qui l'assuré avait été envoyé par son médecin traitant –, a posé les diagnostics suivants:

- “Fractures multi-fragmentaires du calcanéum droit
- Rupture complète de LCA et du LCP au niveau du genou droit
- Status après reconstruction-arthrodèse de l'arrière-pied droit le 21 novembre 2006 et développement d'une algo-neurodystrophie de la jambe droite
- Neuropathie surale modérée à droite
- Lésions dégénératives du ménisque interne gauche
- Etat de stress post-traumatique
- Douleurs lombaires basses et douleurs cervico-thoraciques”

De l'avis du Dr H.\_\_\_\_\_, le status global était inchangé et bien décrit dans les rapports du CHUV et de la CRR. L'assuré continuait à souffrir de douleurs chroniques diffuses dans la jambe droite, le genou gauche, dans la région lombaire et thoracique. D'un point de vue chirurgical, il n'y avait pas d'indication à intervenir. Tant qu'il n'aurait pas récupéré de son algo-neurodystrophie à droite, le risque de complications post-opératoires était trop élevé. De l'avis du Dr H.\_\_\_\_\_, l'assuré ne pourrait jamais reprendre un travail demandant un engagement physique; même une reprise à temps partiel dans une occupation assise paraissait très compromise.

Ultérieurement, soit le 16 mars 2009, le Dr H.\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il n'y avait pas d'évolution ou de modification par rapport à son avis du 10 novembre 2008. Le patient présentait des douleurs très diffuses et mal systématisées au niveau du pied droit sur un status post algo-neurodystrophie après reconstruction par arthrodèse de l'arrière-pied en novembre 2006 et une rupture complète du LCA et du LCP avec une instabilité résiduelle. A cela s'associaient des douleurs lombaires basses, des douleurs cervico-thoraciques, des douleurs dans les poignets et des céphalées. A son avis, une prise en charge chirurgicale de l'instabilité

résiduelle au niveau du genou droit n'était pas en mesure d'améliorer la situation globale.

**B.** Par acte du 22 décembre 2008, la CNA a communiqué à l'assuré qu'elle estimait qu'il n'avait plus besoin de traitement et qu'elle mettait un terme au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 31 janvier 2009, tout en continuant à prendre en charge une paire de chaussures orthopédiques par année.

Par décision du 13 janvier 2009, la CNA a accordé à Z. \_\_\_\_\_ une rente d'invalidité de 31% s'élevant à 1'625 fr. 05 par mois dès le 1<sup>er</sup> février 2009 ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 20% s'élevant à 21'360 francs. Il ressortait des investigations, notamment sur le plan médical, que l'assuré était à même d'exercer à temps complet une activité légère dans différents secteurs de l'industrie, respectant les limitations fixées par le Dr F. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 28 avril 2008, de sorte que le gain après invalidité était estimé à 4'270 fr. par mois. Comparé au revenu réalisable sans l'accident (6'200 fr. par mois), il en résultait un taux d'invalidité de 31%. Elle relevait au demeurant que les troubles psychogènes n'étaient pas en relation de causalité adéquate avec l'accident.

Par acte du 18 janvier 2009, complété le 13 février 2009, Z. \_\_\_\_\_ a fait opposition contre la décision du 13 janvier 2009. Il contestait tant l'incapacité de gain de 31% que le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. En substance, il mentionnait être en désaccord avec l'appréciation de son cas telle qu'émise par les Drs S. \_\_\_\_\_ et F. \_\_\_\_\_. Il faisait notamment valoir que le Dr F. \_\_\_\_\_ ne lui avait jamais demandé s'il ressentait des douleurs lors de déplacements ou en position assise, ni s'il se sentait capable d'accomplir un quelconque travail. Il reprochait à la CNA d'avoir ignoré le diagnostic posé par le Dr H. \_\_\_\_\_, soit une algo-neurodystrophie. Il arguait finalement que sa capacité de travail ne dépassait pas 20 à 30% "dans une activité préalable de réentraînement au travail".

Par décision sur opposition du 19 mars 2009, la CNA a rejeté l'opposition, maintenant son appréciation quant à une capacité entière de travail dans une activité adaptée aux limitations énoncées. Elle se fondait particulièrement sur l'appréciation du Dr F. \_\_\_\_\_ émise le 23 février 2009, au terme de laquelle il avait déclaré que le courrier de l'opposant du 13 février 2009 ne modifiait pas son appréciation médicale finale du 28 avril 2008.

**C.** Z. \_\_\_\_\_ a formé recours contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales par acte du 29 avril 2009, en concluant à ce que l'intimée fixe un nouveau taux d'invalidité en tenant également compte de ses troubles psychiques. Il faisait valoir, en substance, que ses troubles psychiques étaient dans un rapport de causalité adéquate avec l'événement assuré.

Dans sa réponse du 3 juillet 2009, la CNA a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Elle a relevé que le litige ne portait plus que sur la quotité de la rente d'invalidité, le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, non contesté, étant entré en force. Elle faisait valoir que les troubles psychiatriques n'étaient ni dans un rapport de causalité naturelle ni dans un rapport de causalité adéquate avec l'accident du 2 novembre 2006.

**D.** Le dossier de la procédure ouverte par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: OAI) a été versé au dossier de la présente cause. Il en ressortait notamment que, le 14 novembre 2007, Z. \_\_\_\_\_ avait déposé une demande de prestations à l'assurance-invalidité.

Un rapport médical de la Dresse G. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie, médecin chef des Etablissements Hospitaliers du Nord Vaudois, site de la Vallée de Joux, daté du 28 décembre 2007 et reposant sur une consultation unique du 30 août 2007, faisait état des diagnostics suivants: chute d'un échafaudage le 2 novembre 2006 avec fracture multifragmentaire du calcanéum droit, fracture du massif des épines

tibiales droites avec rupture complète du ligament croisé antérieur et du ligament croisé postérieur; status après reconstruction arthrolyse de l'arrière du pied droit le 21 novembre 2006, status après ablation de deux broches calcanéotaliennes en février 2007; neuropathie surale droite modérée, algo-neurodystrophie de la jambe droite existant depuis le 2 novembre 2006. L'incapacité de travail était entière depuis le 2 novembre 2006. L'état de santé était stationnaire.

Dans un rapport médical du 31 janvier 2008, les Desses T.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, et B.K.\_\_\_\_\_, respectivement médecin associée et médecin assistante à l'unité de psychiatrie ambulatoire d'Orbe, ont relevé que l'assuré présentait depuis l'été 2007 une symptomatologie anxio-dépressive, avec anxiété, fatigue, irritabilité, insomnies et ruminations par rapport à sa "situation actuelle" et la perte de son autonomie. Il bénéficiait depuis le 8 octobre 2007 d'un traitement psychiatrique intégré, avec psychothérapie de soutien, associé à un traitement antidépresseurs et somnifères. Les Desses T.\_\_\_\_\_ et B.K.\_\_\_\_\_ ont retenu le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (F43.21) et attesté d'une incapacité de travail de 100% depuis le 2 novembre 2006. Une réadaptation professionnelle était à envisager dès que l'état somatique le permettrait, avec la conséquence possible d'une diminution de la symptomatologie anxieuse et dépressive de l'assuré. Le rapport médical se référait par ailleurs expressément au rapport médical de la Desse G.\_\_\_\_\_ du 28 décembre 2007 pour la partie somatique.

Selon l'avis du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après: SMR) du 30 mai 2008 rédigé par le Dr L.\_\_\_\_\_, la capacité de travail dans une activité adaptée était entière avec les limitations suivantes: pas de charges de 10 kg et plus, pas de position debout prolongée, pas de marche ou travail sur terrain irrégulier ou instable, pas de travail accroupi ou à genoux, pas de travail sur échelle ou échafaudage. Concernant les problèmes psychiques, le Dr L.\_\_\_\_\_ déclarait ce qui suit:

"L'assuré a été vu par la Dresse B.K.\_\_\_\_\_, psychiatre à l'UPA d'Orbe. Elle mentionne d'une part une réaction dépressive en rapport avec l'incapacité de reprendre son travail et l'incertitude quant à son avenir professionnel chez ce père de famille bien intégré en Suisse et ayant fait une école de technicien en Suisse.

Il est clair que l'aide apportée dans le cadre de son reclassement professionnel est la meilleure des choses pour faire disparaître cette réaction dépressive."

Selon un rapport de l'OAI du 4 décembre 2008, aucune mesure professionnelle ne pouvait être mise en place en raison du rejet de l'évaluation médicale du SMR par l'assuré qui s'estimait incapable de travailler.

Le 26 août 2009, l'OAI a adressé à Z.\_\_\_\_\_ un projet de décision dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité entre le 1<sup>er</sup> novembre 2007, soit à l'échéance du délai d'attente d'une année selon l'art. 28 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), et le 31 août 2008, soit trois mois après l'amélioration de la capacité de travail survenue le 30 mai 2008.

Selon un courrier du 7 octobre 2009 de la Dresse T.\_\_\_\_\_, l'état de santé psychique de l'assuré s'était péjoré dans le courant de l'année 2008 sous la forme d'une aggravation de son syndrome dépressif avec apparition d'un syndrome anxieux croissant. Cela était apparu de plus en plus nettement dans le courant 2008 et avait persisté durant l'année 2009, année durant laquelle la situation s'était encore péjorée avec l'apparition d'une tumeur cérébrale chez l'épouse de l'assuré. A ce stade, la Dresse T.\_\_\_\_\_ retenait comme diagnostic un épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques (F 32.3), sans exclure comme comorbidité un trouble de la personnalité à traits notamment paranoïaques (F 60.9).

A la demande de l'OAI, le Dr C.\_\_\_\_\_ a réalisé une expertise le 25 mai 2010. Dans son rapport du 28 mai 2010, il retenait les diagnostics de trouble panique sans agoraphobie (F 41.0) et de trouble dépressif majeur (état actuel sévère, sans caractéristiques psychotiques) (F 32.2). Les autres diagnostics évoqués au dossier, à savoir l'état de

stress post-traumatique, le trouble de l'adaptation et un éventuel trouble de personnalité ont été réfutés lors de l'expertise. Concernant l'évolution de l'assuré, l'expert a déclaré ce qui suit:

"Sur le plan psychiatrique, l'expertisé a présenté au départ une pathologie mineure. Il y a eu une symptomatologie valant pour un état de stress post-traumatique qu'on pouvait qualifier de léger. Ce trouble a évolué vers la rémission. Il y a eu un trouble de l'adaptation qu'on ne saurait corrélérer à une incapacité de travail de longue durée.

C'est depuis la fin septembre 2008 que l'expertisé a présenté une pathologie dépressive plus typique et plus grave. Elle s'est située dans le contexte de la prise de conscience que la guérison attendue n'était plus possible. Elle s'est située dans le contexte d'une prise de décision de ses assureurs qui validaient la stabilisation du cas. La prise en soins est devenue plus conséquente. L'assuré a été mis au bénéfice d'une médication psychotrope plus lourde. Il présentait alors des éléments psychotiques du registre persécutoire, étant persuadé que certains médecins et assureurs avaient des attitudes délibérément malveillantes et injustes à son égard.

Avec l'annonce du cancer de son épouse et de l'évolution défavorable de cette maladie, les troubles dépressifs se sont consolidés dans la durée. Les éléments persécutoire ont aujourd'hui diminué, cette évolution étant confirmée par le médecin psychiatre traitant.

En l'état, on peut admettre que le trouble dépressif de l'assuré était au départ sévère et présentait des caractéristiques psychotiques. Actuellement, il est tout autant sévère. Il n'a pourtant plus de véritables caractéristiques psychotiques.

### **Appréciation asséculoologique**

Au terme de cette évaluation, [le Dr C. \_\_\_\_\_] retient une pathologie psychiatrique mineure jusqu'au 30.09.2008. Le trouble état de stress post traumatique a rapidement évolué vers la rémission, comme c'est d'ailleurs le plus souvent la règle. L'assuré a présenté un trouble de l'adaptation qu'on ne saurait corrélérer à une incapacité de travail durable.

Entre le 02.11.2006 et le 30.09.2008, [le Dr C. \_\_\_\_\_] ne retient pas de limitations psychiatriques significatives. Il ne retient pas davantage d'incapacité de travail du domaine psychiatrique.

A partir du 01.10.2008, on doit admettre que l'assuré a considérablement aggravé ses troubles psychiques. Ceux-ci ont atteint le degré d'un épisode dépressif sévère d'abord avec puis sans caractéristiques psychotiques.

[...] Il est justifié de retenir une incapacité de travail psychiatrique importante dans ce cas. [le Dr C. \_\_\_\_\_] la chiffre à 80 %. Il l'a fait remonter au 01.10.2008 et pas avant. Elle est vraisemblablement

restée constante depuis lors. Elle pourrait être fixée pour une longue durée. [...]"

Dans ses "réponses aux questions", l'expert a précisé que le trouble panique remontait à quelques mois.

Le 31 août 2010, l'OAI a communiqué au conseil de Z. \_\_\_\_\_ un nouveau projet de décision dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2007. Il a en effet considéré que les atteintes somatiques consécutives à l'accident du 2 novembre 2006 contre-indiquaient totalement l'exercice de l'activité habituelle de l'assuré et que l'état de santé psychiatrique de celui-ci s'était aggravé courant 2008 de sorte que l'assuré présentait une incapacité de travail totale dans toute activité. Par décision formelle du 29 octobre 2010, l'OAI a confirmé son projet de décision.

**E.** Le 28 janvier 2011, l'intimée a pris position sur l'expertise du Dr C. \_\_\_\_\_ du 28 mai 2010, en exposant notamment que c'était le deuil par l'assuré de son état physique préexistant, et non la chute en tant que telle, qui était à la base de son invalidité et de ses prétentions. Le diagnostic d'état de stress post-traumatique (tout comme celui de trouble de l'adaptation d'ailleurs) étant écarté, l'absence de causalité tant naturelle qu'adéquate entre la chute incriminée et les troubles psychiques de l'assuré ne pouvait qu'être confirmée. La CNA a donc maintenu ses conclusions.

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

**1.** 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 (art. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents, RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de

la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). Le recours ayant été déposé en temps utile auprès du tribunal compétent et, pour le surplus répondant aux exigences formelles prévues par la loi (en particulier l'art. 61 let. b LPGA), il est recevable.

**2.** Le litige porte sur le point de savoir si d'autres atteintes à la santé que celles retenues par la CNA doivent également être prises en considération, ce qui entraînerait alors une augmentation du taux d'invalidité. Le recourant ne conteste en revanche plus le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité tel que fixé par la décision attaquée.

**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. La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA [ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents, RS 832.202]).

**b)** D'après une jurisprudence constante, l'assureur-accidents est tenu, au stade de la procédure administrative, de confier une expertise à un médecin indépendant, si une telle mesure se révèle nécessaire. Lorsque de telles expertises sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

Par ailleurs, l'autorité administrative ou le juge ne doit considérer un fait comme prouvé que lorsqu'il est convaincu de sa réalité. Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de

manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3).

**c)** Le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective et décider s'ils permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre. En particulier, le juge ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans avoir examiné l'ensemble des preuves disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre. La valeur probante d'un rapport médical dépend ainsi des points de savoir si cet acte est complet compte tenu des droits contestés, s'il est fondé sur des examens approfondis en tous points, s'il tient compte des affections dont se plaint l'intéressé, s'il a été établi en connaissance de l'anamnèse, si l'exposé du contexte médical est cohérent, voire si l'appréciation de la situation médicale est claire, et si les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c et les références).

Le juge ne saurait écarter un rapport médical au seul motif qu'il a été établi par le médecin traitant de la personne assurée ou par un médecin interne à l'assureur social, sans examiner autrement sa valeur probante (cf. ATF 132 V 393 consid. 4.1; 125 V 351 consid. 3a). Il peut et doit néanmoins tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 352 consid. 3a; 122 V 160 consid. 1c et les références).

**d)** Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins de la CNA 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. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

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

**3.** Le recourant demande que la fixation du taux d'invalidité tienne également compte de ses "troubles psychiques". Il ne précise toutefois pas ce qu'il entend par troubles psychiques, si ce n'est qu'il mentionne être traité contre la dépression.

**a)** La décision du 13 janvier 2009, confirmée par la décision sur opposition attaquée, nie le lien de causalité adéquate pour les "troubles psychogènes". La décision attaquée ne spécifie en revanche pas quelles sont les atteintes à la santé qui sont considérées comme étant dans un rapport de causalité avec l'accident assuré. Elle ne se prononce ni sur l'algo-neurodystrophie ni sur les plaintes concernant tant la jambe droite que le genou gauche, l'épaule droite, le coude droit et la nuque qui

avaient été invoquées par le recourant dans son opposition. Dans sa réponse au recours, l'autorité intimée fait valoir que les "troubles psychiatriques" ne sont ni dans un rapport de causalité naturelle ni dans un rapport de causalité adéquate avec l'accident du 2 novembre 2006. Elle soutient par ailleurs que l'algo-neurodystrophie a été diagnostiquée et traitée correctement, sans se prononcer sur la subsistance de cette atteinte.

**b)** Même si le recourant, qui agit seul, met en avant les "troubles psychiques", il faut distinguer entre quatre groupes de plaintes ou atteintes à la santé et examiner séparément leur lien de causalité avec l'accident assuré:

1. le status postérieur à la fracture du calcanéum droit, à la fracture du massif des épines tibial droit, à la fracture des ligaments croisés, à la reconstruction-arthrodèse et à l'ablation de deux broches calcanéotaliennes (cf. consid. 4.b *infra*);
2. l'algo-neurodystrophie et la neuropathie surale droite (cf. consid. 4.c *infra*);
3. la dépression et les autres atteintes psychiques (cf. consid. 4.d *infra*);
4. les plaintes concernant le genou gauche, l'épaule droite, le coude droit, les poignets, la région lombaire et la région cervico-thoracique (cf. consid. 4.e *infra*).

**4. a)** La condition du lien de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci.

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se soient manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement "*post hoc, ergo propter hoc*"; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; 129 V 402 consid. 4.3.1; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, vol. XIV, 2<sup>e</sup> éd., no 79 p. 865).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1; 129 V 402 consid. 4.3.1; 119 V 335 consid. 1; 118 V 286 consid. 1b).

Si l'accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état de l'assuré est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (*statu quo sine*; cf. TF 8C\_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.3 et les références citées).

**b)** Pour le status postérieur à la fracture du calcanéum droit, à la fracture du massif des épines tibial droit, à la fracture des ligaments croisés, à la reconstruction arthrodeuse et à l'ablation de deux broches

calcanéotaliennes, le lien de causalité naturelle avec l'accident assuré est incontestable et incontesté.

**c)** Une algo-neurodystrophie, aussi appelée algodystrophie, en phase de grande activité, a été diagnostiquée par le Dr D.\_\_\_\_\_ du Centre hospitalier du centre du Valais dans son rapport du 31 mai 2007, à l'adresse de la CRR, diagnostic repris dans le rapport médical de la CRR du 9 juillet 2007 rédigé par le Dr W.\_\_\_\_\_. L'algo-neurodystrophie est également mentionnée par le Dr S.\_\_\_\_\_ qui déclarait dans son rapport du 29 juin 2007 que le recourant avait "assimilé la notion de son Sudeck". Quant au Dr H.\_\_\_\_\_, il a estimé en novembre 2008 que le recourant n'avait pas encore récupéré de son algo-neurodystrophie à droite et que, d'ici là, le risque de complications post-opératoires était trop élevé. Pour sa part, le Dr F.\_\_\_\_\_ a mentionné, dans ses deux rapports, le diagnostic d'algo-neurodystrophie établi par la CRR sans se prononcer spécifiquement à son sujet. Dans son rapport du 25 octobre 2007, il a déclaré que, même si les séquelles de l'accident du 2 novembre 2006 étaient bien réelles, le handicap apparent paraissait quand même disproportionné. Dans son rapport du 28 avril 2008, il a constaté une extension des plaintes et la persistance d'un important handicap apparent. Même si le détail de l'évolution clinique (description des stades cliniques; description du status final) ne figure pas dans son rapport final, on ne peut en déduire que cet aspect n'a pas été évalué. Le Dr F.\_\_\_\_\_ n'a ainsi pas contesté le diagnostic d'algo-neurodystrophie et ne s'est prononcé sur sa persistance.

**aa)** L'algodystrophie a été définie en 1986 comme suit par l'Association Internationale pour l'Etude de la Douleur: "Il s'agit d'une douleur à caractère continu localisée dans un secteur d'une extrémité se manifestant après un trauma, fracture incluse, ne comportant cependant pas de lésion nerveuse significative et qui est associée à une hyperactivité du sympathique" (citée par P. Heierli/J.-L. Meyer/A. Radziwill, Cadre nosologique et terminologie, in: Algodystrophie [Complex regional pain syndrome I], E. Bär/M. Felder/B. Kiener [Editeurs], Suva, 1998, p. 5). La présentation clinique habituelle de l'algodystrophie est caractérisée par la

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

**bb)** Dans la mesure où le rapport du Dr W. \_\_\_\_\_ remplit toutes les conditions pour avoir pleine valeur probante et est confirmé par plusieurs avis médicaux, on peut admettre avec une vraisemblance prépondérante que le recourant a souffert d'une algodystrophie, aussi appelée maladie de Südeck ou complexe douloureux régional (CRPS). On distingue usuellement entre le CRPS-I et le CRPS-II, selon que le complexe douloureux a été engendré par une lésion nerveuse (CRPS-II) ou n'est pas lié à une telle lésion nerveuse (CRPS-I) (P. Heierli/J.-L. Meyer/A. Radziwill, Cadre nosologique et terminologie, in: Algodystrophie [Complex regional pain syndrome I], *op. cit.*, p. 7). Aucun des avis médicaux n'a spécifié le type d'algodystrophie dont le recourant a été touché. En raison du diagnostic posé par la CRR de neuropathie surale droite distale par axonotmésis partielle modérée, donc d'une lésion partielle du nerf sural droit, on peut admettre avec une vraisemblance prépondérante que l'algodystrophie du recourant s'apparente au complexe douloureux régional de type II.

**cc)** Selon la jurisprudence, l'algodystrophie doit remplir les conditions suivantes pour être considérée comme une conséquence d'un accident: a) preuve d'une atteinte physique après un accident ou apparition après une opération faite à cause d'un accident; b) exclusion d'autres facteurs causals non traumatiques; c) faible temps de latence

entre l'accident et l'apparition de l'algodystrophie, au plus six à huit semaines (TFA U 436/06 du 6 juillet 2007 consid. 3.4.2.1).

En l'espèce, l'atteinte physique après accident est incontestable. Aucun avis médical n'a par ailleurs relevé l'existence d'un facteur causal non traumatique à l'algodystrophie. S'agissant du temps de latence, l'algodystrophie a été diagnostiquée par le Dr D.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 31 mai 2007. Parmi les signes extérieurs de l'algodystrophie, il y a, outre une douleur intense, notamment des signes d'oedème, de troubles de la circulation cutanée ou une activité sudomotorique anormale dans le territoire où siège la douleur depuis l'événement initial ainsi qu'une modification de la couleur de la peau (P. Heierli/J.-L. Meyer/A. Radziwill, Cadre nosologique et terminologie, in: Algodystrophie [Complex regional pain syndrome I], *op. cit.*, p. 6 et 7). Dans le cas présent, il n'y a pas au dossier d'avis médical antérieur à celui du Dr S.\_\_\_\_\_ daté du 13 mars 2007. Celui-ci relève la persistance de douleurs au genou et de "passablement" de douleurs sur le Chopard et le bord externe du pied. Le 16 avril 2007, le Dr S.\_\_\_\_\_ relève que le pied se colore encore un petit peu en violet et les veines gonflent quand le patient est assis. L'existence de "passablement" de douleurs ainsi qu'une modification de la couleur du pied ("la station debout provoque des douleurs au pied [qui] devient noir") est en revanche signalée par le recourant au case manager de la CNA lors de l'entretien du 16 janvier 2007. De même, le recourant a mentionné à cette occasion une perte de sensibilité sur l'intérieur du pied et à deux orteils. Il ressort également de ce rapport que le recourant continuait à prendre des analgésiques. Ce rapport est postérieur à huit semaines depuis l'accident du 2 novembre 2006, mais antérieur à huit semaines depuis l'opération de reconstruction-arthrodèse de l'arrière-pied droit qui a eu lieu le 21 novembre 2006. Il ne ressort pas du dossier que les douleurs seraient réapparues peu avant le 16 janvier 2007, de sorte qu'il paraît très vraisemblable que l'algodystrophie ait débuté avant le 28 décembre 2006, échéance du délai de latence de huit semaines depuis l'accident. Point n'est donc besoin de déterminer si la lésion partielle du nerf sural est consécutive à l'accident du 2 novembre ou à la reconstruction arthrodèse du 21 novembre 2006, auquel cas l'assureur-accidents devrait aussi

allouer ses prestations pour les lésions causées à l'assuré victime d'un accident lors du traitement médical (cf. art. 6 al. 3 LAA).

Au surplus, il faut relever que le critère du délai de latence de six à huit semaines a été repris par la jurisprudence d'un ouvrage relatif à l'algodystrophie de type I (B. Kiener/R. Kiss, Expertise et algodystrophie, in: Algodystrophie [Complex regional pain syndrome I], *op. cit.*, p. 90; cf. TF U 436/06 consid. 3.4.2.1). La question peut demeurer indécis de savoir si cette condition s'applique aussi à une algodystrophie de type II consécutive à une lésion d'un nerf.

En tout état de cause, il faut admettre que l'algodystrophie du recourant est dans un rapport de causalité naturelle avec l'accident du 2 novembre 2006 ou, éventuellement, avec l'opération du 21 novembre 2006.

**d)** S'agissant des troubles psychiques, l'expertise du Dr C. \_\_\_\_\_ du 28 mai 2010 fait état de diagnostics établis tant durant la procédure devant l'autorité intimée que dans le cadre de la procédure concernant les prestations de l'assurance-invalidité. Selon l'expertise du Dr C. \_\_\_\_\_, le recourant a présenté d'abord une pathologie mineure, un état de stress post-traumatique qu'on pouvait qualifier de léger. Il y eut ensuite un trouble de l'adaptation. A partir de la fin septembre 2008, les troubles psychiques ont été considérablement aggravés et ont atteint le degré d'un épisode dépressif sévère d'abord avec puis sans caractéristiques psychotiques. Quelques mois avant l'expertise réalisée en mai 2010 est venu encore s'ajouter un trouble panique sans agoraphobie. Un avis médical de la Dresse T. \_\_\_\_\_ du 7 octobre 2009 avait mentionné en outre l'éventualité d'un trouble de la personnalité à traits paranoïaques; ce diagnostic éventuel n'a pas été confirmé ultérieurement.

**aa)** Il ressort tant de l'expertise du Dr C. \_\_\_\_\_ de mai 2010 que du rapport médical du 31 janvier 2008 des Dresses T. \_\_\_\_\_ et B.K. \_\_\_\_\_ que l'état de stress post-traumatique diagnostiqué en mai 2007 avait disparu avant la décision attaquée. Indépendamment de sa

qualification comme léger par le concilium psychiatrique de mai 2007 du Dr C.\_\_\_\_\_, l'état de stress post-traumatique n'avait aucune portée sur la capacité de gain du recourant lors de la décision attaquée. La mention de ce trouble encore dans le rapport du 10 novembre 2008 du Dr H.\_\_\_\_\_ doit être comprise comme un rappel des diagnostics de l'expertise de la CRR. Point n'est donc besoin d'examiner si c'est à juste titre que l'autorité intimée considère que l'état de stress post-traumatique n'est pas dans un rapport de causalité naturelle avec l'événement du 2 novembre 2006.

**bb)** Le trouble de l'adaptation diagnostiqué par les Dresses T.\_\_\_\_\_ et B.K.\_\_\_\_\_ dans leur rapport médical du 31 janvier 2008 n'était plus présent lors de l'expertise de mai 2010. Le Dr C.\_\_\_\_\_ déclare en effet que "les autres entités diagnostiques évoquées au dossier, à savoir l'état de stress post-traumatique, le trouble de l'adaptation et un éventuel trouble de la personnalité sont aujourd'hui réfutées". Même si cette appréciation est postérieure à la décision attaquée, on peut estimer que l'éventuel trouble de l'adaptation n'est déjà plus pertinent dès l'aggravation de la dépression en octobre 2008, donc y compris lors de la décision attaquée. Point n'est donc besoin d'évaluer le lien de causalité entre l'accident du 2 novembre 2006 et ce trouble.

**cc)** S'agissant du trouble dépressif, l'autorité intimée soutient qu'il n'est pas en rapport de causalité naturelle avec la chute. Elle est en effet d'avis que c'est le deuil de l'assuré de son état physique préexistant, et non la chute en tant que telle, qui est à la base de l'invalidité et des prétentions du recourant.

Les Dresses T.\_\_\_\_\_ et B.K.\_\_\_\_\_ retiennent, dans leur avis médical du 31 janvier 2008, une réaction dépressive prolongée en relation avec un trouble de l'adaptation; elles relèvent que le recourant présentait depuis l'été 2007 une symptomatologie anxio-dépressive et bénéficiait d'un traitement psychiatrique intégré depuis octobre 2007. Dans son courrier du 7 octobre 2009, la Dresse T.\_\_\_\_\_ retient comme diagnostic un épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques. Elle

relève que l'état de santé psychique de l'assuré s'est aggravé dans le courant de l'année 2008 sous la forme d'une aggravation de son syndrome dépressif avec apparition d'un syndrome anxieux croissant.

Selon l'expertise du Dr C.\_\_\_\_\_ de mai 2010, le recourant souffre d'un trouble dépressif majeur (état actuel sévère, sans caractéristiques psychotiques) ou, selon la terminologie de la CIM-10 (classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes), d'un "épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques" (F 32.2). A son avis, les troubles psychiques du recourant ont été considérablement aggravés dès octobre 2008 et ont atteint le degré d'un épisode dépressif sévère d'abord avec puis sans caractéristiques psychotiques. Le Dr C.\_\_\_\_\_ attribue une double cause au développement de cet épisode dépressif sévère: d'une part, la prise de conscience par le recourant que la guérison attendue n'était plus possible (c'est-à-dire qu'il "ne récupérerait pas physiquement au-delà de ce qu'il avait déjà récupéré") et, d'autre part, le fait qu'à cette période les assureurs (à savoir tant l'autorité intimée que l'OAI) "validaient la stabilisation du cas". Il explique que l'expertisé a présenté, depuis la fin septembre 2008, une pathologie dépressive plus typique et plus grave, et qu'avec l'annonce du cancer de son épouse ainsi que l'évolution défavorable de cette maladie, les troubles dépressifs se sont consolidés dans la durée.

L'expertise du Dr C.\_\_\_\_\_ - dont l'intimée n'avait pas connaissance lorsqu'elle a rendu la décision sur opposition, mais qui peut être prise en considération dans la mesure où elle décrit l'état de santé avant cette décision - est suffisamment détaillée et remplit les exigences de la jurisprudence pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. En effet, l'expert se fonde sur les pièces figurant au dossier de l'OAI, un examen du recourant et un entretien téléphonique avec la Dresse T.\_\_\_\_\_. Son appréciation repose ainsi sur un examen clinique approfondi et a été effectué en pleine connaissance de l'anamnèse et du dossier médical de l'intéressé. L'expert a également décrit et pris en considération les plaintes exprimées par le recourant. La description du

contexte médical et l'appréciation de la situation médicales sont claires. Les conclusions, en particulier le diagnostic de trouble dépressif majeur, sont dûment motivées et convaincantes. Certes, le Dr C.\_\_\_\_\_ se prononce dans le cadre d'une expertise mise en œuvre par l'OAI, où la question de la causalité des troubles n'est pas essentielle; il n'en demeure pas moins que son appréciation à ce sujet est pleinement probante.

Partant, et conformément à l'avis du Dr C.\_\_\_\_\_, il convient d'admettre que le trouble dépressif est une nouvelle pathologie survenue après que l'événement assuré a été stabilisé. Il en découle, comme l'a retenu l'autorité intimée, que le trouble dépressif n'est pas dans un rapport de causalité naturelle avec l'accident du 2 novembre 2006.

**dd)** En principe, une évolution postérieure à la décision attaquée n'est pas prise en considération. Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 366 consid. 3b; 116 V 248 consid. 1a et les références). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 117 V 293 consid. 4). Il n'y a donc pas lieu de se prononcer sur le trouble panique sans agoraphobie qui est né bien après la décision attaquée.

**e)** Le rapport du Dr H.\_\_\_\_\_ du 10 novembre 2008 mentionne des lésions dégénératives du ménisque interne gauche ainsi que des douleurs lombaires basses et des douleurs cervico-thoraciques. Son rapport du 16 mars 2009 y ajoute des douleurs dans les poignets et des céphalées. Le Dr H.\_\_\_\_\_ ne se prononce toutefois pas sur un éventuel lien de causalité naturelle avec l'accident assuré.

**aa)** La qualification de lésions dégénératives démontre que les atteintes au genou gauche ne sont pas liées à cet accident. Le recourant ne le conteste pas.

**bb)** Il est admis que des déficiences de charge causées par un accident en raison de lésions au pied ou à la jambe peuvent conduire à des douleurs dorsales à titre de conséquence indirecte (RAMA 2003 n° U 487 p. 337, arrêt U 38/01; TF U 522/06 du 12 octobre 2007 consid. 5.1). Une boiterie d'épargne n'est toutefois pas considérée comme apte à modifier la charge de la colonne vertébrale s'il n'y a pas d'autres déformations graves telles qu'une arthrose de la hanche (TF 8C\_248/2008 du 4 juillet 2008 consid. 3.2). Or, une telle déformation grave n'a pas été constatée en l'espèce. Les douleurs lombaires et cervico-thoraciques ne sont donc pas en relation de causalité naturelle avec l'accident assuré.

**cc)** Quant aux douleurs aux coudes et aux poignets, elles ne sont manifestement pas une conséquence directe de l'accident assuré. Il ne ressort pas non plus des documents médicaux qu'elles constituent des séquelles de l'algodystrophie à la jambe droite.

**f)** En conclusion, sont dans un lien de causalité naturelle avec l'accident du 2 novembre 2006 les troubles suivants: le status postérieur à la fracture du calcanéum droit, à la fracture du massif des épines tibial droit, à la fracture des ligaments croisés, à la reconstruction-arthrodèse et à l'ablation de deux broches calcanéotaliennes et l'algodystrophie de la jambe droite.

S'agissant des troubles psychiques, il est admis, d'une part, que la réaction psychopathologique post-traumatique légère et le trouble de l'adaptation, imputables à l'événement assuré du 2 novembre 2006, ont été surmontés et, d'autre part, que le trouble dépressif est survenu après que le cas accidentel a été stabilisé.

**5.** 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; 129 V 402 consid. 2.2; 125 V 456 consid. 5.a et les références).

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

**b)** En l'espèce, seules des atteintes à la santé physique sont admises comme étant en relation de causalité naturelle avec l'événement assuré. En effet, font partie des atteintes organiques ou physiques les fractures du calcaneum, du massif des épines tibial et des ligaments croisés, ainsi que la neuropathie surale et l'algodystrophie. La question de la causalité adéquate n'a dès lors - selon la jurisprudence - aucune incidence; la causalité naturelle suffit.

**c)** L'autorité intimée s'est fondée sur les avis médicaux de son médecin d'arrondissement, le Dr F.\_\_\_\_\_, et a considéré que le recourant était à même d'exercer, à temps complet, une activité légère dans différents secteurs de l'industrie, respectant les limitations fixées. Elle a ainsi conclu à une invalidité de 31% en prenant en considération l'ensemble des atteintes physiques du recourant, y compris l'algodystrophie et l'atteinte du nerf sural.

Il s'ensuit que seules les atteintes physiques précitées devaient être prises en considération pour fixer la rente d'invalidité du recourant. Partant, c'est à juste titre que la CNA a nié le lien de causalité naturelle entre l'accident et l'épisode dépressif grave dont le recourant souffre depuis octobre 2008 et octroyé une rente pour un taux d'invalidité de 31%.

**6.** Le recours, entièrement mal fondé, doit par conséquent être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée rendue par la CNA. La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'est pas perçu

de frais de justice, ni alloué de dépens dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I. Le recours est rejeté.
  
- II. La décision sur opposition rendue le 19 mars 2009 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
  
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.
  
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Z. \_\_\_\_\_
- Me Didier Elsig (pour 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 :