

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 22 juin 2020

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mme Di Ferro Demierre, juge, et M. Peter, assesseur
Greffière : Mme Chaboudez

Cause pendante entre :

C. _____, à [...], recourant, représenté par Me Jean-Claude Mathey, avocat
à Lausanne,

et

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

Art. 6 al. 1, 18 al. 1 et 19 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. C._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1970, célibataire, sans formation, ressortissant portugais au bénéfice d'une autorisation de courte durée (« livret L UE/AELE »), a été engagé depuis le 6 mai 2014 par la société de prêt de personnel A._____ SA. Depuis le 4 août 2014, il travaillait sous contrat de mission en qualité d'aide-jardinier pour le compte de l'entreprise [...]. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Selon la déclaration de sinistre du 22 septembre 2014, l'assuré a été victime d'un accident de la route le 14 septembre 2014 alors qu'il circulait à moto comme passager. Le conducteur a perdu la maîtrise de la moto dans une courbe, celle-ci a heurté l'angle d'un muret, ce qui a désarçonné les deux passagers. L'assuré a été hospitalisé dès le 14 septembre 2014 au R._____ (ci-après : R._____).

La CNA a pris le cas en charge.

Selon le rapport médical émanant du R._____ du 23 septembre 2014, l'assuré souffrait des atteintes suivantes :

« Diagnostic principal

- Choc hémorragique sur lésion traumatique de l'artère fessière supérieure droite.

Diagnostic(s) secondaire(s) / Comorbidité(s) active(s)

- Fracture instable du bassin de type Tile B, avec :
 - fracture de l'aileron sacré bilatéral transforaminal type Denis II comminutive
 - fracture des 4 branches
 - fracture de l'aile iliaque gauche au niveau de l'épine iliaque postéro-supérieure.
 - fracture de l'aile iliaque droite.
- Hématome rétropéritonéal et musculaire (muscle iliopsoas droit, fessier droit, dorso-lombaire postérieur et racine antérieure de la cuisse).
- Rhabdomyolyse.

- Fracture de la tête du péroné avec entorse ligamentaire au genou droit.
- Traumatisme crânio-cérébral léger.
- Pneumothorax médial, rétro-cardiaque droit, de petite taille. »

Les médecins ont procédé à une embolisation de l'artère fessière supérieure droite le 14 septembre 2014 et, le 17 septembre 2014, à une réduction ouverte et ostéosynthèse de l'aile iliaque droite et de l'épine iliaque postéro-supérieure à gauche, à une réduction ouverte et fixation postérieure de la région sacro-iliaque bilatérale, et à la pose d'un fixateur externe supra-acétabulaire.

Le 10 novembre 2014, ils ont enlevé le matériel d'ostéosynthèse du fixateur externe du bassin.

Dans un rapport du 15 décembre 2014, les médecins du R._____ ont repris les diagnostics précédemment posés et y ont ajouté ceux de lésion urétrale complète à hauteur du sphincter externe et d'hémisyndrome de compression médullaire lombosacrée droite au cône médullaire et compression du nerf sciatique. Ils ont également retenu le diagnostic secondaire de neuropathie ulnaire d'origine compressive dans la gouttière du nerf ulnaire droit.

Le 26 novembre 2014, l'assuré a été transféré du R._____ à la M._____ (ci-après : M._____), où il a séjourné jusqu'au 1^{er} septembre 2015.

Le 21 janvier 2015, l'assuré a déposé une demande de prestations AI.

Le 15 avril 2015, l'assuré a subi une urétroplastie par résection anastomose de l'urètre bulbaire et la mise en place d'une sonde vésicale transurétrale, laquelle a été retirée le 13 mai 2015.

Selon le rapport de l'entretien réalisé avec l'assuré le 17 juillet 2015, au moment de l'accident, il était engagé par A._____ en qualité d'aide-jardinier. Il avait une promesse d'engagement de la maison « [...] »

[recte : P._____] à [...] en tant qu'aide-caviste, mais l'accident avait empêché le début de cette activité. Il travaillait depuis 2007 trois mois par année en Suisse, et le reste de l'année rentrait au Portugal. Il avait travaillé comme maçon au Portugal.

Le Dr B._____, spécialiste en neurologie, médecine interne générale, médecine physique et réadaptation, a indiqué dans un rapport du 14 septembre 2015 que l'assuré présentait des troubles de la marche, des douleurs du bassin, une plégie distale du membre inférieur droit avec troubles sensitifs modérés, troubles de la motilité fine du membre supérieur droit ainsi qu'un état dépressif modéré et a repris les diagnostics posés à la M._____. Dans l'anamnèse, il a noté que la famille de l'assuré se trouvait au Portugal (son père, deux frères et une sœur), qu'il avait quelques amis en Suisse qu'il voyait peu, que depuis 2000, il venait y travailler deux à trois mois par année et de façon définitive en 2014.

Dans leur rapport du 17 septembre 2015, les Drs Y._____, spécialiste en médecine interne générale, et N._____ de la M._____ ont posé les diagnostics suivants :

« DIAGNOSTIC PRINCIPAL

- Thérapies physiques et fonctionnelles suite à un polytraumatisme

DIAGNOSTICS SUPPLEMENTAIRES

- AVP [accident de la voie publique] moto le 14.09.2014 avec :
 - TCC [traumatisme crânio-cérébral] léger à modéré
 - fracture instable du bassin de type Tile B : fracture de l'aileron sacré bilatérale comminutive trans-foraminale type Denis II, fracture des 4 branches ischio- et ilio-pubiennes, fracture de l'aile iliaque gauche au niveau de l'épine iliaque postéro-supérieure, fracture de l'aile iliaque droite avec arrachement de l'artère fessière supérieure
 - Rétrécissement traumatique de l'urètre bulbo-membraneux avec :
 - Status post mise en place d'une sonde suspubienne
 - Dysfonction érectile depuis l'accident
 - hématome rétropéritonéal et musculaire (ilio-psoas, fessier, racine antérieure de la cuisse droite)
 - lésion sévère du plexus lombosacré sur probable compression du cône médullaire et compression du nerf sciatique
 - compression ulnaire avec atteinte de la conduction sensitive
 - fracture intra-articulaire non enfoncée du plateau tibial externe avec rupture non transfixiante du LCA [ligament croisé

antérieur], fracture de la tête du péroné avec entorse ligamentaire genou droit

[...]

DIAGNOSTICS POSES AU COURS DU SEJOUR :

- Myosite ossifiante au niveau de la musculature petit fessière et piriforme à droite.
- Plexopathie lombosacrée et atteinte médullaire probable du MID [membre inférieur droit] avec pronostic réservé de récupération du nerf ischiatique
- Plexopathie axillaire D [droite] traumatique légère du tronc inférieur sensitif
- Trouble de l'humeur et de l'adaptation sous traitement.
- [...] Infection urinaire [...] »

L'assuré a à nouveau séjourné à la M. _____ du 23 mars 2016 au 20 mai 2016. Dans leur rapport du 10 juin 2016, la Dre W. _____ et le Dr G. _____ ont repris les diagnostics précédemment posés et mentionné comme nouveaux diagnostics une tendinopathie de la coiffe en particulier du sus et du sous-épineux sans lésion transfixiante avec déchirure partielle du sus-épineux et une parésie de la corde vocale gauche en position paramédiane, sans dyspnée mais avec dysphonie. Ils ont fait l'appréciation suivante du cas :

« L'évolution subjective est favorable. Par contre, les tests objectifs n'ont pu mettre en évidence d'évolution significative (cf. rapports et tests fonctionnels).

La participation du patient aux thérapies a été considérée comme élevée.

Aucune incohérence n'a été relevée.

Les limitations fonctionnelles définitives suivantes sont retenues :

- au niveau de l'épaule droite : port de charges lourdes et travaux au-dessus du plan de la scapula, pas de limitation pour les travaux fins.
- au niveau du bassin et du MID : port de charges, maintien prolongé du tronc en porte-à-faux, flexions-torsions répétées du tronc, expositions prolongées du corps aux vibrations, maintien prolongé des postures assises et debout, marche prolongée, montée et descente des escaliers et des échelles.

La situation est stabilisée du point de vue médical.

La poursuite d'un traitement de physiothérapie 2 x/semaine, en individuel et en entraînement thérapeutique avec piscine, pourrait permettre d'améliorer la qualité de vie du patient.

Aucune nouvelle intervention n'est proposée.

Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité est défavorable au vu des facteurs médicaux retenus après l'accident discutés ci-dessus.

Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles ci-dessus est défavorable au vu des facteurs médicaux retenus après l'accident et les facteurs non médicaux discutés ci-dessus. »

Le 22 août 2016, le Dr Q._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a informé la CNA que le patient, après une séance de physiothérapie, n'avait pas remarqué en raison de ses troubles sensitifs au membre inférieur droit que son pied brûlait dans le hammam. Il en était résulté une brûlure de 5 sur 11 cm sur la face dorsale du pied.

Le 21 septembre 2016, l'assuré a été examiné par le Dr T._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et médecin d'arrondissement de la CNA. Dans son rapport du même jour, celui-ci a repris les limitations fonctionnelles retenues par les médecins de la M._____, auxquelles il a ajouté la position accroupie et à genoux, et a mentionné ce qui suit :

« On peut confirmer ces limitations et on estime que l'assuré peut travailler avec un rendement de 50 % dans une activité respectant ces limitations.

Le traitement de physiothérapie pour 1 séance hebdomadaire est à la charge de l'assurance-accident.

Le traitement antalgique est à la charge de la Suva pour une longue durée.

La situation médicale est stabilisée et on ne s'attend plus à des modifications significatives de la situation de M. C._____.

On doit attribuer à l'assuré une IPAI [indemnité pour atteinte à l'intégrité] de 30 % pour sa paralysie du nerf sciatique D. La table 2 de l'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA (chiffre 2870/2.f-2000) attribue en effet une IPAI de 30 % pour une paralysie du nerf sciatique.

Pour l'instabilité du genou D correspondant à une rupture du LCA, la table 6 de l'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA (chiffre 2870/6.f-2004) reconnaît une IPAI de 5 % pour une atteinte d'un ligament croisé.

Au total, après pondération, l'IPAI globale s'élève à 33,75 %. »

La Dre J._____, médecin praticien, a fait savoir, dans un rapport du 30 novembre 2016, qu'un retour en emploi était prématuré, relevant qu'il n'était fait mention nulle part de l'extrême ralentissement idéomoteur de l'assuré, associé à une faible fonctionnalité du membre supérieur droit chez un droitier, probablement d'origine centrale compte tenu de l'hémisyndrome droit et du traumatisme crânial sévère, qui compromettaient un travail assis avec usage des deux membres supérieurs.

Dans un rapport du 2 décembre 2016, le Dr B._____ a indiqué ce qui suit :

« **Diagnostics**

Troubles de la marche et de l'équilibre persistant suite à un accident de moto en tant que passager le 14.09.2014 avec polytraumatisme :

- Fracture complexe du bassin avec fracture des branches ischio et iliopubiennes, lésion traumatique d'une branche de l'artère iliaque interne droite, traitée par voie chirurgicale.
- Fracture du péroné droit, entorse ligamentaire du genou droit
- Traumatisme cranio-cérébral léger
- Pneumothorax rétro-cardiaque droit
- Lésion urétrale.

Hémisyndrome droit

- Neuropathie sciatique droite d'origine compressive avec déficit sensitivomoteur, pied tombant.

Etat dépressif et anxieux secondaire

Syndrome douloureux

- Tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite
- Parésie de la corde vocale
- Lésion du nerf cubital du membre supérieur droit.

[...] J'ai parlé avec le Dr Q._____, son chirurgien orthopédique qui, comme moi-même, pense qu'une réintégration professionnelle est impossible avec ces restrictions physiques multiples, et que même une activité en position assise n'est pas possible au vu du fait que le membre supérieur droit était atteint également.

Une discrète amélioration physique, de la marche et de la fonction du membre supérieur droit, pourra encore être atteinte par la continuation du traitement de réadaptation. »

Lorsque le cas a été à nouveau soumis au médecin d'arrondissement le 20 décembre 2016, celui-ci a revu son appréciation et

conclu que la capacité de travail était nulle, une nouvelle convocation étant inutile, dès lors que la situation médicale était stabilisée.

Dans son rapport du 23 janvier 2017, le Dr B._____ a fait savoir que le patient avait présenté une exacerbation importante rapide de la parésie hémicorporelle droite en décembre 2016, entraînant un séjour à l'Hôpital D._____, où les médecins avaient conclu à un syndrome fonctionnel et transféré l'assuré en psychiatrie à V._____, où le diagnostic d'état dépressif moyen avait été posé. Le Dr B._____ estimait qu'un nouveau séjour à la M._____, voire à la Clinique [...], devait être considéré.

Le 26 janvier 2017, le Dr Q._____ a contesté le taux d'IPAI retenu par le Dr T._____. Il a en outre observé que l'appréciation neurologique remontait au séjour de l'assuré à la M._____, estimant dès lors que cet examen, effectué le 25 avril 2016 par le Dr S._____, devrait être réactualisé.

Le Dr T._____ a revu le dossier de l'assuré le 15 février 2017. Il a maintenu le taux d'IPAI qu'il avait arrêté, et répété que la situation médicale était stabilisée.

L'assuré a été hospitalisé à V._____ courant février 2017 en raison de risques suicidaires (informations transmises par le Dr B._____ au Dr T._____ par téléphone du 1^{er} mars 2017).

Le 23 mars 2017, A._____ SA a fait savoir à la CNA que les rapports de travail avec l'assuré avaient été limités dans le temps, du 6 mai au 12 septembre 2014 et qu'il avait touché un salaire brut de 16'989 fr. 20.

L'assuré a séjourné une troisième fois à la M._____ du 22 mars au 10 mai 2017. Dans leur rapport du 22 mai 2017, les Drs S._____ et F._____, spécialistes en neurologie, et la Dre Z._____ ont repris les diagnostics précédemment posés et retenu comme nouveaux diagnostics

un épisode dépressif moyen et un trouble moteur dissociatif. Ils ont en particulier relevé les éléments suivants :

« **Du point de vue des fonctions locomotrices**, la situation est globalement stabilisée. Les limitations fonctionnelles définitives suivantes ont été retenues lors de son séjour précédent à la M. _____ :

- Au niveau de l'épaule droite : pas de port de charge lourde au-dessus du plan de la scapula, pas de limitations pour les travaux fins.
- Au niveau du bassin et du membre inférieur droit : pas de port de charge, maintien prolongé [du] tronc en porte-à-faux, flexion et torsion répétée du tronc, exposition prolongée du corps aux vibrations, maintien prolongé de postures assise et debout, marche prolongée, montée et descente des escaliers et des échelles.

Du point de vue professionnel, durant le séjour le patient a bénéficié d'une prise en charge aux ateliers professionnels. La lenteur d'exécution et la démonstration constante de ses handicaps ne permettent pas de juger de sa réelle implication. Le PACT est très bas à 20, indiquant que le patient sous-estime ses capacités. Théoriquement, il possède une capacité de travail de 50 % dans une activité assise avec les limitations susmentionnées.

Du point de vue biologique, l'examen de laboratoire effectué le 06.04.2017 a mis en évidence une dyslipidémie. On propose au médecin-traitant de réévaluer ces paramètres à distances.

INCAPACITE DE TRAVAIL

100 % du 22.03.2017 au 10.05.2017, puis 50 % dans une activité adapté[e] avec des limitations susmentionnées. »

L'assuré a été hospitalisé à l'Hôpital D. _____ du 21 juillet au 2 août 2017, à la requête du Dr B. _____, qui a constaté que son état neurologique s'était dégradé rapidement les derniers jours. Dans un rapport du 4 septembre 2017, les médecins ont posé le diagnostic principal d'hémisyndrome sensitivo-moteur incomplet brachio-crural droit depuis 2014, en péjoration subjective du patient, avec status neurologique superposable, d'origine fonctionnelle.

Le 31 août 2017, les médecins du centre de neuro-urologie du R. _____, faisant suite à l'examen urodynamique de l'assuré du 6 juin 2017, ont diagnostiqué des troubles de la vidange et du remplissage vésical. Ils ont modifié le traitement prescrit et convoqué le patient pour

une cystoscopie, afin d'exclure une sténose au niveau de l'urètre bulbaire post opératoire.

Dans le cadre d'un contrôle après le séjour à la M._____, le Dr S._____ a repris les diagnostics posés à la M._____ et conclu à une évolution légèrement favorable ainsi qu'à un status neurologique superposable, dans son rapport du 25 septembre 2017.

Dans un rapport médical intermédiaire du 8 novembre 2017, le Dr Q._____ a conclu que l'assuré présentait une incapacité définitive à exercer une activité professionnelle.

Le 22 décembre 2017, la Dre E._____ de l'Hôpital L._____, spécialiste en neurologie, a fait savoir au Dr B._____ qu'elle avait été frappée, lors de la consultation de neuropsychosomatique du 5 octobre 2017, par un syndrome parkinsonien à prédominance droite, avec au membre supérieur gauche non seulement une bradykinésie, mais aussi une diminution de l'amplitude lors des mouvements à répétition. Pour elle, le syndrome pourrait être secondaire (médicamenteux), post-traumatique/lésionnel (mais il n'y avait pas de lésion des ganglions de base visibles au scanner, et une IRM n'était pas possible car le patient avait un défibrillateur en place), ou idiopathique, ou familiale (notion d'une maladie de parkinson chez la mère du patient débutant à l'âge de 50 ans environ).

Le 27 décembre 2017, le médecin d'arrondissement a admis la prise en charge de la location d'un fauteuil roulant pour l'assuré.

Le 20 février 2018, le Dr B._____ a fait savoir à la CNA qu'un nouveau diagnostic avait été posé par l'Hôpital L._____, à savoir une maladie de Parkinson.

Le 8 mars 2018, le Dr T._____ a estimé qu'en l'absence de rapport médical étayé de l'Hôpital L._____, la maladie de Parkinson

n'était pas en lien de causalité avec l'accident, et a demandé des renseignements.

Dans un rapport du 29 mars 2018, les Drs H. _____ spécialiste en neurologie, U. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et I. _____ de l'Hôpital L. _____, ont posé le diagnostic de syndrome de Parkinson, vraisemblablement idiopathique.

Le 13 juin 2018, l'assuré a été à nouveau examiné par le Dr T. _____, qui a fait l'appréciation suivante du cas :

« Je ne reviendrai pas sur les antécédents qui sont exposés ci-dessus. L'assuré a fait de nombreux séjours à la M. _____ dont le dernier du 22.03 au 10.05.2017. De nombreux signes de surcharge fonctionnelle ont été observés, confirmés à l'examen psychiatrique.

Les limitations fonctionnelles retenues au terme du dernier séjour à la M. _____ sont inchangées.

Une maladie de Parkinson aurait été diagnostiquée à l'Hôpital L. _____ à [...]. Elle n'est pas en relation de causalité avec l'accident du 14.09.2014.

Subjectivement, l'assuré a acquis une certaine routine dans sa vie quotidienne. Il sort 1 à 2 x p/jour avec ses deux cannes. Un traitement de physiothérapie est prodigué 2 x p/semaine et le patient fait des exercices à domicile avec son vélo d'appartement et d'autres appareils dont il dispose.

Les plaintes douloureuses semblent nettement au second plan et le patient ne prend qu'un comprimé de Dafalgan en fin de journée.

Objectivement, il existe une séquelle d'atteinte du MID avec une plexopathie se traduisant par une amyotrophie sévère du mollet et un pied tombant à D qui a déjà fait l'objet d'une appréciation et d'une IPAI suite à l'examen à l'agence du 21.9.2016.

Les limitations fonctionnelles que l'on peut retenir sont celles mentionnées dans le rapport de sortie du dernier séjour à la M. _____.

En fin d'examen, le patient demande à pouvoir bénéficier d'un nouveau séjour à la M. _____. Un séjour supplémentaire à la M. _____ n'est médicalement pas justifié. La situation médicale est stabilisée et on n'attend aucune amélioration des soins prodigués actuellement, ceux-ci servent à maintenir l'état de santé de l'assuré. »

Dans un courrier du 12 juillet 2018, le Dr Q. _____ a relevé que le Dr T. _____ ne mentionnait pas les séquelles de la lésion du

plexus brachial à droite, ni le suivi toujours en cours dans le service d'urologie du R._____ et qu'il ne tenait probablement pas compte des rapports de l'Hôpital L._____.

Le 25 juillet 2018, le Dr T._____ a précisé que l'atteinte du plexus brachial droit n'avait pas laissé de séquelle puisque la fonction de l'épaule droite était complète et a reconnu qu'un éventuel suivi d'une lésion traumatique de l'urètre était à la charge de l'assurance-accidents.

Le 8 août 2018, la CNA a informé l'assuré qu'elle mettait un terme à la prise en charge des soins médicaux et au versement des indemnités journalières avec effet au 1^{er} septembre 2018 et qu'elle continuerait à prendre en charge les contrôles médicaux encore nécessaires.

Le 20 août 2018, le conseil de l'assuré a mis en cause la stabilisation de l'état de santé retenue par la CNA, en se prévalant de l'avis du Dr Q._____ du 12 juillet 2018.

Le 28 août 2018, la CNA a fait savoir à l'assuré qu'elle maintenait sa position.

A la requête de la CNA, A._____ SA lui a indiqué le 31 août 2018 que le salaire de base de l'assuré s'élèverait à 20 fr. 70 de l'heure, pour un horaire moyen de 42 heures par semaine, vacances par 10,64% et 13^e salaire par 8,33% en sus.

Le 2 octobre 2018, le Dr Q._____ s'est adressé aux médecins du service de neurologie de l'Hôpital L._____, afin de leur demander comment ils avaient posé le diagnostic de syndrome de Parkinson idiopathique, s'il ne s'agissait pas d'une autre maladie, s'il ne s'agissait pas d'une complication du sérieux accident du 14 septembre 2014, et s'ils étaient certains que cette maladie de Parkinson était sans rapport avec l'accident.

Par décision du 31 octobre 2018, la CNA a reconnu à l'assuré le droit à une rente d'invalidité de 43 % à compter du 1^{er} septembre 2018, en tenant compte d'un gain réalisable sans l'accident de 49'335 fr., et d'un revenu exigible de 27'885 francs. La CNA a en particulier relevé que l'assuré était en mesure d'exercer à 50 % une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, soit une activité assise, ne nécessitant pas le port de charges de plus de 5 kg, le maintien prolongé en porte-à-faux, la flexion et torsion répétée du tronc, l'exposition prolongée du corps aux vibrations, le maintien prolongé de postures assise et debout, la marche prolongée ainsi que la montée ou descente d'échelles et d'escaliers. Sur la base d'un gain assuré annuel de 33'905 fr., et d'une incapacité de gain de 43 %, la rente servie à compter du 1^{er} septembre 2018 s'élevait à 971 fr. 95. Une IPAI de 33,75 %, correspondant à un montant de 42'525 fr., lui a en outre été versée. L'assuré n'avait en revanche pas droit à une allocation pour impotent.

L'assuré, par son conseil, s'est opposé le 30 novembre 2018 à cette décision, invoquant que sa situation n'était pas stabilisée, contestant l'avis du Dr T._____, de même que le gain assuré retenu. En annexe à son opposition, il a notamment produit un rapport du 15 novembre 2018 des Drs H._____ et I._____ de l'Hôpital L._____, qui y ont notamment indiqué que l'étiologie du syndrome de Parkinson n'était pas claire, mais qu'ils privilégiaient un syndrome idiopathique ; des tests génétiques étaient envisagés compte tenu du jeune âge du patient et de l'anamnèse familiale positive. Ces médecins faisaient encore état d'une lésion du plexus résiduelle, en indiquant ne pouvoir indiquer l'étiologie exacte de cette affection sous le strict angle clinique.

Par décision sur opposition du 20 décembre 2018, la CNA a rejeté l'opposition, en retenant que l'état était stabilisé, conformément au rapport du Dr T._____ du 13 juin 2018, complété le 25 juillet 2018 pour répondre aux observations formulées le 12 juillet 2018 par le Dr Q._____. Le fait que les médecins orientaient leurs recherches en lien avec la maladie de Parkinson en direction de tests génétiques parlait en

faveur d'une étiologie malade. Aucune preuve n'allait à l'encontre de la stabilisation de l'état de santé.

La CNA a en outre exposé que dans la mesure où l'assuré avait toujours travaillé sur de courtes périodes en Suisse, qu'il était titulaire d'un livret « L » et qu'il ne pouvait dès lors séjourner en Suisse que durant une courte durée, il n'y avait pas lieu de convertir en gain annuel les revenus - modestes - qu'il avait réalisés. Elle a ainsi fixé le gain annuel assuré à 39'905 fr., sur la base des revenus effectivement touchés sur la période du 14 septembre 2014 au 13 septembre 2013.

B. Par acte du 23 janvier 2019, C._____, toujours représenté par Me Mathey, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à son annulation, faute de stabilisation de son état de santé (II) et à sa réforme dans le sens que sa rente est calculée sur la base d'un gain annuel assuré de 53'383 fr. (III).

Il a en particulier requis que la CNA procède à des examens médicaux complémentaires, notamment au sujet du lien de causalité entre la maladie de Parkinson et l'accident du 14 septembre 2014. En substance, il a fait valoir que son état de santé n'était pas stabilisé, et qu'en particulier, le médecin d'arrondissement avait passé sous silence les lésions qu'il présentait au plexus brachial droit, de même qu'à l'urètre, sans que son avis complémentaire du 25 juillet 2018 ne puisse être considéré comme un rapport suffisant. Il a ainsi sollicité que des examens complémentaires soient entrepris, notamment pour ce qui a trait à la lésion du plexus brachial droit, estimant la décision attaquée prématurée. Dans un autre moyen, il a invoqué que la maladie de Parkinson qu'il présentait était imputable à l'événement accidentel, estimant à cet égard également la décision attaquée prématurée. Enfin, il a contesté le gain assuré retenu par l'intimée, par 33'905 fr., plaidant que le livret « L » dont il était titulaire était renouvelable, et que sans l'accident, il aurait poursuivi son activité. Il a ainsi exposé que c'est un gain assuré de 53'383 fr., et non de 33'905 fr., qui aurait dû être pris en compte. Il a relevé à cet

égard avoir requis de l'intimée qu'elle interpelle l'employeur sur ce point, ce qu'elle n'avait pas fait.

Dans sa réponse du 5 avril 2019, la CNA a conclu au rejet du recours.

En réplique, le 2 mai 2019, le recourant a fait valoir, en se référant à un avis du Dr Q. _____ du 17 avril 2019, que la CNA s'était focalisée sur les séquelles neurologiques au membre inférieur droit et avait négligé les atteintes à l'épaule droite, qui étaient toujours présentes et réduisaient fortement sa mobilité. Il a derechef plaidé que son état n'était pas stabilisé et qu'il y avait lieu de procéder à des examens complémentaires sur la lésion du plexus brachial droit. Il a en outre requis la production de son dossier AI et sollicité que son employeur, A. _____ SA, soit invité à confirmer qu'il aurait poursuivi ses missions postérieurement au mois de septembre 2014. Avec son écriture, il a produit un projet de décision de l'OAI du 18 février 2019, lui reconnaissant le droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} septembre 2015, fondée sur un degré d'invalidité de 100 %, sans limitation dans le temps. Il a également produit un rapport du 17 avril 2019 du Dr Q. _____, à teneur duquel la fracture intra-articulaire du plateau tibial externe et la déchirure du ligament croisé antérieur, traitées conservativement, étaient des lésions graves qui pouvaient parfaitement expliquer les douleurs au genou dont se plaignait encore le recourant et qui justifiaient l'indication à une arthroscopie, indication posée tardivement dans l'attente d'un nouveau pacemaker qui aurait dû permettre la réalisation d'une IRM ; il s'était finalement décidé à réaliser un arthro-scanner. Il estimait en outre que le plexus du membre supérieur droit avait été négligé au début vu la gravité des autres lésions traumatiques et a relevé que les troubles neurologiques au membre supérieur droit avaient été investigués en novembre 2014 et janvier 2015.

Le 27 mai 2019, la CNA a maintenu les conclusions prises au pied de son mémoire de réponse du 5 avril 2019.

C. Le dossier AI du recourant a été produit le 19 février 2020, ce dont les parties ont été informées, la possibilité leur étant laissée de déposer d'éventuelles déterminations.

Le 24 mars 2020, la CNA a indiqué ne pas avoir de déterminations à déposer.

Ce dossier comporte en particulier les éléments suivants :

- Un rapport initial REA du 29 novembre 2016, faisant suite à un entretien du même jour avec l'assuré, dont il ressort qu'il a terminé sa scolarité à 13 ans au Portugal, a travaillé de 13 à 16 ans comme peintre, et de 16 à 29 ans comme maçon ; depuis 2000, il venait travailler en Suisse et avait œuvré comme employé agricole, aide-caviste et aide-jardinier. Il avait déclaré dans ce cadre que son revenu sans atteinte à la santé serait de 2'800 fr., sous déduction des charges sociales et des impôts (rapport précité, point 3).
- Un rapport du 6 mars 2018 du Dr O._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, psychiatre traitant de l'assuré, selon lequel ce dernier présentait un épisode dépressif sévère (F32.2) et était en totale incapacité de travailler dans toute activité.
- Un rapport du 28 septembre 2018 du Dr B._____ aux médecins de l'Hôpital L._____, dans lequel il a notamment indiqué ce qui suit au sujet de l'assuré :

« Il pose la question de la relation entre la maladie de Parkinson et l'accident. Ma réponse : en principe, non. Absence de relation ».
- Une demande de renseignements adressée le 22 octobre 2018 par le Dr K._____ du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) au Dr B._____, l'invitant à lui faire savoir si la maladie de Parkinson est de nature à réduire notablement l'exigibilité de 50 % de capacité de travail retenue par la CNA concernant uniquement les suites/séquelles de l'accident de

septembre 2014, et dans l'affirmative, à évaluer l'impact de la maladie de Parkinson diagnostiquée en mars 2018 sur la capacité de travail dans une activité adaptée, et enfin à indiquer si l'état neurologique est maintenant stabilisé sous traitement optimal.

- Le rapport du 22 novembre 2018 du Dr B. _____ au Dr K. _____, qui a répondu ce qui suit :

« Est-ce la maladie de Parkinson est[..] de nature à réduire notablement son exigibilité de travail ? Oui, le patient est ralenti, aussi bien à la marche que pour les mouvements en particulier de l'hémicorps droit, d'une manière significative, approximativement et subjectivement environ 4 fois plus lente que la normale, avec une plus grande diminution encore du périmètre de marche. Quelle est la capacité de travail en tenant compte des deux diagnostics accumulés, soit les séquelles de l'accident, ainsi que les séquelles de cette maladie de Parkinson ? La capacité de travail est actuellement nulle. L'état neurologique du patient est actuellement stabilisé sous un traitement quasiment optimal, malheureusement » ;

- Un rapport SMR du Dr K. _____ du 12 février 2019 qui a estimé que la capacité de travail était nulle aussi bien dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, depuis le 14 septembre 2014, les limitations fonctionnelles étant les suivantes : douleurs mécaniques résiduelles, instabilité du genou droit, déficit moteur partiel du membre inférieur droit, ralentissement, pas de manipulation de charges lourdes, activité en position assise permettant l'alternance des positions au gré de l'assuré, pas de travail les mains au-dessus du plan des épaules. Le Dr K. _____ a pour le surplus relevé ce qui suit :

« La SUVA estime que les séquelles de l'accident du 14 septembre 2014 permettent à notre assuré une activité adaptée à hauteur de 50 %. Le médecin de la SUVA a estimé que la maladie de Parkinson n'était pas en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident de septembre 2014. Le Dr B. _____, médecine interne, neurologie et médecine physique FMH, estime pour sa part dans son RM [rapport médical] du 22 novembre 2018 que la capacité de travail est nulle dans toute activité de l'économie du fait des empêchements secondaires à l'accident et à [la] maladie de parkinson, même si cette dernière autorise encore actuellement la conduite automobile sur route avec un véhicule adapté. Nous nous rangeons à l'appréciation du Dr B. _____. » ;

- Un rapport du Dr B. _____ du 14 février 2019 établi à la suite de la consultation du même jour.
- Les décisions de l'OAI des 2 mai et 26 novembre 2019, lui reconnaissant à l'assuré le droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} septembre 2015 (calculée sur la base d'un revenu annuel déterminant de 34'128 fr. basé sur 6 années et 1 mois de cotisations).

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 auprès du tribunal compétent en temps utile compte tenu des fêtes hivernales (art. 38 al. 4 let. c LPGA, 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) La partie recourante définit, par ses conclusions, l'objet du litige («*Streitgegenstand*») soumis à l'examen du tribunal. Si la décision contestée porte sur un seul rapport juridique ou si elle est attaquée dans son ensemble, l'objet du litige et celui de la contestation se confondent. En revanche, lorsque la décision règle plusieurs rapports juridiques et que le recours ne porte que sur une partie d'entre eux, les rapports juridiques

non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais pas dans celui du litige (ATF 125 V 413 consid. 2a).

b) Est litigieuse la question de savoir si la CNA était fondée à considérer que l'état du recourant était stabilisé et, dans l'affirmative, à fixer sa rente d'invalidité à 43 % sur la base d'un gain assuré de 39'905 francs.

Le recourant ne conteste en revanche pas l'indemnité pour atteinte à l'intégrité qui lui a été allouée, ni le refus d'allocation pour impotent.

c) Les modifications de la LAA introduites par la novelle du 25 septembre 2015 (RO 2016 4375), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017, ne sont pas applicables au cas d'espèce. En vertu du ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification (RO 2016 4388), les prestations d'assurance allouées pour les accidents qui sont survenus avant l'entrée en vigueur de la modification du 25 septembre 2015 et pour les maladies professionnelles qui se sont déclarées avant cette date sont en effet régies par l'ancien droit.

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Selon l'art. 4 LPGA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort.

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche,

que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration, 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 citées).

c) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 ; TF 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.1 et les références citées). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 138 V 248 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_220/2016 du 10 février 2017 consid. 7.3).

d) Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite. Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus à attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré – ce par quoi il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; TF 8C_202/2017 du 21 février 2018 consid. 3) – et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement

médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA).

4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), 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_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

c) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, 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 asséculoologique. 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 l'assuré, 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 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

5. a) En l'espèce, le recourant a été victime d'un grave accident de la circulation le 14 septembre 2014, lors duquel il a subi un polytraumatisme. S'en sont notamment suivis plusieurs hospitalisations, ainsi que trois séjours auprès de la M._____. Il n'est pas contesté que le recourant présente, en raison de l'événement accidentel précité, des atteintes considérables, qui ne sont à juste titre pas remises en question.

Est par contre litigieux le point de savoir si, comme le retient l'intimée, l'état du recourant pouvait être considéré comme stabilisé à partir du 1^{er} septembre 2018 et conduire la CNA à passer à l'examen du droit à la rente, ou si, au contraire, faute de stabilisation, cette dernière aurait dû poursuivre le versement des indemnités journalières. Dans ce cadre, le recourant fait pour l'essentiel valoir que son état n'est pas stabilisé à trois titres : en raison de sa maladie de Parkinson, dont le lien de causalité avec l'accident doit être investigué, et du fait de l'atteinte au plexus brachial droit, d'une part, ainsi qu'à l'urètre, d'autre part.

b) Le recourant ne peut toutefois être suivi lorsqu'il plaide que son état n'est pas stabilisé. Le 10 juin 2016 déjà, à la suite de son deuxième séjour auprès de la M._____, du 23 mars au 20 mai 2016, les Drs W._____ et G._____ avaient relevé que la situation était stabilisée du point de vue médical. Le recourant et ses médecins ont fait valoir que son état s'était dégradé à la suite de la brûlure qu'il a subie au pied droit en juillet 2016. Le Dr T._____ a cependant constaté que le traitement de

cette brûlure était resté conservateur et a considéré, à l'issue de son examen du 21 septembre 2016, que l'état de santé du recourant était stabilisé, qu'on ne s'attendait plus à des modifications significatives de sa situation et qu'il bénéficiait d'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Le Dr Q._____ ayant relevé dans son rapport du 26 janvier 2017 que l'appréciation neurologique du Dr S._____ remontait au séjour à la M._____ d'avril 2016, estimant dès lors que cet examen devrait être réactualisé, et le Dr B._____ ayant lui aussi, dans son rapport du 23 janvier 2017, argué qu'un nouveau séjour auprès de la M._____ devrait être organisé, le recourant y a séjourné une troisième fois, du 22 mars au 10 mai 2017. Or, dans leur rapport du 22 mai 2017 faisant suite à ce troisième séjour, les Drs S._____, Z._____ et F._____ ont constaté que la situation était « globalement stabilisée », et estimé que l'assuré conservait une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Finalement, dans son rapport du 13 juin 2018, le Dr T._____ a confirmé la stabilisation de l'état de santé, précisant que l'on n'attendait aucune amélioration des soins prodigués actuellement, ceux-ci servant à maintenir l'état de santé de l'assuré.

c) En ce qui concerne le syndrome de Parkinson, lors du troisième séjour à la M._____, au printemps 2017, deux ans et demi après l'accident de septembre 2014, celui-ci n'avait pas encore été diagnostiqué. C'est dans son rapport du 22 décembre 2017 que la Dre E._____ a fait état pour la première fois d'un syndrome parkinsonien à prédominance droite, avec au membre supérieur non seulement une bradykinésie, mais aussi une diminution de l'amplitude lors des mouvements à répétition. Toutefois, elle n'était pas en mesure d'indiquer l'origine du syndrome en question, évoquant alors qu'elle pouvait être secondaire (liée aux médicaments), post-traumatique/lésionnelle (mais il n'y avait pas de lésion des ganglions de base visible au scanner et une IRM n'était pas possible car le patient avait un défibrillateur en place), ou idiopathique, ou familiale (en relevant la notion d'une maladie de Parkinson chez la mère du patient ayant débuté à l'âge de 50 ans environ). A ce moment-là, l'étiologie du syndrome de Parkinson n'était pas

claire. Par la suite toutefois, dans le cadre du suivi auprès du service de neurologie de l'Hôpital L._____, les médecins du recourant ont finalement retenu que l'étiologie du syndrome de Parkinson n'était certes pas claire, mais qu'ils privilégiaient un syndrome idiopathique, comme cela ressort du rapport du 15 novembre 2018 des Drs H._____ et I._____ de l'Hôpital L._____, faisant suite à la correspondance du 2 octobre 2018 du Dr Q._____, lequel leur demandait en particulier de se prononcer sur le lien entre l'accident du 14 septembre 2014 et l'apparition du syndrome de Parkinson. Le Dr B._____ a lui aussi répondu par la négative à la question de savoir s'il existait une relation entre la maladie de Parkinson et l'accident dans son rapport du 28 septembre 2018, de même que le Dr T._____ dans son rapport d'examen du 13 juin 2018. Dans ces conditions, il y a lieu de retenir, avec l'intimée, que le syndrome de Parkinson dont souffre l'assuré ne peut être attribué à l'événement accidentel de septembre 2014, faute de lien de causalité naturelle entre l'accident et cette atteinte. Le Dr B._____ a au demeurant retenu que l'état neurologique du patient était actuellement stabilisé dans son rapport du 22 novembre 2018 au Dr K._____ du SMR.

d) Le recourant plaide encore que son état n'est pas stabilisé, en faisant état de ses atteintes au plexus brachial droit ainsi qu'à l'urètre.

Les différents rapports font état d'une mobilisation très lente de l'épaule droite. Lors du premier séjour de l'assuré à la M._____, les médecins ont posé le diagnostic de plexopathie axillaire droite traumatique légère du tronc inférieur sensitif (rapport du 17 septembre 2015). Lors du deuxième séjour, ils ont retenu comme comorbidité une tendinopathie de la coiffe des rotateurs, en particulier du sus et du sous-épineux sans lésion transfixiante, avec déchirure partielle du sus-épineux. Celle-ci était toutefois asymptomatique lors de la sortie de l'assuré en mai 2016 (rapport du 10 juin 2016). C'est sur la base d'un examen clinique complet, y compris neurologique, et en connaissance de l'imagerie réalisée que les médecins de la M._____ ont conclu à un état de santé stabilisé. Dans leur rapport du 22 mai 2017 établi à l'issue du troisième séjour, ils ont indiqué qu'ils n'avaient pas d'explication pour la diminution

de la motricité de l'hémicorps droit, mais observaient de nombreux signes de surcharge fonctionnelle par un ralentissement important et inhabituel. Les médecins ont par ailleurs constaté que l'assuré démontrait de très bonnes aptitudes lorsqu'il utilisait les deux mains (rapports du 10 juin 2016 p. 3 et du 22 mai 2017 p. 7). Dans ses prises de position des 21 septembre 2016 et 13 juin 2018, le Dr T. _____ a également procédé à un examen clinique de l'épaule et a pris connaissance de l'ensemble du dossier médical et radiologique avant de conclure à la stabilisation de l'état de santé. Ainsi, contrairement à ce qu'affirme le Dr Q. _____ dans son rapport du 12 juillet 2018, il faut constater que le médecin d'arrondissement a effectivement tenu compte de la lésion de son patient au plexus brachial droit. Il précise d'ailleurs dans son avis du 25 juillet 2018 que son examen du 13 juin 2018 avait montré que la fonction de l'épaule droite était complète. Ce constat rejoint celui des médecins de la M. _____, qui avaient observé des amplitudes complètes et symétriques dans leur rapport du 10 juin 2016 et fait état de valeurs proches de celles de l'épaule gauche dans leur rapport du 22 mai 2017. Dans ces conditions, aucun élément ne permet de remettre en cause le constat du Dr T. _____ selon lequel l'atteinte du plexus brachial droit était stabilisée et n'a pas laissé de séquelles puisque la fonction de l'épaule est complète.

Dans sa réponse, la CNA mentionne en outre à juste titre que selon les pièces médicales au dossier, il n'y a pas d'indication à refaire une imagerie médicale, ni à un nouveau séjour de réadaptation, comme cela ressort du rapport médical établi le 4 septembre 2017 à l'Hôpital D. _____. De même, le Dr S. _____ ne retenait pas d'indication à une nouvelle imagerie à la suite de son examen du 25 août 2017 (rapport du 25 septembre 2017).

Par rapport au membre supérieur droit, on peut encore relever que le bilan neurologique pratiqué à la M. _____ en 2016 a montré un processus de réinervation désormais achevé au niveau du nerf ulnaire droit (rapport de la M. _____ du 10 juin 2016, auquel est annexé le rapport de l'ENMG du 25 avril 2016).

Il n'est pour le surplus pas contesté que le recourant a subi une lésion urétrale lors de l'accident. A la suite de l'examen urodynamique du 6 juin 2017, les médecins du centre de neuro-urologie du R._____ ont diagnostiqué le 31 août 2017 des troubles de la vidange et du remplissage vésical, et modifié le traitement de l'assuré. Ils prévoyaient encore une cystoscopie, afin d'exclure une sténose au niveau de l'urètre bulbaire post opératoire. Or, comme l'admet le Dr T._____ dans son avis du 25 juillet 2018, « un éventuel suivi d'une lésion traumatique de l'urètre est à la charge de l'assurance accident ». L'intimée admet ainsi cette prise en charge, ce dont il y a lieu de prendre acte. Cela étant, la nécessité d'un éventuel suivi ne va pas à l'encontre d'une stabilisation de l'état de santé.

Par ailleurs, le fait qu'une indication à réaliser une arthroscopie a été posée - tardivement - selon le rapport du Dr Q._____ du 17 avril 2019 et que celui-ci a finalement fait réaliser un arthro-scanner ne permet pas d'aller à l'encontre de la stabilisation de l'état de santé à laquelle les médecins de la M._____ et le Dr T._____ ont conclu sur la base d'un examen complet.

e) En outre, le rapport du 4 septembre 2017 émanant de l'Hôpital D._____ et celui du 14 février 2019 du Dr B._____ font tous deux état d'une situation stabilisée sur le plan thymique.

f) Il résulte de ce qui précède que l'état de l'assuré était stabilisé lorsque l'intimée est passée au calcul du droit à la rente, étant constant que la stabilisation peut être retenue lorsqu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré, au terme des éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité (cf. art. 19 al. 1 LAA).

6. a) S'agissant de l'évaluation de la capacité de travail et du calcul du degré d'invalidité, on rappellera que l'évaluation de l'invalidité par l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante pour l'assureur-accidents (ATF 131 V 362 consid. 2.3 p. 368). Dès lors, le fait que le recourant perçoive une rente entière de l'assurance-invalidité ne permet

pas de retenir sans autre examen qu'une rente entière de l'assurance-accidents devrait également lui être servie. La production du dossier AI du recourant a au demeurant permis d'établir que la maladie de Parkinson - qui n'est pas en lien de causalité avec l'accident - était de nature à réduire notablement l'exigibilité, le patient étant ralenti, aussi bien à la marche que pour les mouvements en particulier de l'hémicorps droit, d'une manière significative, approximativement et subjectivement environ 4 fois plus lente que la normale, avec une plus grande diminution encore du périmètre de marche (rapport du 22 novembre 2018 du Dr B. _____ au Dr K. _____). Le Dr K. _____ du SMR a estimé par avis du 12 février 2019 qu'il convenait de suivre l'appréciation du Dr B. _____, pour qui la capacité de travail était nulle dans toute activité de l'économie du fait des empêchements secondaires à l'accident et à la maladie de Parkinson. On constate ainsi que des éléments sans lien de causalité avec l'accident, singulièrement la maladie de Parkinson, ont été pris en compte pour retenir une capacité de travail nulle dans toute activité, qui a conduit à l'octroi d'une rente entière de l'assurance-invalidité.

b) Au regard des atteintes somatiques en lien de causalité avec l'accident, les médecins de la M. _____ et le Dr T. _____ ont conclu à l'existence d'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée, avec comme limitations fonctionnelles, au niveau de l'épaule, l'absence de port de charge lourde au-dessus du plan de la scapula, et au niveau du bassin et du membre inférieur droit, l'absence de port de charge, de maintien prolongé du tronc en porte-à-faux, de flexion et torsion répétée du tronc, d'exposition prolongée du corps aux vibrations, de maintien prolongé des postures assise et debout, de marche prolongée, de montée et descente des escaliers et des échelles, la position accroupie et à genoux (rapport du 22 mai 2017 et rapport d'examen du 13 juin 2018).

De leur côté, les médecins traitants estiment que le recourant n'est pas en mesure de reprendre une activité lucrative (rapport de la Dre J. _____ du 30 novembre 2016, rapports du Dr B. _____ des 2 décembre 2016 et 23 janvier 2017, rapport du Dr Q. _____ du 8 novembre 2017).

Leur évaluation tient toutefois compte de l'important ralentissement psychomoteur constaté chez le recourant et de la faible fonctionnalité de son membre supérieur droit, alors que tant les médecins de la M. _____ que le Dr T. _____ mettent ceux-ci sur le compte de troubles fonctionnels.

Dans leur rapport du 10 juin 2016, les Drs W. _____ et G. _____ ont en effet relevé que des facteurs contextuels influençaient négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par le patient, tels qu'une kinésiophobie chez un patient avec des traits de personnalité anxio-dépressifs, ainsi qu'un contexte socio-professionnel difficile chez un patient isolé socialement et éloigné du monde professionnel depuis deux ans. Dans leur rapport du 22 mai 2017, les Drs S. _____, F. _____ et Z. _____ mentionnent qu'il n'y a pas d'explication pour la diminution de la motricité de l'hémicorps droit, mais qu'ils ont observé de nombreux signes de surcharge fonctionnelle par un ralentissement important et inhabituel. Dans son appréciation du 13 juin 2018, le Dr T. _____ relève également que de nombreux signes de surcharge fonctionnelle ont été observés et confirmés à l'examen psychiatrique. De même, la Dre E. _____ a conclu à la présence d'une surcharge fonctionnelle dans son rapport du 12 septembre 2017, qu'elle mentionne toujours dans son rapport du 22 décembre 2017, après avoir posé le diagnostic de syndrome de Parkinson.

Dans leur appréciation, les médecins de la M. _____ et le Dr T. _____ ont à juste titre uniquement tenu compte des conséquences des atteintes physiques en lien de causalité avec l'accident, sans tenir compte de l'influence des troubles dus à une surcharge fonctionnelle. La découverte subséquente du syndrome de Parkinson, qui a à l'évidence un impact sur les troubles psychomoteurs du recourant, ne remet pas leur appréciation en cause dans la mesure où ce syndrome n'est pas en lien de causalité avec l'accident (cf. consid. 5c supra). La CNA était dès lors fondée à retenir que les atteintes physiques consécutives à l'accident entraînaient une diminution de la capacité de travail de 50 % ainsi que les limitations fonctionnelles susmentionnées.

c) Cela étant, il ressort du dossier que le recourant a également présenté des troubles psychiques dans les suites de son accident. Lors de son premier séjour à la M._____, les médecins ont constaté un trouble de l'humeur et de l'adaptation, instauré un traitement antidépresseur et mis en place un suivi psychiatrique. En décembre 2016, le recourant a été hospitalisé en raison d'une péjoration subjective de son hémisyndrome droit, qui a finalement été mise sur le compte d'un état dépressif et entraîné son transfert à V._____ (rapport de l'Hôpital D._____ du 4 septembre 2017). Le recourant a de nouveau été hospitalisé à V._____ en février 2017, en raison de risques suicidaires (informations données le 1^{er} mars 2017 par le Dr B._____). Lors du troisième séjour du recourant à la M._____, les médecins ont posé les diagnostics d'épisode dépressif moyen et de trouble moteur dissociatif. Ils relèvent que l'anamnèse semble mettre en évidence des facteurs contextuels susceptibles d'avoir une influence défavorable sur la présentation clinique, à savoir la décision rendue par la CNA et les difficultés que le recourant rencontre avec son permis de séjour. Ils mentionnent qu'à la fin du séjour, le recourant a présenté un trouble anxieux avec deux crises d'angoisse, raison pour laquelle ils ont introduit un traitement anxiolytique (rapport du 22 mai 2017). Dans son rapport du 12 septembre 2017, la Dre E._____ note la présence d'un état anxio-dépressif secondaire à l'accident et indique que le suivi psychiatrique régulier semble primordial puisque la thymie peut avoir des répercussions négatives sur les troubles fonctionnels. Elle envisage une optimisation du traitement antidépresseur dans la mesure où le patient rapporte une importante anxiété intérieure.

Malgré ce qui précède, il faut constater que la CNA n'a pas instruit la question de l'influence des troubles psychiques présentés par le recourant sur sa capacité de travail et ses limitations fonctionnelles. Dans la décision du 31 octobre 2018, elle indique qu'il ressort des éléments d'appréciation dont elle dispose que les troubles psychogènes ne sont pas en relation de causalité adéquate avec l'accident, ce qui figure également dans le « résumé des documents déterminants pour la fixation de la

rente » du 30 octobre 2018. Il n'y a cependant aucun examen de la causalité adéquate dans cette décision et il n'en est pas non plus fait mention dans la décision sur opposition du 20 décembre 2018.

d) En vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique, il faut d'abord classer les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants, ou de peu de gravité ; les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Le caractère adéquat du lien de causalité ne peut être admis que si l'accident revêt une importance déterminante dans le déclenchement de l'affection psychique. Ainsi, lorsque l'événement accidentel est insignifiant, l'existence du lien en question peut d'emblée être niée, tandis qu'il y a lieu de le considérer comme établi, lorsque l'assuré est victime d'un accident grave. En revanche, lorsque la gravité de l'événement est qualifiée de moyenne, la jurisprudence a dégagé un certain nombre de critères objectifs à prendre en considération pour l'examen du caractère adéquat du lien de causalité, dont les plus importants sont les suivants (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références citées) :

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

De manière générale, lorsque l'on se trouve en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut un cumul de trois critères sur les sept ou au moins que l'un des critères retenus se soit manifesté de manière particulièrement marquante (TF 8C_493/2017 du 10 juillet 2018 consid. 2.2 et les références citées).

e) En l'occurrence, les circonstances de l'accident ne permettent à l'évidence pas de le classer dans la catégorie des accidents de peu de gravité, de sorte qu'un lien de causalité adéquate entre celui-ci et les troubles psychiques ne saurait d'emblée être nié. Il n'est pas non plus possible, sur la base d'un examen *prima facie*, de conclure que la plupart des critères déterminants ne sont pas remplis en l'espèce. La prise en compte des atteintes psychiques du recourant dans l'évaluation de sa capacité de travail ne peut par conséquent pas d'emblée être écartée. On ne peut par ailleurs pas conclure, en l'état, que les troubles psychiques présentés par le recourant seraient sans effet sur sa capacité de travail. Si l'on se réfère aux pièces médicales contenues dans le dossier AI, il faut en effet constater que le psychiatre traitant concluait à une totale incapacité de travail dans toute activité dans son rapport du 6 mars 2018, relevant comme restrictions une thymie abaissée, un ralentissement psychomoteur, une fatigabilité, une avolition et des troubles de la concentration. Par ailleurs, dans sa décision du 31 octobre 2018, la CNA reconnaît que des troubles psychogènes réduisent la capacité de gain du recourant. Il apparaît donc nécessaire, d'une part, de définir plus précisément les atteintes psychiques du recourant existant en septembre 2018, au moment de l'ouverture du droit à la rente, ainsi que leur influence sur sa capacité de travail et ses limitations fonctionnelles. A cet égard, il y aura notamment lieu de déterminer si le diagnostic de trouble moteur dissociatif posé par les médecins de la M. _____ reste pertinent au vu de la découverte du syndrome de Parkinson et, dans l'affirmative, d'évaluer son impact sur la capacité de travail du recourant. D'autre part, il convient d'interroger les médecins sur l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et les atteintes psychiques, puis de procéder à l'examen de la causalité adéquate au moyen des critères applicables.

Il ressort de ce qui précède que l'instruction menée par l'intimée est lacunaire et ne permet pas de se prononcer en connaissance de cause. Il convient par conséquent de renvoyer la cause à cette autorité, dès lors que c'est à elle qu'il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA ; ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

7. Même s'il n'y a pas lieu formellement de se prononcer sur cette question au vu de l'issue du litige, on relèvera encore à toutes fins utiles que le gain assuré retenu par l'intimée, soit 33'905 fr., n'est pas critiquable.

a) Selon l'art. 15 al. 1 LAA, les indemnités journalières et les rentes sont calculées d'après le gain assuré. Les bases de calcul dans le temps du gain assuré sont différentes pour l'indemnité journalière et pour la rente (art. 15 al. 2 LAA). Selon l'art. 22 al. 4 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202), dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016 applicable en l'espèce (art. 147b OLAA en lien avec le ch. 1 des Dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015 de la LAA), est réputé gain assuré pour le calcul de la rente le salaire que l'assuré a gagné durant l'année qui a précédé l'accident (art. 15 al. 2, deuxième phrase, LAA), y compris les éléments de salaire non encore perçus et auxquels il a droit (première phrase). Si les rapports de travail ont duré moins d'une année, le salaire reçu au cours de cette période est converti en gain annuel (deuxième phrase). En cas d'activité de durée déterminée, la conversion se limite à la durée prévue (troisième phrase).

Dans les cas où les rapports de travail ont duré moins d'une année, on présume que l'assuré aurait travaillé toute l'année aux mêmes conditions selon l'art. 22 al. 4, deuxième phrase, OLAA. Cette règle a pour but de combler les lacunes de salaire, du point de vue temporel, résultant du fait que la personne assurée n'a pas perçu de salaire pendant toute l'année précédant l'accident. Elle n'est pas seulement applicable quand

les rapports de travail ont duré moins d'une année avant l'accident. Elle vaut aussi, par exemple, quand l'assuré a obtenu un congé non payé durant l'année qui a précédé l'accident. En effet, le travailleur qui n'effectue pas son activité usuelle du point de vue temporel pendant une période limitée a droit à la conversion en gain annuel, parce qu'il y a lieu de se fonder sur la durée d'activité normale, telle qu'elle ressort des rapports de travail existant jusque-là ou envisagés pour le futur (ATF 114 V 113). En ce qui concerne l'évolution future, la volonté de l'assuré d'exercer à l'avenir une activité lucrative doit être établie par des dispositions concrètes prises avant l'accident, l'ensemble des données tant personnelles, familiales, économiques que professionnelles devant être prises en compte ; la conversion d'un permis saisonnier en un permis de séjour annuel constitue un indice en faveur de rapports de travail envisagés pendant toute l'année, mais ne suffit pas pour l'application de l'art. 22 al. 4, deuxième phrase, OLAA, à la place de l'al. 4, troisième phrase, OLAA (Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in Soziale Sicherheit, Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Vol. XIV, 3^e éd., Bâle 2016, p. 957).

Le Tribunal fédéral s'est également penché sur les principes régissant la fixation du salaire déterminant pour le calcul de la rente des travailleurs occupés de manière irrégulière. Appelé à trancher le cas d'un assuré victime d'un accident alors qu'il était partie à un rapport de travail limité à trois semaines, la Ire Cour de droit social s'est posé la question de savoir si la durée déterminée du contrat de travail entraînait forcément l'application de l'art. 22 al. 4, troisième phrase, OLAA. Elle y a répondu par la négative. D'une part, la jurisprudence avait déjà à maintes reprises interprété le texte de la disposition réglementaire en se fondant sur le critère de la durée normale de l'activité (ATF 118 V 298 consid. 2b ; 114 V 113 consid. 3d ; TF U 19/90 du 10 mars 1992 in RAMA 1992 n° U 148 p. 117 consid. 4c/aa ; voir aussi TF U 421/05 du 10 février 2006). D'autre part, il apparaissait difficilement conciliable avec le but de la réglementation spéciale – celui de faire bénéficier les travailleurs occupés de manière irrégulière d'une protection d'assurance appropriée – que le montant de la rente d'invalidité d'un assuré qui, par exemple, avait été

placé auprès d'une entreprise par une agence de travail temporaire pour une mission limitée dans le temps se détermine uniquement en fonction du salaire reçu au cours de cette période. Il subsistait en effet un risque que ces assurés soient exclus d'une protection appropriée de l'assurance. Le Tribunal fédéral a dès lors retenu qu'il fallait en toute hypothèse considérer comme salaire déterminant pour le calcul de la rente d'invalidité celui reçu au moment de l'accident converti en un gain correspondant à la durée normale d'activité de l'assuré eu égard à la carrière professionnelle accomplie jusque-là, y compris les périodes effectuées à l'étranger. Si l'on pouvait déduire de la biographie professionnelle que le contrat de durée limitée auprès d'un employeur correspondait à la durée normale d'activité, la conversion se limitait à la durée prévue selon l'art. 22 al. 4, troisième phrase, OLAA. S'il en résultait que l'intéressé aurait exercé une activité au-delà de la durée de la mission prévue, il fallait se baser sur cette plus longue période d'activité. Enfin, s'il s'avérait que celui-ci aurait travaillé toute l'année, alors la règle de l'art. 22 al. 4, troisième phrase, OLAA ne trouvait pas application (ATF 138 V 106 consid. 7 ; TF 8C_705/2010 du 15 février 2012 consid. 5.2).

c) En l'espèce, les éléments du dossier permettent de constater que le recourant, depuis 2000, vient tous les ans en Suisse durant la période estivale et/ou automnale. Durant les cinq années qui ont précédé l'accident, il y a ainsi réalisé les revenus suivants selon l'extrait des CI :

Année	Périodes	Revenus	Employeurs
2014	05-09	Fr. 16'989.-	A. _____ SA Travail Temporaire
2013	09-12	Fr. 16'916.-	P. _____ SA
2012	02-12	Fr. 14'464.-	P. _____ SA
2011	05-06 09-10	Fr. 15'630.-	P. _____ SA et Dom. [...]
2010	10-11	Fr. 7'163.-	P. _____ SA

2009	05-06 09-11	Fr. 21'015.-	P. _____ SA et Dom. [...]
------	----------------	--------------	---------------------------

Il résulte des pièces au dossier que le recourant avait pour habitude, depuis 14 années lorsqu'est survenu l'accident, de ne venir travailler en Suisse que durant quelques mois, avant de rentrer dans son pays d'origine. Il y a dès lors lieu de considérer qu'il s'agit là de la durée normale de son activité lucrative en Suisse, et que ses simples déclarations d'intention après la survenance de l'accident ne sauraient suffire à établir qu'il aurait travaillé toute l'année en Suisse. Il apparaît en outre que sa mission auprès de A. _____ SA, débutée le 6 mai 2014, venait de prendre fin au moment de l'accident (cf. lettre de A. _____ SA du 22 septembre 2014, rapport REA du 29 novembre 2016) et qu'il était prévu qu'il aille travailler pour la maison P. _____ SA, mais que la survenance de l'accident avait empêché son entrée en service (cf. entretien du 17 juillet 2015). Selon les informations annoncées au Service de la population, la durée d'activité prévue auprès de P. _____ SA était de 62 jours, soit du 15 septembre au 28 novembre 2014 (cf. capture SYMIC du 24 mars 2015, figurant dans le dossier AI). Il apparaît ainsi que sans l'accident, le recourant aurait travaillé du 6 mai 2014 au 28 novembre 2014. On lui concèdera que le fait qu'il soit titulaire d'une autorisation de courte durée (« livret L UE/AELE ») est sans portée ici, dès lors qu'étant de nationalité portugaise, il peut se prévaloir des droits conférés par l'accord conclu le 21 juin 1999 entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part, sur la libre circulation des personnes (ALCP ; RS 0.142.112.681), et partant se voir délivrer une autorisation de séjour en cas de prise d'emploi de durée indéterminée ou de plus d'une année (art. 2 par. 1 al. 1 annexe I ALCP en relation avec l'art. 4 ALCP). Tel n'apparaît toutefois pas être le cas en l'espèce. Du reste, il ressort des éléments au dossier que sa famille (son père, son frère et sa sœur, sa mère étant décédée en novembre 2014) réside au Portugal, et qu'il a en Suisse « quelques amis qu'il voit peu » (cf. rapport du Dr B. _____ du 9 septembre 2015).

Il ne ressort en outre pas des pièces au dossier qu'il aurait travaillé de manière presque ininterrompue au Portugal durant les périodes où il ne se trouvait pas en Suisse. Sa biographie professionnelle, ressortant notamment du dossier AI, et du rapport initial de la REA du 29 novembre 2016, permet d'établir que le recourant a terminé sa scolarité à 13 ans au Portugal, a travaillé de 13 à 16 ans comme peintre, et de 16 à 29 ans comme maçon ; depuis 2000, il est venu travailler en Suisse durant quelques mois tous les ans, comme employé agricole, aide-caviste et aide-jardinier. Lors de l'entretien REA, le recourant a en particulier déclaré que son revenu sans atteinte à la santé serait de 2'800 fr., sous déduction des charges sociales et des impôts (rapport précité, point 3). Or, ce montant correspond - à quelques francs près - au montant de 33'905 fr. retenu annuellement par la CNA ($33'905 : 12 = 2'825$ francs) au titre de gain assuré.

Ainsi, l'ensemble des éléments précités vont dans le sens retenu par la CNA, à savoir celui d'une activité professionnelle limitée en Suisse, qui correspondait à la durée normale d'activité du recourant quand il ne présentait pas d'atteinte à la santé.

Il résulte de ce qui précède que le montant annuel du gain assuré, fixé par l'intimée à 33'905 fr., ne prête pas le flanc à la critique. Celui-ci tient en effet compte de ce que le recourant a gagné dans le cadre de sa mission auprès de A. _____ SA, soit 16'989 fr., et du revenu perçu en 2013 auprès de P. _____ SA, à savoir 16'916 fr. pour une période d'activité de septembre à décembre, soit une durée d'activité grandement similaire à celle prévue auprès de la même société pour 2014 (15 septembre au 28 novembre 2014). Le recourant ne fait d'ailleurs pas valoir qu'il aurait touché un salaire plus important durant la période de travail envisagée.

8. a) En définitive, le recours doit être admis, la décision sur opposition du 20 décembre 2018 annulée et la cause renvoyée à la CNA pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

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

c) Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire, le recourant a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2'000 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 mettre à la charge de l'intimée qui succombe.

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

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision sur opposition rendue le 20 décembre 2018 est annulée, la cause étant renvoyée à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents pour complément d'instruction dans le sens des considérants, puis nouvelle décision.

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

- IV.** La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents versera à C. _____ la somme de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Jean-Claude Mathey (pour C. _____),
- 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 :